

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)¹

Psychopathology of the infant at the south of Beira Interior (Ethnological
Perspective)

Francisco Henriques²



À memória de meus pais
e para a lolanda

Palavras-chave: Castelo Branco, criança, psicopatologia, perturbações, terapêutas

¹ Texto concluído em Abril de 2005 no âmbito de projecto submetido ao Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco. Na capa, fotografia de criança, tirada em Vila Velha de Ródão, em 1957.

² Enfermeiro especialista (Hospital Amato Lusitano), licenciado em Antropologia (Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa) e arqueólogo (Associação de Estudos do Alto Tejo).

Resumo

Este trabalho apresenta as vivências da população rural da região de Castelo Branco (concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão) com a sintomatologia psicopatológica infanto-juvenil. A análise da problemática é feita numa perspectiva etnopsiquiátrica.

O trabalho divide-se em três grandes áreas.

Na primeira, caracteriza-se a região e a criança no território em estudo, que inclui histórias de vida, aspectos relacionados com o trabalho na infância, os maus-tratos infantis e a assistência à criança.

Na segunda, identificam-se e caracterizam-se os fenómenos psicopatológicas (perturbações de humor; medo e estrapasso; perturbações da linguagem; perturbações do sono; perturbações do comportamento; perturbações alimentares; perturbações da eliminação; acção do sobrenatural sobre a criança) e os terapeutas (mezinheira /benzedeira, barbeiro, padre, médico, mulher de virtude / bruxa / benzilhão /soldador).

A terceira inclui as considerações finais a que se seguem as fontes de informação e um inventário de termos e expressões frequentemente usados na psicopatologia infanto-juvenil pela população estudada.

Abstract³

This study shows the experiences of rural population living in the councils of Castelo Banco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova and Vila Velha de Ródão presenting symptoms of infant-juvenile psychopathology. The analysis was made under an ethno-psychiatric perspective.

The study was divided in two major steps.

In the first one, both region and child were studied in the field, emphasizing their life stories and several aspects related to work in childhood, abuses and child well care.

In the second step it was made the recognition and the description of psychopathologic phenomena such as humour, fear, language and behaviour disturbances and food and eradication disorders. There were also recognized therapists and actions of the supernatural upon children, such as household and quack doctors, barbers, priests, doctors in medicine and women of virtue, witches, faith halers and welders.

At last, the third step includes final considerations followed by the sources of information and a list of terms and expressions frequently used in the infant-juvenile psychopathology by the population under study.

³ Tradução de Isabel Flecha Vasconcelos.

Índice

Agradecimentos

Abreviaturas

Prefácio

Introdução

1. A criança na região

1.1. A região

1.1.1. Geografia

1.1.2. O mundo rural beirão

1.1.3. Aspectos demográficos

1.2. Ser criança, aqui

1.3. Histórias na primeira pessoa e outras

1.4. Trabalho na infância

1.5. Maus tratos infantis

1.5.1. Violência física e psicológica

1.5.2. Infanticídio

1.5.3. Negligência

1.5.4. Acidente

1.5.5. Abuso sexual

1.6. Assistência (breves notas)

1.6.1. Santa Casa da Misericórdia

1.6.2. Roda

1.6.3. Centro Educativo de São Fiel

1.6.4. Centro de Infância e Juventude

1.6.5. Dispensário de Puericultura / Lactário

1.6.6. Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Castelo Branco

1.6.7. Serviço de Pediatria do Hospital Amato Lusitano

1.6.8. Centro de Saúde Mental de Castelo Branco

1.6.9. Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança

1.6.10. Associação de Apoio à Criança do Distrito de Castelo Branco

1.6.11. Lar de Castelo Branco

2. Perturbações psicopatológicas

2.1. Aguamento e sintomas depressivos

2.1.1. Aguamento

2.1.2. Desmorecimento, desacorçoamento, pismo e alas do coração caídas

2.1.3. Suicídio juvenil

2.2. Medo e estrapasso

2.2.1. Medo

- 2.2.2. Estrapasso
- 2.3. Perturbações da linguagem
 - 2.3.1. Crianças mudas
 - 2.3.2. Atraso na linguagem
 - 2.3.3. Gaguez
 - 2.3.4. Qualidade da fala e freio na língua
- 2.4. Perturbações do sono
- 2.5. Perturbações de eliminação – enurese nocturna
- 2.6. Transtornos alimentares – fastio
- 2.7. Perturbações do comportamento - crianças bravas
 - 2.7.1. Perturbações do comportamento
 - 2.7.2. Crianças bravas
- 2.8. Acção do sobrenatural sobre a criança
 - 2.8.1. Entidades sobrenaturais
 - 2.8.1.1. Bruxas
 - 2.8.1.2. Espíritos de mortos
 - 2.8.1.3. Feiticeira
 - 2.8.1.4. Demónio
 - 2.8.1.5. Lua
 - 2.8.2. Outras entidades, não sobrenaturais
 - 2.8.3. Entidades nosográficas
 - 2.8.3.1. Choro
 - 2.8.3.2. Amamentação
 - 2.8.3.3. Quebranto
 - 2.8.4. Sinais e sintomas apresentados pela criança
 - 2.8.5. Tratamentos propostos
 - 2.8.6. Elementos protectores da criança

3. Terapeutas

- 3.1. Mezinheira / Benzedeira
- 3.2. Barbeiro
- 3.3. Padre
- 3.4. Médico
- 3.5. Mulher de virtude / bruxa / benzilhão / soldador

4. Considerações finais

Bibliografia

- Fontes orais
- Fontes manuscritas
- Fontes dactilografadas
- Fontes impressas
- Bibliografia geral

Inventário de termos e expressões

Agradecimentos

Ao Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, pela licença concedida para a concretização deste projecto. Essa autorização tornou-o viável.

Aos amigos João Carlos Caninas, Jorge Gouveia, Ilda Soares, Luisa Filipe, Pedro Quintela d' Oliveira, Romeiro de Carvalho, Patrícia Bernardo e Paula Godinho, pelo modo como contribuíram para este projecto na revisão do texto e na indicação de bibliografia.

À Câmara Municipal de Castelo Branco pelo apoio prestado na sua biblioteca municipal.

À Associação de Estudos do Alto Tejo pelas facilidades concedidas no uso da biblioteca, da sede social e do material técnico aí existente.

Ao Doutor Jorge A. R. Paiva, do Instituto Botânico de Coimbra, pela identificação e caracterização da espécimen vegetal *verbena officinalis* L.

Ao Dr. António Silveira Catana pela bibliografia inédita que proporcionou.

Aos funcionários da Biblioteca Municipal de Castelo Branco, do Centro Municipal de Cultura e Desenvolvimento de Vila Velha de Ródão, da biblioteca do Hospital Amato Lusitano, da biblioteca Municipal de Nisa, da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Dr. Lopes Dias (Castelo Branco), da biblioteca da Escola Superior de Educação (Castelo Branco) e da biblioteca do Museu Francisco Tavares de Proença Júnior.

Aos responsáveis pelos seguintes serviços e instituições:

Departamento de Psiquiatria do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco; Serviço de Pediatria do Hospital Amato Lusitano; Centro de Infância e Juventude; Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança; Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Castelo Branco; Centro Educativo de São Fiel; Lar de Castelo Branco e Associação de Apoio à Criança do Distrito de Castelo Branco.

Aos informantes, porque sem a sua extraordinária colaboração o trabalho era de todo impossível, e em particular:

Adozinda Moreira Raposo, Medelim (IN); Adriano Martinho, Bairrada (PN); Alexandre Martins, Fratel (VVR); Amélia, Castelo Branco; Ana Crespo, Sarnadas de Ródão (VVR); Ana Maria Jacobetty (CB); Cecília Rita Veríssimo, Versadas (CB); Cesaltina Henriques, Rabacinas (PN); Encarnação Milheiro, Proença-a-Velha (IN); Etelvina Farinha Dias, Moitas (PN); Eugénia Glória, Proença-a-Velha (IN); Felizbela Martins, Versadas (CB); Fernando Dias de Carvalho, Castelo Branco; Glória Martins, Lisga (CB); Isabel Bispa, Castelo Branco; Isabel Chambina, Rosmaninhal (IN); Ilda da Conceição, Bairrada (PN); Joaquim Martins, Bairrada (PN); José Henriques, Lagar Martins (IN); Maria Ludovina da Costa Tavares (CB); Manuel Ferreira, Vilar de Boi (VVR); Manuel Gonçalves Dias, Perna do Galego (S); Manuel Ribeiro Cardoso, Vale da Ursa (PN); Maria Alice Santos, Versadas (CB); Maria dos Anjos Carmona Marques, Castelo Branco; Maria

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

do Carmo, Montes da Senhora (PN); Maria da Conceição Gomes Gonçalves, São Domingos (CB); Maria Edite Martins (Centro Educativo de São Fiel); Maria Gomes, São Domingos (CB); Maria de Jesus, Pergulho (PN); Maria José Torres Ferreira, (VVR); Maria Luis, Penha Garcia (IN); Maria Lurdes Farromba, Castelo Branco; Maria de Lurdes Pires Pereira Martins, Bairrada (PN); Maria da Luz, Moitas (PN); Maria Rosa, Alameda (CB); Maria do Rosário, Fratel (VVR); Patronilha Maria, Proença a Velha (IN); Pedro Sales Pires (CB); Rosário Dias, Moitas (PN); Rosa Mendes, Vilar de Boi (VVR); Vicência Brito Campo (CB).

Abreviaturas

ADID - Asilo Distrital da Infância Desvalida

AEAT – Associação de Estudos do Alto Tejo

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CAE - Centro da Área Educativa de Castelo Branco

CB – concelho de Castelo Branco

CESF – Centro Educativo de São Fiel

DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

FCSH – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

HAL – Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

JGDC – Junta Geral do Distrito de Coimbra

IMCB - Irmandade da Misericórdia de Castelo Branco

IN – concelho de Idanha-a-Nova

LAA – Liga dos Amigos de Aranhas

PN - concelho de Proença-a-Nova

VVR - concelho de Vila Velha de Ródão

S – concelho de Sertã

UNL – Universidade Nova de Lisboa

Prefácio

O sul da Beira interior, já muito colado ao Alentejo e ainda deveras ligado ao norte, zona fundiária de transição entre a pequena e a grande propriedade, serve de há muito como contexto ao trabalho do antropólogo e enfermeiro Francisco Henriques, numa dedicação meticulosa de amante cioso. Através de um trabalho de campo prolongado no tempo e com um cariz extensivo, duma cuidada e muito variada pesquisa de fontes escritas e com um exercício comparativo diversificado, publica esta *Psicopatologia da criança no sul da Beira Interior (Perspectiva Etnológica)*, que permite reconstituir um referente e, ao mesmo tempo, saborear as transcrições de entrevistas com o sotaque beirão que é fixado, permitindo um ulterior trabalho de cariz linguístico. Junta uma vertente processual a um retrato contemporâneo, entre os dados de terreno, os documentos e a informação actualizada dos hospitais e centros de saúde locais. Completam esta obra uma extensa bibliografia e um notável inventário de termos e expressões beirãs.

A história e a etnografia da infância estão ligadas ao grupo social, ao tempo, ao espaço e à conjuntura política. Os núcleos de mulheres aparentadas - mães, tias ou avós - tratavam das rotinas infantis, por vezes coadjuvadas pelas vizinhas e por um círculo de amizades instrumentais. Pelas construções hegemónicas de género, a associação entre as mulheres e as crianças é recorrente, seja nos cuidados diários, seja na superação dos momentos de crise, através das benzedeadas, *mulheres de virtude* e bruxas, estas últimas com a carga ambígua que a designação e o poder do sagrado selvagem encerram.

Os maus-tratos infantis são aqui apresentados no seu carácter generalizado, comum por todo o país, através da aceitação tácita de que todos batiam nas crianças – família, vizinhos, professores. Os espancamentos na escola revestiam-se até bem recentemente duma quase normalidade, tida como inerente ao processo educativo, e os casos de infanticídio tinham a mãe como principal agressora. Os acidentes vitimavam mais as crianças activas que as passivas. A melhoria na redução do trabalho infantil é concomitante à escolaridade obrigatória, às alterações nas condições de vida, à criação de consensos sociais em relação à infância, plasmados na legislação em vigor, que pressionaram os antigos empregadores e os pais. Se em Inglaterra a legislação – mas não a prática, como nos mostram as obras de Charles Dickens ou Friedrich Engels – desde 1833 que protegia supostamente a criança operária, esse apoio limitava-se a interditar o emprego dos menores de 9 anos. Nesta obra, abundam os relatos de vida em torno do trabalho precoce, num tenebroso tempo longo associado a difíceis situações, duma miséria quase generalizada, que coincidiu com a mais longa ditadura europeia. Torna-se assim mais explicável o caso etnográfico referido, em Proença-a-Velha, duma criança desinquieta por albergar o espírito de Salazar...

Esta obra mostra-nos uma etnografia dos tempos de fome, do trabalho precoce nos campos e da sardinha a dividir por três, em que era regra que quando uma criança regressava duma colónia de férias tinha aumentado de peso. Ao contrário do que escrevia com desprezo em 1855 um notável de Niza aqui citado, não era por razões fúteis que as mães descuidavam as crianças: uma mulher de Sarnadas de Ródão lembra que a sua mãe à refeição fazia os quinhões para a família e depois lambia os dedos, para se saciar.

Em termos processuais, torna-se visível nas páginas que se seguem a passagem dum tempo em que a agricultura detinha centralidade, a um outro, com uma ruralidade pós-agrícola. Nesta sociedade rural do passado, a adequação do ritmo circadiano era fundamental para a criança, mas também para os pais, que ficavam mais disponíveis para o trabalho. Eram muito temidas as *crianças bravas*, que choravam de noite e que tinham que ser *amansadas* através de rituais variados, para as fazer ultrapassar essa indesejável ligação à natureza. Num dos ritos descritos, bate-se com a sua cabeça na de um touro, numa simbologia de paridade e indiferenciação entre a criança brava e os animais. Muitos dos problemas infantis aqui abordados (a tristeza do *ougado* e os *olhos que rebentam*, o *estrepasso* e o *susto*, as *alas do coração caídas*) têm designação metafóricas, como se as palavras exactas fossem interditas e indesejáveis em relação a situações difusas e a sintomas que poderiam enquadrar um quadro de maleitas variado.

Nessa sociedade rural do passado os filhos estavam repletos de deveres e as casas cheias de gente. Na actualidade, as crianças são seres com direitos, em famílias de formatos vários, em que os jovens escasseiam. Neste trabalho de grande arrumação etnográfica, compartimentado pelas designações locais das doenças e dos seus sintomas, Francisco Henriques aborda alguns dos defeitos e dos excessos associados à infância, num contributo para o conhecimento acerca da área e do tema com uma leitura agradável.

Paula Godinho

Professora, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
(Universidade Nova de Lisboa)

Lisboa, Julho de 2008

Introdução

1. Este projecto nasceu em 1997 enquanto recolhíamos elementos para um outro, *O Louco e os Outros – Contributo para o Conhecimento do Louco e da Loucura nas Comunidades Rurais do Sul da Beira Interior* (Henriques, 1998).

Na altura, julgámos pertinente trabalhar o tema da psicopatologia infanto-juvenil de forma autónoma pelo especial cuidado com que as populações rurais da região lidam com a sintomatologia psicopatológica apresentada pelas crianças e adolescentes e pela quantidade e qualidade dos dados então recolhidos.

Biologicamente todo o investimento das espécies é feito na perpetuação dos seus genes. Por este facto, nas comunidades humanas a criança é alvo de cuidados especiais; de outro modo estaria em perigo a própria espécie. Assim, a criança surge como sinónimo de perpetuação da espécie e da comunidade.

A noção de criança não é estática, evoluiu com as épocas históricas e com as culturas e, dentro destas, consoante a perspectiva com que era encarada. A criança, tal como hoje a concebemos, é uma invenção do século XIX.

Ao longo deste trabalho entendemos por criança o ser humano desde o momento do nascimento até à sua passagem à idade adulta, o que nas comunidades rurais da área de estudo podia rondar os 16 ou 17 anos.

Em termos gerais, este projecto pretende dar continuidade à investigação realizada em 1997 e incluída no documento já citado e publicado em livro, *O Louco e os Outros*, direccionando o objecto para o grupo etário das crianças e adolescentes.

No decurso da sua execução procurámos conhecer as vivências da população rural da região de Castelo Branco em relação à sintomatologia psicopatológica da área infanto-juvenil.

Tentámos contribuir para a identificação e caracterização dos fenómenos psicopatológicos em causa e, conseqüentemente, para uma melhor compreensão e aceitação da doença mental na criança, por parte dos técnicos de saúde.

Somos de opinião que a globalidade destes objectivos podem proporcionar uma melhoria no acto de cuidar.

Apercebemo-nos também que os resultados deste estudo ficariam enriquecidos com a participação de um psicólogo, na recolha e tratamento do material angariado. Por isso, convidámos a amiga Dulce Carvalho para colaborar no seu desenvolvimento. A participação desta colega tinha uma tripla vantagem: ser enfermeira com larga experiência pediátrica, ser enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e ser licenciada em Psicologia do Desenvolvimento, com consultório privado onde exerce.

Com este mesmo fim realizaram-se duas breves sessões de trabalho, no ano de 1997.

Depois, com o afastamento dos intervenientes, por razões profissionais, não houve continuidade, ou mesmo início efectivo, do projecto.

De 1998 a 2001 o autor fez várias tentativas para iniciar o processo de investigação, todas goradas. Em Janeiro de 2002 apresentou um pedido, ao abrigo dos nºs 4, 5 e 7 do Art. 63 do Decreto Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, ao Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano para ser dispensado da actividade profissional por um período de seis meses seguidos, para a concretização do trabalho de investigação. O pedido foi satisfeito e a licença iniciou-se a 1 de Março. Os meses que antecederam o início da licença foram marcados por alguma pesquisa bibliográfica, principalmente ao nível da *Internet*.

Foram motivações de ordem pessoal e profissional que estiveram subjacentes a este projecto. As motivações pessoais estão relacionadas com o trabalho *O Louco e os Outros*, documento que ficaria incompleto se este desenvolvimento não tivesse lugar, e pelo facto de termos decidido, em 1997, a sua concretização. Ganhou a persistência com que encaramos os desafios. A disponibilidade de tempo para iniciar o processo foi sempre o maior problema.

As motivações profissionais estão relacionadas com o desconhecimento e a perduração das práticas visadas neste estudo e não apenas em meio rurais. Assim, paralelamente ao registo contribuímos também para a sua divulgação.

Por fim, pensamos que este trabalho pode ser útil aos técnicos de saúde em geral e da Beira Interior em particular para uma melhor compreensão do doente jovem, da sua família e das práticas destinadas a restaurar a sua saúde.

2. Este documento é ilustrado com vários textos narrativos colhidos directamente das entrevistas ou da bibliografia. Pela sua plasticidade alguns destes textos serviriam para ilustrar mais do que uma situação, ainda que raramente se tenha seguido essa estratégia.

Ao longo do texto os termos *informante* e *entrevistado* são utilizados como sinónimos. O mesmo acontece com os vocábulos *senal* e *sintoma*, ainda que entre eles haja diferenças substanciais. Quase sempre, preferimos utilizar o termo *mulher de virtude* em detrimento de *bruxa*. Sempre que nos referimos aos pequenos aglomerados populacionais, da área em estudo, é colocado entre parêntesis o concelho a que pertencem.

Quanto à nomenclatura e classificação utilizamos a terminologia preconizada pela DMS IV. É deste modo que se utiliza o termo *perturbações* e não *transtorno*.

As categorias apresentadas no trabalho correspondem ao diagnóstico popular e/ou aos sinais apresentados. Na perspectiva da ciência moderna muitos dos sinais apresentados poderiam fazer parte de um mesmo quadro nosográfico, como por exemplo a depressão infantil.

A problemática em apreço será abordada numa perspectiva etnopsiquiátrica. A etnopsiquiatria é um dos ramos da medicina que imbrica na antropologia médica, enquadrável na antropologia social, e parte do pressuposto que os grupos humanos são criadores de cultura.

Nesta óptica, valorizámos a perspectiva com que as populações locais percebem o seu mundo e, mais especificamente, o seu comportamento e vivências, perante os fenómenos abordados. Pelo facto de encarmos a investigação deste modo, valorizámos a entrevista, a documentação

regional e a observação. Essa observação participante não foi realizada especificamente para este trabalho, mas resultou da nossa participação na vida social e profissional, ao longo dos anos.

Quanto à metodologia de investigação seguiu-se de muito perto os procedimentos de estudo anterior, *O Louco e os Outros* (Henriques, 1998).

Atendendo aos objectivos e às temáticas documentadas, todo o material recolhido foi tratado segundo os princípios da análise qualitativa.

Em termos de procedimentos foi essencialmente explorada a entrevista.

Foram realizadas 15 entrevistas específicas para este estudo. Aproveitámos, conforme previsto, os conteúdos de outras tantas entrevistas realizadas aquando da preparação de *O Louco e os Outros*. O guião então utilizado tinha uma área específica de pedopsiquiatria, cujos dados acabaram por não ser utilizados no documento publicado.

A entrevista semi-estruturada foi aqui utilizada como um instrumento de recolha de dados, tendo por base um breve guião, no qual se teve em conta o grupo sócio-profissional do informante (elementos não especificados da população, bruxa – vidente, parteira, padre, médico), correspondendo cada um dos grupos a versões ligeiramente diferentes.

Catorze das entrevistas agora utilizadas foram feitas a mulheres, pela sua experiência e papel incontornável tanto na maternidade como no acto de cuidar.

Devido à idade avançada da quase generalidade dos informantes, ao envelhecimento das comunidades rurais onde aqueles se inserem e, conseqüentemente, à ausência de crianças, verificámos que a memória dos informantes nem sempre colabora convenientemente em alguns rituais. E tal acontece porque hoje não há tantas oportunidades para activar a memória, como no passado. Em muitas destas comunidades constata-se uma ausência de crianças residentes há muitos anos.

Para a prossecução do nosso objectivo foi também indispensável efectuar um levantamento exaustivo das fontes escritas acerca do tema, na área geográfica convencionada. Tal objectivo concretizou-se com uma pesquisa sistemática nas monografias etnográficas da região, em documentos avulsos diversos e, finalmente, em artigos de revistas e jornais. Fora da região não foi esgotada a bibliografia etnográfica.

Fizemos uso, ainda que raro, de trabalhos de cariz literário versando realidades etnográficas regionais, como por exemplo *A Flor do Feto Real* (Vilhena, 1988).

No início pretendíamos que a investigação trilhasse caminhos onde história e memória se fundissem. Tal acabou por não acontecer, devido a uma orientação diversa.

3. O trabalho é composto por quatro grandes capítulos. No primeiro, caracteriza-se sumariamente a área do estudo e a criança. Em relação a esta última, faz-se uma rápida perspectiva histórica, foca-se o trabalho infantil, os maus tratos, a assistência à criança na região e registam-se relatos de experiências, na primeira ou terceira pessoas.

No segundo capítulo, abordam-se as áreas psicopatológicas. Os aspectos psicopatológicos dividem-se em: perturbações de humor (aguamento e sintomas depressivos); medo e estrapasso; perturbações da linguagem; perturbações do sono; perturbações do comportamento e crianças bravas; perturbações alimentares; perturbações da eliminação (enurese nocturna); acção do sobrenatural e estrapasso. Em cada um destes itens teremos em conta a definição do problema, o posicionamento do fenómeno na região, a etiologia, os sinais, as terapias e os terapeutas, a tentativa de interpretação e a perspectiva da ciência moderna acerca do mesmo.

No terceiro, tratamos dos terapeutas que se subdividem em cinco grandes grupos: mezinheira / benzedeira; barbeiro; padre; médico; mulher de virtude / bruxa / benzilhão /soldador.

O quarto capítulo corresponde às considerações finais.

O trabalho encerra com a apresentação da bibliografia e outras fontes de informação.

Em apêndice, e tal como fizemos em *O Louco e os Outros*, inclui-se um inventário de termos e expressões usadas na psicopatologia infanto-juvenil.

1. A criança na região

1.1. A região

1.1.1. Geografia

A área de estudo compreende, em termos administrativos, os concelhos de Proença-a-Nova, Vila Velha de Ródão, Castelo Branco e Idanha-a-Nova, que corresponde à configuração territorial de estudos anteriores. Além disso, oferece diferenças culturais, com algum significado, entre a parte oriental e a parte ocidental, ou seja, entre o *campo* e a *chameca*, respectivamente.

Esta região encontra-se limitada por acidentes naturais em quase todo o perímetro: a Sul pelo rio Tejo; a Este pelo rio Erges; a Norte pelo arco de relevos que constituem as serras de Penha Garcia e Gardunha. A Oeste não há um limite natural tão marcante como os anteriores.

A altitude reparte-se por amplos patamares, escalonadas de Sudeste para Noroeste, com valores crescentes.

A rede hidrográfica regional é subsidiária do rio Tejo. Este é o principal curso de água da região e corre de Este para Oeste. Os seus afluentes, o Erges, o Aravil, o Ponsul e o Ocreza, correm de Nordeste para Sudoeste. A generalidade da rede hidrográfica regional está implantada em vales profundos, logo de importância agrícola reduzida.

Quanto à paisagem e à ocupação do solo a área de estudo pode dividir-se em duas unidades distintas: a *chameca*, na parte ocidental, e o *campo*, na oriental.

A *chameca* é caracterizada por planaltos de xisto profusamente recortados pela erosão hídrica. Os solos são magros e pobres. As explorações agrícolas são de pequena e média dimensão. A agricultura é intensiva, de subsistência e, actualmente, feita quase sempre no fundo dos vales,

junto das linhas de água. As coberturas arbóreas e arbustivas são hoje constituídas por pinhal / eucaliptal (com fins industriais) e matos (em áreas incultas). No passado recente dominou a oliveira, suportada, nas encostas íngremes, por pequenos socalcos.

A população, em decréscimo permanente desde o censo de 1950, encontra-se dispersa em pequenos aglomerados populacionais com tendência, actual, para a concentração dos mais novos em núcleos urbanos de maior dimensão (vilas e cidades) com oferta de emprego (indústria e serviços).

A única via estruturante para a região (o IC8) foi aberta há cerca de dez anos e atravessa-a diagonalmente .

Os residentes vivem de actividades ligadas ao sector dos serviços, centrados nas sedes dos concelhos, e da actividade industrial, instaladas nos respectivos parques industriais, com destaque para a Sotima, complementada com a actividade agrícola comum a toda a população. O sector florestal continua a ter um peso significativo na economia da população abastecendo a Sotima e a unidade industrial de pasta de papel de Vila Velha de Ródão⁴.

O *campo* corresponde às extensões peneplanas onde dominam o granito e a cobertura detritica. Emergem desta extensa peneplanície as cristas quartzíticas e os relevos residuais. Localizam-se nesta área os melhores solos agrícolas, com profundidade e capacidade para reter água.

A cobertura arbórea é constituída predominantemente por carvalhais e montados de sobre e azinho. A floresta com fins industriais (eucalipto) ocupa manchas com baixa expressão territorial, em áreas periféricas (Malpica, Monforte, Rosmaninhal – Erges).

Predomina a propriedade de média-grande dimensão, com uma agricultura de carácter extensivo. No passado, dominaram os cereais que deram lugar no presente a culturas bem diversas como o tomate, o tabaco, algumas frutíferas, beneficiadas por uma infraestruturas de regadio a partir da barragem Marechal Carmona, e a criação de gado bovino e ovino. Com a valorização do queijo artesanal a pastorícia foi revitalizada.

Parte significativa da população está concentrada nos aglomerados populacionais que são, quase sempre, unidades bem estruturadas. Uma pequena percentagem ocupa os montes agrícolas, em propriedades que não foram ocupadas com eucaliptais.

As vias estruturantes são o IP2, a A23 e o caminho-de-ferro que, com os percursos paralelos, dividem a região em duas partes, atravessando-a no sentido Sudoeste – Nordeste.

A região, em termos industriais, foi sujeita, nas últimas décadas, a grandes alterações. Os pólos industriais, de maior ou de menor importância, concentram-se nas imediações das sedes de concelho (Idanha-a-Nova, Castelo Branco e Vila Velha de Ródão). O pólo de Castelo Branco é o que apresenta maior número de empresas, maior área, maior vitalidade e maior capacidade para absorver a mão-de-obra jovem da região envolvente.

O pólo de Vila Velha de Ródão é dominado pela empresa de celulose que proporciona escoamento ao pinho produzido na mancha florestal vizinha.

⁴ Esta realidade foi substancialmente alterada com o encerramento (temporário?) da Sotima e com os fogos do Verão de 2003.

A aposta no sector turístico é um desígnio comum aos quatro concelhos. Entretanto, é no concelho de Idanha-a-Nova que o sector encontra maior vitalidade pela presença de grandes áreas de caça turística, aldeias históricas, avifauna rara, águas termais e paisagem bem conservada, entre outros aspectos.

A região em apreço tem uma área de 3580 km² e, segundo o Censo de 2001, está ocupada por 81075 pessoas, formando uma população fortemente envelhecida.

1.1.2. O mundo rural beirão

O mundo rural tradicional é caracterizado: pela actividade agrícola como base económica, pela função de produção de alimentos, pela família como núcleo da sociedade e por uma paisagem relativamente equilibrada.

Em meados do século passado o mundo rural atingiu o seu apogeu. A população crescera e desbravara a totalidade do espaço agrícola disponível. A terra já era insuficiente para alimentar tanta gente. Por este facto assistiu-se, a partir da década de 60, a um conjunto de fenómenos que o revolucionaram. De entre eles, destacamos a transformação da tecnologia tradicional de produção agrícola que foi sendo confrontada com novos instrumentos mecânicos, novos adubos, novos produtos químicos, sementes e rações melhoradas. Esta revolução agrícola permitiu diminuir o número de horas gasto por hectare de cultivo e, conseqüentemente, libertação de mão-de-obra.

Estes dois factores, a ausência de novos espaços agrícolas a conquistar e a introdução de novas tecnologias, associados à oferta de emprego em áreas industrializadas do país e no estrangeiro abriu portas a uma emigração em massa da população rural. Nos anos 70, volvidos apenas 20 anos, muitas terras ficaram incultas, tendo em conta a área que era cultivada nos finais dos anos 50.

Na década de 80 – 90 emerge uma nova realidade consubstanciada num mundo rural não agrícola, onde a principal actividade económica não é a agricultura nem a produção de alimentos a principal função. Evidenciam-se, então, como metas a protecção e valorização da paisagem, o seu património cultural e a mercantilização destes bens.

Na metade ocidental da área em estudo, a orografia, o tipo de propriedade e a diminuta produtividade do solo, podem explicar, entre outros factores, o crescimento do sector florestal. De modo diverso, nas melhores terras da metade oriental a modernização deu lugar ao uso de uma vasta e diversificada maquinaria agrícola e à introdução de novas culturas, viabilizando a expansão do sector agrícola.

Entretanto, em toda a região, a agricultura, só por si, já não assegura a vitalidade económica nem estrutura as relações sociais das suas gentes, como o fez no passado. Hoje a actividade agrícola é, frequentemente, um complemento económico de outras actividades ligadas à indústria ou serviços.

Como escreve José Portela (1999) *“a terra dá o pão de cada dia, a fábrica o salário mensal”*. Com estas profundas alterações, a vários níveis, modificaram-se também os saberes e desapareceu toda uma ritualidade social ligada ao trabalho do campo. Como escreve Fernando Baptista (1996:44) *“morre uma cultura, declina um mundo, mas os milhões de homens e*

mulheres que, sempre que puderam o abandonaram, não lamentam a perda. «A gente só tem saudades porque sabe que aqueles tempos não vão voltar», declara um velho emigrante que também fora agricultor na sua terra e ratinho no Alentejo”.

Paralelamente ao declínio do mundo rural assistiu-se a uma abertura destas comunidades ao exterior, a uma articulação crescente com o mundo urbano e a novos usos para o espaço rural.

Ao longo da história portuguesa a emigração tem sido uma constante. Na região em apreço teve valores significativos na década de 60 do século XX até aos primeiros anos de setenta. Teve dois destinos fundamentais: em direcção às áreas em industrialização crescente situadas em torno das grandes cidades do litoral – a emigração interna; e, predominantemente, para a Europa – a emigração externa.

Num primeiro tempo saem os pequenos agricultores, os assalariados rurais, gente exausta de tanto trabalho para tão fraca compensação, quase sempre adultos jovens do sexo masculino. As aldeias ficam assim cheias de mulheres (viúvas de vivos), de idosos e de crianças. Não há quem trabalhe o campo, os vencimentos agrícolas sobem em flecha e as áreas por cultivar são cada vez maiores. Em contrapartida, há dinheiro como nunca, constituído pelas remessas dos emigrantes.

A família, como instituição social dinâmica, não ficou alheada deste processo de transformação. A família tradicional, mais ligada à terra, extensa, formada segundo as conveniências, com elevado número de filhos, com práticas sacralizadas, solidária, geograficamente perto de ascendentes e colaterais, com a actividade feminina mais virada para o seu seio, alvo de grande controlo social, com papéis e funções muito definidas entre os seus membros, com relações de solidariedade, deu lugar à família com características modernas, com reduzido número dos elementos, formada no respeito pelos sentimentos dos nubentes, com baixo número de filhos, laica, pobre nas relações de solidariedade, geograficamente afastada de cada um dos seus núcleos, com a mulher também a trabalhar fora de casa, com menor controlo social e com uma grande flexibilização dos papéis e das funções em termos familiares.

Até há poucas décadas as condições de vida da população rural roçavam o miserável. Escreve José Lopes Dias, no artigo *Para a História da Barragem de Idanha-a-Nova, e da sua Gente* (1968:5 e 6), *“naquele tempo, tiradas as ceifas, a sementeira e a colheita da azeitona, os trabalhadores de Idanha-a-Nova vagueavam todo o santo dia, por não terem trabalho, pelas ruas da vila, ou coçavam os fundilhos das calças nos bancos de granito, duros e toscos da Praça Pública”.*

E mais à frente.

“... Com uma média populacional de 18 habitantes por quilómetro quadrado, não havia trabalho durante uma boa parte do ano.

De tão estranha situação resultava o paradoxo de haver gente a mais e terra a mais! Podia então dizer-se como Oliveira Martins:

- Convém que o povo emigre?

- Não!

- Como evitar que o povo emigre?
- Dando-lhe de comer.
- Que comer o que?
- Terra!

Era assim o meio ambiente social, de verdadeira miséria, de uma população respeitadora, obediente e simples, que inscrevia como principal motivo da sua ambição ou das suas aspirações ter trabalho”.

Num outro escrito, este interventor da sociedade beirã e médico questiona: *“não se percebe como tantos homens do povo das aldeias, transferidos ao fastígio do poder público, não hajam procurado as soluções da vida rural que um escritor de talento, há bem pouco tempo, exprimia em algumas palavras, deste teor: em vez de casas, tocas, tugúrios miseráveis, sem claridade, em vez de lares, luras de ratos e lama, lama; o homem, caíno de alma encurvada, triste e oprimido, de corpo anemizado e combalido, mas no entanto, a aldeia, reservatório único de gente.*

Nós médicos de província, testemunhamos a exactidão do quadro...” (1948:6).

Esta situação é totalmente corroborada por outros autores contemporâneos de José Lopes Dias.

Em 1935, por exemplo, Ribeiro Cardoso (1944) regista a morte de nove pessoas por epidemia de tifo em Adegiraldal e transcreve a carta do padre Tomaz ao Governador Civil de Castelo Branco, que reflecte bem o panorama assistencial existente na época na generalidade das aldeias da região. Escreve o padre em 5 de Julho de 1935: *“No pequeno espaço de poucas semanas já ali faleceram nove adultos, e quasi todos os habitantes estão atacados da terrível doença, sem que todavia até hoje ali tenha vindo um médico, porque aquela pobre gente não tem recursos para pagar uma visita necessariamente cara, pois o Delegado de Saúde reside em Oleiros, que fica a cerca de 35 quilómetros daquela povoação”,* (Cardoso, 1944:256).

Nesta época, ou um pouco depois, o médico A. Proença caracteriza esta região, em termos muito gerais, do seguinte modo: *“quem ainda não visitou as aldeias da Beira Baixa, mal pode supor, por melhor que lhe seja descrita, a forma primitiva como o povo vive”,* (Proença, 1944:15).

Era neste contexto de miséria que a criança, nosso objecto de trabalho, crescia e se desenvolvia.

O analfabetismo ajudava a cimentar todo este quadro.

Em 1890, na área correspondente aos concelhos em foco, o analfabetismo rondava os 88% da população, quando a média nacional ficava pelos 76%. Estes valores desceram, muito lentamente, ao longo do século XX mas mantiveram-se muito acima da média europeia.

Nas décadas de 30 a 50 do século passado as escolas chegaram massivamente às comunidades rurais, mas a resistência à sua frequência era ainda grande. As mulheres eram de longe as mais atingidas porque, na perspectiva da nossa população se havia alguém que devia

aprender a ler e a escrever eram os homens, porque *“tinham que governar a casa e trabalhar para ganhar dinheiro para sustentar a família”*. Instruir as mulheres podia tornar-se pernicioso porque *“aprendiam a ler e a escrever e depois escreviam cartas aos namorados”*, como nos dizia uma informante.

Para combater o absentismo escolar nas crianças, sempre elevado em virtude das múltiplas tarefas que lhes eram atribuídas, e melhorar o seu quadro alimentar e, conseqüente, a sua estrutura física e resistência à doença, Jaime Lopes Dias propôs que as escolas passassem a fornecer uma refeição diária aos alunos (Dias, 1948a).

O professor António Frade sintetiza, através das palavras de um patriarca de família, a perspectiva da nossa população rural relativamente à importância atribuída à instrução *“letras, são tretas senhor professor. Eu não como das letras. As letras são para os que não precisam de trabalhar”* (Frade, 1995:100).

1.1.3. Aspectos demográficos

No Quadro 1 apresentam-se os valores relativos aos censos da população desde 1864 a 2001, divididos pelos quatro concelhos da área de estudo. Para cada concelho quantifica-se a população de facto, o número de crianças até aos 15 anos e a percentagem que estas representam na população de facto. Para se ter uma perspectiva conjunta, para cada ano de apuramento do censo da população (1878, 1911, 1930, 1950, 1970, 1991 e 2001), somaram-se os valores obtidos em cada um dos concelhos e determinou-se a percentagem das crianças até 15 anos sobre o total da população.

Verificámos que a década de 50 marcou um ponto de viragem na evolução demográfica da população, desta região. Durante cerca de noventa anos (1864 – 1950) a população cresceu mais de cem por cento (de 59584 em 1864 para 125239 em 1950).

Fenómeno idêntico se observa nas crianças até 15 anos de idade. O seu número cresceu, em todos os concelhos, até à década de 50, excepto no concelho de Idanha-a-Nova onde apresentou pequenas irregularidades.

Na segunda metade do século XX (1950 – 2001) constatámos um decréscimo da população da ordem dos 35 %. O Censo de 2001 já perspectiva uma tendência de estabilização no concelho de Castelo Branco, o que não acontece nos restantes concelhos.

O número de crianças até aos 15 anos continua em queda, em todos os concelhos e, conseqüentemente, na região.

Entre 1878 e 1950, o número de crianças até 15 anos de idade teve uma evolução crescente, no território considerado, ainda que tenha declinado a sua percentagem no conjunto da população, de 1911 (35.37%) até à actualidade (12.22%).

A diminuição do número de crianças em toda a região é um fenómeno particularmente manifesto nas pequenas comunidades de características rurais. Muitas destas comunidades já não têm crianças há muitos anos. Este facto tem conseqüências no não uso da ritualidade ligada ao mundo infantil e, conseqüentemente, o seu esquecimento.

Quadro 1 - População da área de intervenção e número de crianças até à idade de 15 anos (1864 – 2001)

	1864	1878	1890	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
VVR														
População	4728	5050	6033	7068	7877	7809	8824	9607	9568	8039	6167	5497	4910	4098
Crianças até 15 anos		1698	2048		2555	2474	2642		2399		1150	901	553	315
% **		33.62			32.43		29.94		25.07		18.64		11.26	7.68
CB														
População	29668	31655*	34778*		41887	44131	50848	56984	63305	63091	55475	54264	54235	55708
Crianças até 15 anos		10500*	12020*		14339	14494	16432		18269		12340	10920	8941	7369
% **		33.17			34.23		32.31		28.85		22.24		16.48	13.22
PN														
População	8842	9132	10289		13384	13333	15416	11711**	18927	17552	13257	11360	10784	9610
Crianças até 15 anos		3165	3602		4548	4405	5134		5703		3290	2394	1846	1177
% **		34.65			33.98		33.30		30.13		24.81		17.11	12.24
IN														
População	16346	17575	20285		26853	25619	27952	32642	33439	30418	20450	15937	14118	11659
Crianças até 15 anos		6392	7454		10393	8635	9130		9919		3970	2487	1645	1047
% **		36.36			38.70		32.66		29.66		19.41		11.65	8.98
Totais concelhos														
População		63412			90001		103040		125239		95349		84047	81075
Crianças até 15 anos		21755			31835		33338		36290		20750		12985	9908
% **		34.30			35.37		32.35		28.97		21.76		15.44	12.22

* inclui S. Vicente da Beira (na época concelho autónomo)

** Percentagem de crianças sobre o total população

Não cabe, no âmbito deste trabalho, encontrar explicações para a diminuição do número de pessoas, incluindo crianças, nesta região. Entretanto, cremos que o fim do mundo rural, a emigração e os novos modelos de família muito terão contribuído para a realidade actual.

1.2. Ser criança, aqui

No ponto um deste sub-capítulo faremos uma breve abordagem da evolução da ideia de criança e nos pontos dois e três propomo-nos conhecer o(s) momento(s) em que a criança deixa de o ser, na área de estudo.

1. A consciência que temos, hoje, do que é ser criança foi construída ao longo de um sinuoso percurso de muitos milénios. As preocupações com as crianças estão presentes na generalidade dos filósofos clássicos. Para estes, a educação e a saúde das crianças era uma das temáticas preferidas. Também na literatura clássica abundam personagens protagonizadas por jovens (Antígona, Ifigénia, etc.)

Na civilização greco-latina a criança era considerada como propriedade dos pais podendo estes dispor, inclusivamente, da sua vida. Em Esparta, durante a ditadura de Licurgo, as crianças com problemas físicos, que as impedissem de integrar eficazmente o exército, eram lançadas em abismos.

Lúcio Séneca (4 A . C. – 65 d. C.), filósofo latino, preconiza a eliminação das crianças com defeitos físicos ou as inválidas.

Cabia ao *pater* famílias, na sociedade romana, decidir sobre a sorte do recém-nascido que lhe era apresentado. A não aceitação da criança correspondia ao seu abandono, na rua.

Dos pensadores medievais destacamos São Tomás de Aquino (1224-1274) que na obra *Summa Theologica* perspectiva a criança como um homem em miniatura (Castro e Caldera, 1997). Assim, durante a época Medieval e até cerca do século XVI o *sentimento de infância*, que “*corresponde a uma consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem*” (Neves et al, 1989:94), não existia. A criança ou vivia num estado de completa dependência dos cuidados da mãe ou ama ou passava a integrar o mundo dos adultos. O estatuto de adolescente não era conhecido. Na arte, durante essa época, a criança era representada com corpo pequeno e cabeça de adulto.

No século XVII, principalmente nos grupos sociais mais elevados, a criança passa a ser fonte de distração e de prazer dos adultos (o que os autores franceses chamam de *mignotage*). Há como que uma descoberta da criança pequena mas apenas na vertente lúdica. Esta nova atitude para com a criança é fortemente criticada por influentes pensadores contemporâneos (Montaigne, Fleury, M. D’Argonne, etc.). Nessa época a criança deixa de misturar-se com os adultos, sobretudo à mesa.

Paralelamente, moralistas e educadores difundem outros focos de interesse relativos à criança, como a psicologia e a moral. Estas temáticas pretendem melhorar e adaptar os métodos educativos à suas idades tornando-os adultos racionais e melhores cristãos.

Desde os finais do século XVII vinha-se assistindo a um decréscimo lento, mas progressivo, da autoridade paterna sobre a criança, substituída, entretanto, pela autoridade da escola e do Estado. A autoridade da família foi perdendo significado à medida que o Estado aumentava a sua interferência na esfera social. Ao mesmo tempo, os pais assistiram a um acréscimo dos seus deveres para com as crianças. Escreve Pedro Neves (1989:99) “*na mentalidade antiga o pai tinha plena soberania sobre os filhos, como o senhor sobre os escravos – eles pertenciam-lhe de plena propriedade porque os havia feito; ele não lhes devia nada. Na mentalidade contemporânea, pelo contrário, o acto da criação confere aos pais mais deveres que direitos*”. Os deveres dos pais para com os filhos passaram a ser os de proporcionar educação religiosa e moral, assistência material, educação profissional, tratamento de igualdade entre todos os filhos, entre outros.

Nessa época, a criança não tinha papel afectivo na família. É “*a partir do séc. XVII que sob a influência da Contra-Reforma e do culto da sagrada família o sentimento afectivo que une hoje as famílias se vai lentamente formando. Ele cresce proporcionalmente ao aumento da liberdade de escolha do cônjuge e do papel que nela a afectividade vai desempenhando; na medida também em que as relações conjugais se suavizam; em que a mortalidade nas crianças diminui*

e em que as concepções morais e pedagógicas chamam a atenção para a particularidade da infância e sublinham o papel dos filhos no seio familiar e na sociedade”, (Neves, 1989:99)

No século XVIII o movimento pró-criança alarga-se. Políticos, médicos, cirurgiões, parteiras e pensadores publicam obras tendo a criança como tema central. A criança começa a passar, ainda que lentamente, de sujeito mão-de-obra para objecto de estudo. A par dos cuidados educacionais mencionados e da *mignotage* surge uma nova preocupação, esta relativa à higiene e à saúde física da criança. Defende-se o aleitamento materno e o não enfaixamento.

O movimento político consubstanciado na Revolução Francesa *liberta* a criança, e os restantes oprimidos (pobres, loucos e escravos), passando aquela a ter melhor protecção até aos 12 anos.

Nos séculos XVIII e XIX, na Inglaterra da revolução industrial, a mão-de-obra infantil foi intensamente utilizada em fábricas e minas. Na altura, a jornada de trabalho era longa, chegava a atingir dezasseis horas, as condições de trabalho péssimas e o vencimento pouco expressivo. Por estes factos a Inglaterra foi dos primeiros países a promulgar legislação de protecção à criança e em 1819 surgiu uma lei que proibia, absolutamente, o trabalho a menores de nove anos e limitava a meio dia as horas de trabalho de uma criança dos 13 aos 16 anos. A Lei da Educação, ainda em Inglaterra, promulgada em 1870 e 1891, obrigava à escolaridade da criança até aos 12 anos. Por fim, a lei de 1918 veio regulamentar, rigorosamente, o trabalho infantil (Castro e Caldera, 1997).

Em *Contexto Social del Desarrollo* escreve Florêncio Castro e Maria Caldera (1997:108) que “*varias son las normas o leyes que sobre el niño se va publicar en Inglaterra. La Infant Life Protection se redacta en 1874. La Ley de 1889, llamada la Carta de los Niños Inglesa, introducía la idea de que los menores también tienen sus derechos, ya que hasta entonces, y desde el Imperio Romano, sólo se conocían los de los padres. Finalmente se promulga, en 1908, la Ley del Niño en Inglaterra, que otorga al Estado el derecho de intervenir en las relaciones entre padres e hijos y suplirlas si es necesario*”.

Em 1899 é criado em Chicago, por Benjamín Lindsey, o primeiro tribunal de menores e em 1900 Ellen Key⁵, na sua obra *O Século da Criança*, apelidou o século XX de século da criança.

O movimento internacional de protecção à criança não mais parou e foi sendo vertido em vários códigos internacionais como a Declaração de Genebra, adoptado pela Sociedade das Nações em 1924 e a Carta dos Direitos da Criança, aprovada em 20 de Novembro de 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Paralelamente, constituíram-se inúmeras associações de apoio à criança que cresceram e se multiplicaram em todos os países.

Guilherme Oliveira (1995:58) registando a posição de Philippe Ariès escreve que “*é possível, lamentavelmente, que o famoso historiador da família Philippe Ariès tivesse razão quando previa, há alguns anos atrás, que o reinado da criança, construído laboriosamente ao longo dos últimos três séculos, esteja a chegar ao fim. Talvez a criança não consiga manter o estatuto de figura central do lar. Se assim for, em vez de tratada principescamente como um «precioso fardo», poderá vir a ser tratada com desprezo – ou a violência – que se dispensa a um qualquer maçador*”.

⁵ Pedagoga sueca (1849 – 1926).

A lei portuguesa, mais ou menos tardiamente, foi acompanhando a evolução legislativa de outros países europeus relativamente à criança.

Assim, o Código Civil de 1867 já previa penas para os pais que excedessem a sua atitude correctiva, a que tinham direito, para com os filhos. E o Código Penal de 1886 já punia a exposição e abandono de crianças, prática comum na época. Mas, apenas em 27 de Maio de 1911 foi promulgada a Lei de Protecção à Infância e com ela a criação da Tutoria da Infância e a Federação Nacional dos Amigos das Crianças.

O Código Civil Português de 1966 ainda atribuía aos pais o direito de *“corrigir moderadamente o filho nas suas faltas”* (art. 1884), ainda que houvesse, paralelamente, referências à sua limitação (Oliveira, 1995). O Código Civil em vigor, após a reforma de 1977, alterou a redacção para: *“os filhos devem obediência aos pais; estes, porém, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida”* (nº2 do art. 1878). E o artigo 1877 estipula que *“os filhos estão sujeitos à autoridade paternal até à maioridade ou emancipação”*.

A Constituição da República Portuguesa consagra o seu artigo 69 à infância e no nº 1 deste artigo proclama a defesa da criança contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições⁶.

2. A criança, no Sul da Beira, desde o nascimento até à idade de sete anos tomava a designação de «anjo», criança ou menor. Em agonia, não podia receber os sacramentos relativos à circunstância. Nos séculos XVII a XIX, os padres, nem sempre registavam o seu óbito e se o faziam nem sempre registavam o seu nome, mas o nome dos pais (Henriques, 1990a). Também na «contagem dos fogos e das almas» as crianças com a idade inferior a sete anos nem sempre eram contabilizadas, como foi o caso do ano de 1732 (Moreira, 1994). As crianças expostas, desvalidas ou abandonadas ficavam ao cuidado das amas até à idade de sete anos. Aos seis anos podiam ser admitidas no Asilo Distrital de Castelo Branco, sendo essa a idade mínima.

Por óbito as famílias não punham luto, situação socialmente aceite.

Pela exposição verificamos o baixo estatuto social da criança com menos de sete anos de idade.

A idade de sete anos era um importante marco no reconhecimento social da criança. Era o ponto de viragem.

Do ponto de vista médico, o Dr. José Lopes Dias (1924:11 e 12) divide os sete primeiros anos de vida duas fases, das três em que reparte a infância. A primeira corresponde aos trinta primeiros meses de vida extra uterina e a segunda à *“queda dos dentes de leite e o aparecimento dos primeiros molares definitivos”* (Dias, 1924:12), que corresponde aos seis ou sete anos.

⁶ Texto dos nºs 1 e 2 do art. 69 da Constituição da República Portuguesa:

“1. As crianças tem direito à protecção da sociedade e do estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições;

2. O Estado assegura especial protecção às crianças órfãs abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal.”

A partir desta idade passavam a receber os sacramentos de Penitência e Extrema Unção. As crianças da roda, por exemplo, transitavam para a alçada do juiz de órfãos que lhes nomeava um tutor e passavam a trabalhar a troco de comida, dormida e roupa. O provimento da Roda de Castelo Branco de 1783 regista que as crianças são sustentadas pelas «Camaras» e pelos «Povos» *“que lhe deram o ser, e isto até a idade de sette annos, em que elles já livres dos iminentes perigos, que ate este tempo os cercam, e entrando em idade capaz de algum trabalho possam por meio d'elle ganhar o seu diario sustento, e vestuario...”* (Martins, 1981:34).

A situação degradante em que a criança exposta se encontrava gerou um movimento social em sua defesa. Atesta-o, no Parlamento, em 1852, as palavras do deputado por Castelo Branco Dr. José de Mello Giraldo Sampayo de Bourdon: *“de que servirá que a sociedade tenha até aqui a seu cuidado a criação dos expostos, se ela logo os tem abandonados, apenas chegados à idade de 7 anos? De que servirá criar o homem se não se lhe der a necessária educação para ser útil a si e aos outros”* (Catana, 1977:55).

Fruto deste movimento social, em prol da criança, é decretado em 5 de Janeiro de 1888 o *Regulamento para o Serviço dos Expostos e Menores Desvalidos ou Abandonados* que estabelece a formação profissional, dos sete aos 12 anos, para as crianças nestas circunstâncias (Mattoso, 1993).

Segundo o Decreto nº 6117, de 20 de Setembro de 1919, da Inspeção-geral dos Serviços de Protecção a Menores, a idade mínima para que uma criança integre as instituições correctivas ou reformadoras, então criadas, como foi o caso do *Reformatório de São Fiel*, é de sete anos.

Até há poucas décadas a idade de sete anos correspondia à entrada na escola.

Outro importante marco na vida da criança exposta ocorria aos 12 anos, idade em que passaria a dispor de um salário pelo seu trabalho. No âmbito religioso as raparigas passavam a poder receber todos os sacramentos. O mesmo acontecia aos rapazes aos 14 anos⁷.

No Asilo Distrital de Castelo Branco, em 1881, e desde a sua fundação, as crianças do sexo masculino saíam do estabelecimento com onze anos. Nesta data, *“reconhecendo-se que era prejudicial a saída dos rapazes apenas com 11 anos, prejuízo não considerado relativamente às meninas...”* (Pardal, s/d:128), foi aprovada a criação de um estabelecimento complementar do Asilo onde as crianças pudessem permanecer mais três anos para receber a *educação artística*.

Segundo anunciava o *Regulamento para o Serviço dos Expostos e Menores Desvalidos ou Abandonados* já referido, as crianças *“atingidos os 12 anos de idade, serão encaminhadas para diferentes destinos profissionais ou de ensino”* (Mattoso, 1993:506).

Até às décadas de 60 – 70 do século XX, a idade de 12 anos, correspondia, frequentemente, ao início da actividade profissional, em comunidades urbanas e rurais, como se exemplifica: *“morreu um homem bom. Chamava-se João Moreira Naré e fez profissão na Secretaria Notarial da cidade desde a saída da Escola Primária, feita na Escola do Castelo. Desde os 12 anos, desde que a mãe o foi levar ao Cartório dos senhores doutores...”* (Frade, 1995:111). *“Rapazitos de 12*

⁷ A idade da responsabilidade, entre os árabes, corresponde aos 12 anos para as crianças do sexo feminino e 15 anos para os rapazes.

anos já iam à ceifa, mas no fim da safra, nas contas para o patrão, figuravam como adultos. Os manajeiros reuniam os homens para se pronunciarem sobre a quantia a atribuir a cada adolescente. Em geral davam-lhes 250 ou 300 escudos e o restante era dividido pelos adultos... Apesar disso, regressavam contentes. Mas, no primeiro ano em que ganhavam «por inteiro», a alegria era tal que, ao chegar ao casal, atiravam cada um o seu foguete” (Vilhena, 1995:17).

O período corespondente aos 12 - 14 anos corresponde, grosso modo, à terceira infância, segundo o médico José Lopes Dias. Esta última fase da infância é caracterizada *“por um mais amplo desenvolvimento do esqueleto e correlativamente por uma preparação morfológica progressiva do organismo para as funções novas da puberdade”* (Dias, 1924:12).

Aos 16 anos é reconhecido pelo Código Civil de 1977, em vigor, o poder de decidir sobre o modelo da sua educação religiosa que pretendia para si mesmo. Com esta mesma idade e até 1924 terminava a estada das raparigas órfãs no Asilo de Castelo Branco. Depois, em reunião de direcção de 20 de Junho de 1924 foi alterado o artigo 15 dos estatutos *“que determina a permanência das órfãs no Asilo até aos 16 anos. Entendíamos que essa permanência devia ir pelo menos até aos 18 anos, visto estar assaz reconhecido que a idade dos 16 anos é extremamente perigosa, indo as crianças para o bulício do mundo, onde a cada passo a sua inocência se vê exposta a todos os ardis e maldades”* (Carvalho, 1925:75).

A idade de 16 anos permanece como limite porque é a partir dela que um indivíduo pode iniciar, legalmente, actividade profissional e, nos hospitais, ser internado em enfermarias de adulto. É também a partir desta idade que perante o Código Penal o indivíduo se torna imputável⁸ e se aplica o Regime Penal dos Jovens (Decreto-Lei 401/82 de 23 de Setembro) cujo no nº 2 do art. 1 regista que *“é considerado jovem para efeitos deste diploma o agente que, à data da prática do crime, tiver completado 16 anos sem ter ainda atingido os 21 anos”*.

No século XIX as crianças expostas e desvalidas conseguiam a liberdade e a emancipação aos 20 anos. Os órfãos, igualmente expostos e desvalidos, apenas conseguiam este estatuto aos 25 anos (Lopes, 1993:504).

Perante o exposto pudemos observar que a construção da actual noção de criança é fruto de um longo percurso aferido, fundamentalmente, pelo valor social atribuído ao indivíduo e mais especificamente à criança.

Verificamos que as marcas físicas (alteração do corpo) e o início do trabalho remunerado são importantes marcos na vida social do indivíduo.

A idade mínima de angariação dos meios de sobrevivência, pela criança, tem vindo a aumentar ao longo dos dois últimos séculos. A criança que no século XIX passava a trabalhar aos sete anos, a troco de comida, cama e roupa, encontra, no final do século XX, patamar semelhante aos 16 anos.

3. É voz comum no Sul da Beira que o corpo e a mente de uma pessoa se modificam de sete em sete anos. Através da documentação mencionada no ponto anterior pudemos verificar a importância atribuída às idades dos sete anos e dos catorze anos. Não incluímos referências à passagem dos 21 anos por não se enquadrarem no nosso objecto.

⁸ Art. 19 do Código Penal – *“os menores de 16 anos são inimputáveis”*.

No ponto anterior referimos alguns marcos oficiais relativos à mudança de estatuto na vida de uma criança. Neste ponto, faremos o registo de alguns rituais de passagem na sociedade tradicional. Focaremos a atenção no ritual que põe fim à infância.

Em Juncal do Campo, Matos Prata (1990) regista a chouriçada como critério de entrada no grupo dos adultos. Os rapazes com 14, 15 ou 16 anos roubavam, aos pais, um ou mais chouriços e iam à noite comê-los para o aro da povoação, juntamente com outros rapazes.

Em Rabacinas, o local de reunião era o forno. À noite, tinham acesso ao forno apenas os homens e os rapazes que na ceifa ganhassem como homens. Relata-nos Luis Henriques. *“lá a nossa terra quando era à noite, im vez d’ir passar o sarão à taberna – num havia dinheire nenhum p’ra lá ir gastar... e a taberna dos homes e dos rapazes era no forno...”*

Inquanto as mulheres andavam a cozer, a malta miúda ainda pro’li s’ia aguentando. Assim, assim qu’o pessoal qu’as mulheres abalassim, até qu’nom ganhassem por homes na ceifa já lá num parava nenhum. Aqueles moços grandes era bater num, bater n’outro. A maior parte das vezes butavam as calças abaixo, um punha-se além c’o cú de fora e outro pegava assim no cachaço e no cú das calças, - assim à malta miúda – e p’o bescoço, pois ía-lhe esfregar o nariz ó olho do cú do outro. Qu’era pra nom irmos contar aquile, as coisas qu’eles lá d’ziam; falavim im raparigas, falavim numa coisa, falavim noutra e porqu’agente num fosse contar aquilo qu’a rapaziada falava, assim qu’as luzes abalavim, - as mulheres com as lanternas – tinhamos qu’a desaparecer tamém, senão, ... mê amigo. Tíhamos que gramar aquela conta. Im ganhando por intêro na Ceifa, por home, atão já se podia ‘star’ (Henriques, 1990b:17).

Na generalidade das comunidades do sul da Beira, quando a mobilização militar atingiu a juventude em maior escala, a inspecção passou a rito de passagem; era o tirar as sortes ou ir às sortes. Luis Leitão (1991:68) escreveu o seguinte acerca da comunidade de Partida: *“o dia da inspecção militar é dos dias mais desejados na vida de um rapaz. Depois de «tirar as sortes» ou «ir às sortes» é que é um verdadeiro homem. O simples cumprimento dum dever cívico adquire um significado especial, bem patente nas manifestações de regozijo a que dá lugar...”*

Mesmo na actual conjuntura os mais satisfeitos e ruidosos são os apurados. Naquele dia eles tiveram confirmação oficial da sua capacidade física e é só isso que conta. Os «livres» sentem-se como que inferiorizados em relação àqueles e não escondem o seu desgosto”.

Na bibliografia regional é bem mais difícil encontrar informação detalhada acerca dos ritos de passagem de rapariga a mulher. Ainda assim, a menarca é um marco fundamental. É muito comum ouvir-se, em toda a região, a expressão «já é uma mulher» ou «já é uma mulherzinha» como sinónimo de rapariga que atingiu a menstruação.

Em Rabacinas, o estatuto de rapariga ou cachopa, segundo F. Henriques (1993:15) atingia-se por volta dos 11, 12, 13 anos quando deixavam de dançar no baile das crianças e passavam ao dos adultos, *“quando se começava a juntar com as outras mais velhas”* e com a menarca. *“Até que não fosse menstruada era sempre gaiata”.*

Constatámos a valorização que os vários autores dão à ritualidade masculina, em detrimento da feminina, e a mudança de ritual em função dos fenómenos sociais e da época histórica.

Sendo nossa intenção conhecer o momento em que a criança deixa de o ser, pudemos constatar que esse momento é variável, com o tempo histórico, e com o lugar em questão.

1.3. Histórias na primeira pessoa e outras

Com o objectivo de proporcionar uma perspectiva geral e rápida do que era ser criança no Sul da Beira Interior, que poderá ajudar a compreender algumas situações relatadas nas páginas seguintes, transcrevemos alguns depoimentos oriundos das entrevistas realizadas no âmbito deste trabalho ou textos, já publicados, que espelhem fragmentos da realidade infanto-juvenil.

Em tom crítico o médico A. Proença (1944:29-30) descreve a prática, frequente na época, relativa à alimentação do recém-nascido. *“A teta dê-lha quando quiser, puder ... e êle aceitar! Deite-o ao pé de si para não arrefecer! ... Olhe que a maminha é o «cala-meninos»! Dê-lhe umas colheres de papinha, ou peito de outra mulher, nas primeiras horas de nascido!».*

Começa a amamentação e, a mãe, acabada a convalescença, demorada quási sempre, apenas se alimenta a caldos de galinha, haja ou não qualquer acidente nas sequências do parto, só com extrema dificuldade conseguindo vencer a resistência que lhe oferece a família e conhecidos para tomar qualquer outro alimento dentro de quatro semanas após a parturição.

Logo que pode, a mãe regressa ao trabalho, inadequado quási sempre, e o leite ressentido-se, não apresentando as precisas qualidades nutritivas; o filho progride dificilmente, auxiliado com alimentação imprópria dos seus órgãos digestivos; os transtornos e perturbações digestivas sucedem-se; uma hora chega em que se dá o evitável ... «o menino morreu-se»!

É uma selecção que se faz – a selecção muito forte – porque só o muito robusto se aguenta”.

Maria do Carmo Lopes⁹, Caniçal Fundeiro – Proença-a-Nova, falecida.

“- Depois de nascer ao fim de quanto tempo a criança podia mamar?

- Demorava aí... às vezes dois ou três dias.

- Tanto tempo?

- Íamos a outras qu’lhe desse o pêto. Sempre havia uma vizinha. Noutre tempo, agora já num é assim, havia muitas mulheres a ter filhos e aquela qu’desse o pêto ó menino ía-se lá uns poucos de dias¹⁰. E uma vez tive no Caniçal e ódepois, tava lá ... a sr. Carminda teve um menino e depois eu dava lête e lá no povo nom havia ninguém que desse lête e ódepois, diz ela assim às tantas da noite... Foi lá bater às portas do mê pai.

⁹ Maria do Carmo Lopes, nasceu em 10.01.1907 em Caniçal Fundeiro – Proença-a-Nova, e já faleceu. O seu testemunho foi gravado em 08.07.1989 com um fim diferente daquele que hoje lhe damos, e continua inédito.

¹⁰ Em Penha Garcia, Conceição Ferreira (1997:40) regista a seguinte prática: *“nos casos da mãe não dar leite (eram raros) a solução mais usada era levarem a criança a outras mulheres que tivessem muito. Mulheres a quem morriam os filhos ou inclusive a mulheres que tinham leite em abundância e amamentavam mais que uma criança ao mesmo tempo. Eram chamadas «amas de leite». Estas mulheres chegavam mesmo a cortar o leite aos seus próprios filhos já mais crescidos para alimentarem outros recém-nascidos a fim de sobreviverem. Eu própria conheço a história real de uma mulher que ainda existe embora muito idosa, que criou uma bebé de uma vizinha desde o nascimento até a criança poder comer outros alimentos. Ela considera-se mãe, a bebé que então já é mulher chama-lhe tia e os filhos da ama de leite consideram-na irmã”. Inversamente se a mulher que amamentava produzia muito leite chamavam uma criança maior para o mamar (Montes da Senhora, PN).*

- Ó compadre, a Carma ainda aí 'stá?

- 'Stá

- Atão qu'nom s'venha ela tem qu'ir dar o pête ó mê menino.

- Tive lá três dias no Caniçal a dar o pête ó menino. Mas agora, mais tarde, o povo começou a ser mais vivo, já num qu'riam assim, fazia-se uma rolha d'açucré e punha-se na boca do miúdo e era c'a rolha do açucré.

- Não queriam os filhos a mamar em outras mulheres?

- Pois, já num qu'riam o lête de outras mulheres ... Agora mais tarde, já começaram ... Já foi comigo... fazia-se uma rolhinha d'açucré e punha-se na boca... c'um farrapinho, atava-se uma linha, molhava-se além numa chávana d'água e dava-se à criança assim.

- Davam de beber água à criança?

- Não, era só a rolhinha d'açucré e naturalmente começavam a chupar na mãe. Noutre tempo não, ía-se chamar uma mulher fora para dar o pête. Mas o açucré era melhor. Era melhor o açucré e abriam mais os olhos.

(...)

- Uma mulher que não tivesse leite para dar à criança o que fazia?

- Coitadinha... passavam mal. Criavam-nos a biberon de leite de cabra e outras era assim leites de compra e farinhas. Criavam-nos a farinha. Tantas e tantas criavam-nos a farinha. Pois, e era assim. O tempe atão era pobre”.

(...)

FH - Na Bairrada ou no Caniçal era costume darem chuchas com açúcar e aguardente às crianças?

- Ali não. Ali não. Ali só o leite e o caldinho de farinha, mais nada.

FH – Aos quantos anos a criança começava a beber vinho, nem que fosse dos copos dos pais?

- Ai aos cinco anos. Aos quatro anos já podiam beber um copinho de vinho. Mas a gente para aqui não era lá como a das serras. Lá para Oleiros é pior. A gente para aqui não. Os pais evitavam de lhe dar bebida. Não deixam beber. Às vezes o meu pai bebia uma pinga de vinho. Bebia e a gente pedia vinho também. Lembro-me disse ainda e ele dizia para a minha mãe:

- Olha, faz lá uma água doce.

Não dizia refresco. E fazia a água doce e dava à gente e não dava vinho. Quando a gente começava a estar mais criado já davam vinho.

(...)

FH – Aos quantos anos começavam a guardar gado?

- Aos três ou quatro anos já começavam a andar mais outros. Não andavam sozinhos mas com cinco anos já andavam muitos. Já gostavam de andar uns com outros a guardar. Então era a nossa escola. Era a nossa escola era isso.

FH – Até que idade guardavam gado?

- Até aos quantos anos? Às vezes já tinham mais de 15 ou 16 e ainda andavam com elas.

FH – Tanto rapazes como raparigas?

Tanto rapazes como raparigas. Mulheres já feitas, já com peitos, já grandes ainda andavam com as cabras. Pois, eu não andei muito tempo com elas porque era a mais velha. Agora as minhas irmãs estavam criadas e ainda andavam com elas. Pois, era aquele tempo assim ... ainda andavam com elas e os rapazes na mesma. Às vezes quase com 20 anos e ainda andavam com elas. Então toda a gente tinha um rebanhinho de cabras”.

Maria José Torres, professora primária, Lameira de Ordem - Vila Velha de Ródão.

“Quando eu fui para a Lameira de Ordem nunca tinha havido escola. De forma que os pais iam para o trabalho, as mães também e eles estavam muito sós. As crianças ficavam em casa, sós. Acontecia que iam brincar.

Quando eu depois fui para lá, as mães iam para o trabalho e iam pôr, mesmo assim, bebês mesmo por detrás da minha secretária. As crianças pequeninas ficavam ali a meu cargo¹¹.

No Verão, quando os homens iam para a ceifa para o Alentejo, as mães tinham que fazer tudo. Regar as hortas, logo de manhã. Quando eu abria a escola já tinha uma quantidade de púcaros com batatas cozidas, ficavam no forno. E eles quando era à altura do almoço, os garotos iam buscar os púcaros lá ao forno com as batatas cozidas e mastigavam-nas e metiam-lhas na boca, aos irmãos. Os que andavam na escola faziam isso aos mais pequenos. Aos que estavam detrás da minha secretária. Nem estavam sobre cobertores, era sobre serapilheiras. E ali estavam aquelas criancinhas. E quando eu ia comer eles estavam a mastigar as batatas e a meter-lhas na boca.

(...) Os pais não as puxavam para eles dizerem esta ou aquela palavra. Nada. Os pais nem estavam em casa. Andavam só nos trabalhos. E já deixavam o serviço destinado para quando saíssem da escola, para irem com as cabras.

Quando saíam da escola, iam lá dar recado, vai ter com as cabras a tal parte. As crianças nem tinham tempo de fazer o trabalho da escola porque os pais ocupavam-nas.

(...) Uma vez vim passar aqui férias da Páscoa. E havia lá uma criança que estava doente, já quando eu abalei. Era o meu melhor aluno.”

Mas os pais não tinham dinheiro para pagar a consulta, para chamarem o médico e o garoto morreu.

¹¹ Tinha 60 a 70 alunos no conjunto das quatro classes.

*Naquelas terras não havia dinheiro. Ali só se comia do que se tinha, não se comprava nada*¹².

Glória Martins, doméstica, mulher de virtude, Lisga.

“Eu tinha cinco anos quando saim de casa para guardar cabras. Tive lá um mês, não era capaz. Era preciso era guardarem-me a mim.

Aos sete anos abalei. Fui então guardar cabras. Isso é que me custou muito. Faziam-me ir ao mato todos os dias.”

Luis Henriques¹³, Rabacinas / Vila Velha de Ródão¹⁴, falecido.

“Ós cinco anos comecei a guardar ovelhas. Guardei ovelhas até ós dez, no campo, qu’o meu pai tinha multe filho e eu era o mais velho. Tive qu’andar a guardar ovelhas, vá, dos dez ós doze andei na ‘scola. Vinha da Rabacinas à Foz, cinco quilómetros de distância. Ainda tínhamos a r’bera a passar, grandes sacrifícios. Andei lá dois anos. Ós doze tirou-me da ‘scola. Completei a terceira classe, não mais m’lá deixou andar.

(...) O meu pai qu’Dês tem, agora neste tempo, metia pro lá gente a roçar mato, pois abalava pá ceifa e ficava pro lá o mato ós molhos por acarretar e eu ia simplesmente às vezes por fazer companhia à minha mãe qu’lhe custava ir sozinha;p’ra lhe fazer companhia. Às vezes num trazia nada, outras vezes,t’mém já qu’ria trazer um molho. Era um criouco. A minha corda era o avintal dela. Tireva o avintal e atava ali um braçado de mato, e eu todo contente à frente dela c’o molho à cabeça, como dava uma topada numa pedra, lá ia a tocar música. Ou o molho num ia bem, lá ia a tocar música, lá caía eu c’o molho, a minha mãe mesmo c’o molho dela à cabeça pegava uma mão ao molho e punha-mo à cabeça, lá ia eu. Lá ia a gente assim. Pois começámos a ir, começámos a ir até...”

(...)

“Na casa dos meus pais rui seja a comida mas sempre s’incheu a barriga, mas nalgumas casas... logo quande eu guardei ovelhas. Havia alguns pastores, qu’andavam ós três e quatro dias qu’num levavam pão, num levavam merenda, nim levavam nada. C’miam im casa de manhã, à noite tornavam a c’mer alguma coisa e durante o dia jejuavam. Mas eu sempre l’veio e sempre me mandaram c’mer e o suficiente. Pois nós, p’ra eles andarim sempre a voltar as ovelhas davamos-lhe nós de c’mer, eu e outros, e eles andavam então sempre feitos nossos criados a voltar as ovelhas, a voltar o gado. Num tinham pão im casa e um rebanho de filhos. Às semanas sim haver pão, sim pão p’ra comerim, era pouco.

¹² O Dr. José Pissara Xavier Lopes Dias no seu trabalho *Elementos para uma Monografia Sanitária do Distrito de Castelo Branco* confirma o depoimento desta professora. Escreve ele “as condições sociais em que vivem os alunos das escolas primárias das freguesias rurais do distrito são deploráveis, como sobejamente o demonstra um inquérito feito, anos atrás, sobre 16033 alunos, dos quais 5941 tinham falta de vestuário, 3339 eram alimentados em quantidade insuficiente, 839 necessitavam intervenções operatórias da garganta e do nariz, 512 eram atardados mentais, 119 eram fatigados por trabalhos precoces e impróprios para a sua idade, e 140 eram excitados, em muitos casos, devido ao alcoolismo paterno ou materno. Há indubitavelmente, a necessidade de aperfeiçoar os meios sanitários e sociais capazes de pôr cobro a este lamentável e pouco edificante abandono a que são votadas as crianças” (1956:52).

¹³ Luis Henriques, nasceu em 18.10.1918 em Rabacinas – Proença-a-Nova, já faleceu. Este depoimento foi obtido em Maio de 1975 com um fim diferente daquele que hoje lhe damos.

¹⁴ Texto publicado no boletim Preservação, nº 9 – 11, 1990, p.18, Associação de Estudos do Alto Tejo, Vila Velha de Ródão.

(...)

E ovos, alguma vez os comíamos? Havia muitas galinhas mas os ovos qu'elas punham raro era comer um. Era a Ti Ana Mouta, qu'era lá uma sard'nhêra ...

... Dava-se-lhe os ovos im troca de sardinhas. Quer d'zer, davam-lhe ovos e davam uma sardinhita. E uma sardinha era dividida por três. Eu c'os meus irmãos e os mais era tudo assim. O pai e a mãe comiam metade cada um, aquande comiam e nós os pequenos era um a cabeça o outro o mei e outro o rabo. E quem comia houje a cabeça àmanhã comia o mei, no outro dia comia o rabo. Comia o rabo uma vez, p'rá outra vez comia a cabeça; quer d'zer p'ra nom c'mer um sempre o mei. Pois qu'a minha parte é maior qu'á tua, a tua é maior, a minha é mais pequena, 'stavamos sempre assim com dúv'das.

Fossemos sete, fossemos oito, fossemos dez numa casa comíamos tudo d'um prato. Ali num havia cá coisas, todos ali d'um maceirão, todos ali... Pois tavamos sempre a ralhar uns c'os outros:

*- Vá c'mer da tu'banda, vens c'mer aqui à minha banda. Come do teu lado, num venhas c'mer aqui à meu.*¹⁵

(...)

E lá cozia-se, coziam ali pão p'ra quinze dias, quinze, vinte num andavam cá ... Ainda o punham numa tábua, assim na cozinha, numa tábua p'ra ele ainda indurecer mais breve, qu'era para durar mais tempo. E im certas casas de malta miúda p'ra nom comerim pão, só à refeição, à hora da comida, quando lho davam, punham-no numa tábua alta qu'eles lá num chegavam e alguns e muitas, já assim tesos, arranjavam uma cana ou um pau pa tombar o pão p'ra baixe, pró mamarim e depois d'ziam que foi os ratos qu'o tombarim e quando o apanharim cá im baixe comerim-no. Comiam-no, pois.¹⁶" (Henriques, 1990b:18-19).

José Dinis da Graça Motta e Moura, *Memória Histórica da Notável Vila De Niza*, (1982, fac-simile da edição de 1855 e 1877) p.430 e 435.

"São finalmente as classes inferiores da sociedade, principalmente a pastoril e agricultora, de uma simplicidade, ignorancia e rudeza quasi incríveis; e entre ellas distingue-se ainda a raça feminina, que é de uma estupidez e credulidade admiráveis.

Os pastores, como logo ao despontar da vida, na prematura idade de seis ou sete annos, vão para os campos apascentar os rebanhos, e como não tratam e vivem senão com outros do mesmo destino e sorte, e que nada por isso lhes pódem ensinar, ficam tão nescios, que uma boa parte ignora o symbolo da fé, e alguns até a oração dominical, assim como os mais triviais e ordinarios principios da educação domestica, e até usam um dialecto e linguagem particular, que não é fácil de entender por quem não esteja costumado a tratar com elles; e quasi o mesmo acontece aos lavradores, que de mui verdes annos principam a tratar das vacas e dos bois, e que pouco mais do que isto ficam sabendo.

¹⁵ Vilhena 1988:38, faz referência a situação semelhante.

¹⁶ Vilhena, 1988:41, regista situações semelhantes.

(...)

E é ainda mais incrível o barbaro desejo, que todas teem, que lhes morram os filhos, em qualquer idade, que seja, porque dizem que lhe veem o principio e o fim: porque tal sentimento execrando e abominavel é mesmo contra as leis da natureza e geral no sentido contrário, em todos os seres animados, que inspira ás mães o amor e ternura pela sua prole, em tal grau que as leva a arriscarem e offerecerem a vida, para a protegerem e livrarem; é esta no entanto uma excepção fundada na ignorância, e prejuizos de uma educação barbara que receberam e causa da não crescer e augmentar muito mais rapidamente a população da villa, porque uma grande parte perece na infancia pelo abandono, com que os tratam”.

Ana Conceição Crespo, doméstica, Sarnadas de Ródão.

“O meu pai e o meu irmão mais velho era uma sardinha pelos dois. Para mim e para as minhas duas irmãs era uma sardinha dividida por três. Andava a gente sempre na miséria. Umas azeitonitas, um bocadinho de toucinho amarelo, quando já íamos trabalhar.

(...)

A parte mais importante da comida era para quem trabalhava. A minha mãe muitas vezes fazia os quinhões, distribuía e ela lambia os dedos. A minha mãe chegou a fazer isso. E as minhas avós. A mãe acabava por não comer nada.¹⁷ Era isso qu’era uma miséria, não era por não quererem mais bem à gente.

Às vezes até diziam assim.

- Ah os meus filhos...

Assim umas vizinhas para as outras. Lembro-me lá na nossa rua tava lá uma mulher que tinha sete ou oito filhos para tirar da miséria que dizia:

- Ai mãe, os meus parece que são capazes de comer até pedras”.

(...)

“A gente antigamente era tudo mais atrasado. Até porque nós não sabíamos puxar como sabem agora. Eu agora bem vejo a criação que a minha filha dá aos filhos dela. As crianças agora sabem falar de outra maneira aos pais. A gente andava sempre arrelhiada. A gente vinha farto de trabalhar e tinha tudo por fazer. Pois, eles coitadinhos a chorar a gente devia-lhe dar carinhos, não pouco custava ainda dar-lhe pancada.

(...)

Eu fui aos seis anos guardar uma senhora que lhe davam ataques e o senhor estava casado e estava para Lisboa. E então ele pediu à minha mãe. Que a mulherzinha punha-se nua e vinha

¹⁷ Karin Wall (1998) identifica fenómenos semelhantes, aos referidos pela nossa informante, no Baixo Minho onde a repartição da comida se faz “segundo o principio das necessidades (ponderado pelo estatuto, sexo e idade)”. Nesta região era geralmente a mãe quem distribuía as rações mas o pai e os filhos do sexo masculino, que trabalhassem, eram os primeiros a recebe-las. A mãe era a última a ser servida e as crianças as penúltimas.

para a rua. Era uma doença da cabeça e ele pediu à minha mãe. Que o homenzinho queria ir aqui, queria ir além.

Olhe, eu é que precisava ser guardada. Eu era só para quando ela viesse para a rua ir a chamar uma senhora que estava lá perto, que era cunhada, para a levar para casa. Para ela não andar pela rua e eu ficava por ali redor dela.

Eu era tão pequena porque um dia estava lá em casa e deixei da ver e fui dar volta à casa e num a vim e disse:

- Ai Jesus que deixei abalar a mulherzinha. Agora dão-me alguma sova.

Que a gente estava sempre ...Porque os pais batiam na gente.

Ai Jesus se eu a deixei fugir que há-de ser da minha vida e fui ... abri uma porta de um guarda fatos e estava ela lá, toda nua, com um lençol pela cabeça. Olhe eu apanhei uma cagaçada tão grande vi para a janela do primeiro andar a gritar para me deitar da janela abaixo. E essa senhora que agora morreu estava no quintal, que era a casa pegada e que tinha lá o quintal e ela andava lá no quintal a regar o quintal.

- Então o que foi Ana? Então o que tens tu oh minha menina? O que tens tu?

- Ai a ti Maria anda aqui. Ai eu tenho medo dela. Ai Jesus eu tenho medo dela.

- Ai não te deites da janela abaixo que eu vou ai.

Isto é a pura da verdade.

- Não te deites da janela abaixo. Olha que tu matas-te. Eu vou lá.

A mulherzinha foi lá e trouxe-me para casa dela até o homem vir. Fechámos-lhe as portas todas.

Bem, lá disse à minha mãe mas a pobreza era grande.

Escute a minha história.

Primeiro fui guardar essa senhora. Depois estive com outra mulherzita. Ela tinha umas cabras e eu ia buscar o leite ao homem e fazia-lhe recados.

Depois fui para outra casa servir, aqui de uma senhora que tinha uma loja. Já assim mais velhinha, 13 – 14 anos. Estive lá três anos. Ela tinha uma menina. Fechava-me o comer, o marido é que era um santo, era muito bom homem. Tanto que ela morreu e eu não tive vontade de ir ao funeral dela. Nem de ir à campa dela. Mas à do marido fui.

Eu ia à azeitona com o marido. Sim que lá chegávamos iamos para almoçar.

- Vamos almoçar!? Já tens fome?

A gente parece que andava sempre com a fome quando era nova.

- Oh senhor José, já comia.

- Atão vamos lá comer. Dá cá a tua merenda. Não digas à senhora.

A minha merenda ia para o cão. Punha ali a merenda dele à ordem.

- Vá agora comes daqui do que te apetecer, mas nunca digas nada.

Lá comia a merendinha mais o homem. Andava sempre consolada.

Tinha ali num quintal tinha figos de São João, tinha laranjas e vendia na loja, que ela tinha loja. E ele dizia assim para mim:

- Olha, vais a tal parte há lá figos de São João que eu fui a colher para vender na loja, mas estão lá quatro ou cinco. Come-os lá, não os tragas para aqui.

E a colher laranjas deixava lá algumas escondinhas para eu comer. Era muito bom homem, até tinha vindo da América e casou com aquela senhora que estava cá, já velha.

Depois ainda fui para casa do Senhor Gonçalves, lá em cima a guardar cabras e a guardar os meninos.

(...)

Depois vim para casa porque morreu a minha mãe, a tomar conta do meu pai e dos meus irmãos. Tinha um irmão que ainda não tinha 11 anos, fiquei com outro que tinha 16 anos. O meu pai também era do copito.

(...)

O meu pai nunca tal me bateu. Era mais a minha mãe. Era a minha mãe, coitadinha. Ela é que andava com a gente. O meu pai ia trabalhar, vinha à noite e também lhe custava estar tão poucachinho com a gente e bater-nos. A minha mãe era a toda a hora. Por tudo e por nada, a gente apanhava porrada. Depois a gente nem sabia aquilo que havia de fazer. Não sabia se fazia bem se fazia mal, já apanhava por tudo”.

(...)

Às vezes até a gente pensa que os pais de agora são melhores. Mas não eram. Não é o serem melhores... Tinham muitos filhos. Tinham muita miséria. Não se... pois não se podia dar o carinho que se queria. O carinho tinha que ser distribuído. E não havia aquele carinho e aquela paciência que há agora para os filhos.

- Oh mãe dói-me a cabeça.

- Olha corta e deita fora.

- Oh mãe dói-me um braço.

- Olha corta-o e deito fora.

Era assim esta maneira de falar para os filhos d'antes.

Saíam com o rebanho. O rebanho comia onde não devia, era uma malha à noite.”

1.4. Trabalho na infância

Em todas as sociedades há notícia da participação das crianças nas actividades económicas de que o grupo dependia.

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa, através do nº 3 do artigo 69, proíbe o trabalho a menores em idade escolar. Com o Decreto-Lei nº 46/86 de 14 de Outubro a escolaridade obrigatória passou para 9 anos, tornando-se legalmente impossível empregar menores de 16 anos.

Nas sociedades industriais, como a do século XIX, por exemplo, a criança foi uma peça importante no processo de industrialização. A baixa esperança de vida da população, as gravidezes sucessivas das mulheres, o baixo preço da mão-de-obra infantil, o seu poder reivindicativo nulo, a sua agilidade e a sua baixa estatura facilitaram a utilização da mão-de-obra infantil, predominantemente na indústria, com destaque para a têxtil e a mineira.

Começavam a trabalhar muito novos (4, 6, 7 anos) e a jornada de trabalho podia prolongar-se até 16 horas diárias¹⁸.

Na Europa, as primeiras leis de protecção à criança operária surgem em 1833, em Inglaterra, e só posteriormente no resto do continente. Nessa época, proibia-se o emprego a crianças com idade inferior a 9 anos. Nas décadas seguintes este movimento ampliou-se no sentido de limitar o número de horas de trabalho semanal e de melhorar as condições de trabalho infantil.

Nas sociedades tradicionais, a criança trabalhava em contexto familiar contribuindo desse modo para a sobrevivência do seu grupo. A sua integração no mundo do trabalho fazia-se de forma progressiva tendo quase sempre em conta o relação trabalho–possibilidade da criança segundo a sua idade. Como escreve Graça Pinto (1998:53) *“às crianças distribuem-se, então, actividades distintas, de acordo com a sua maturidade física e psicológica, procurando tirar o maior partido das potencialidades próprias das suas idades”*.

A diferenciação sexual das actividades, masculinas e femininas, iniciava-se por volta dos cinco ou seis anos de idade. A aprendizagem construía-se através do jogo, da imitação e da observação do adulto. Nestas circunstâncias, a aprendizagem de uma actividade e a socialização da criança tinham percurso único ou paralelo¹⁹. Em última instância, este tipo de trabalho, além da sua utilidade social, contribuía para a integração social e para a formação

¹⁸ Vejamos o testemunho de um operário inglês, em 1832, perante uma comissão de inquérito. *“Tinha 7 anos quando comecei a trabalhar na manufactura: O trabalho era a fiação da lã; o trabalho decorria entre as 5 da manhã e as 8 da noite, com intervalo de 30 minutos ao meio dia para repousar e comer; não havia tempo para repousar e comer à tarde (...). Eu tinha 14 horas e meia de trabalho efectivo aos 7 anos; o meu salário era de 3 francos e 10 cêntimos por semana”* (Crisanto, 1999:241).

¹⁹ A este propósito escreve Graça Alves Pinto (1998:64): *“o envolvimento laboral das crianças rurais tende a ser considerado uma experiência mais próxima da socialização do que do trabalho. Tal perspectiva tem contribuído para perpetuar a invisibilidade do trabalho infantil no meio rural, dificultando o seu reconhecimento económico e social. E é por isso também que o trabalho realizado por crianças e adolescentes na agricultura é excluído da categoria de trabalho infantil. Desta forma, as crianças rurais contam pouco para as estatísticas das crianças trabalhadoras e não são incluídas nas crescentes preocupações sobre o trabalho infantil”*.

educativa da criança. Como nos dizia um informante “o trabalho infantil era uma prática comum e era simplesmente para a sobrevivência da família. Não era a exploração da criança como há agora. O trabalho infantil bem orientado e sem ser de exploração eu acho que é útil para a formação da própria criança”.

Esta realidade não impedia a ocorrência de situações de exploração, de desigualdades por razões económicas, de sexo, familiares ou outras.

Da leitura das estatísticas divulgadas em Julho de 2002, sobre trabalho infantil em Portugal (Quintas e Cristovam, s/d), verifica-se que 75% deste trabalho é realizado no interior da própria família e que é na actividade agrícola onde se encontra maior número de casos de trabalho infantil (49.2%).

Na sociedade tradicional desta região, de características rurais, a mão-de-obra infantil era predominantemente utilizada em actividades domésticas e agrícolas.

Fora de casa a primeira actividade da criança, independentemente do sexo, era guardar uma ou outra cabeça de gado, enquanto os pais executavam tarefas agrícolas por perto. Como escreve José Maria Félix (1940), acerca de Relvas, “a primeira ocupação, na primeira idade, é guardar o rebanho da casa (...). Quando o primeiro filhito tem três ou quatro anos começa a guardar a cabrita perto dos pais que andam na fazenda. Depois vai já sozinha, e à medida que o pastor ou pastorita vai crescendo em idade, vai crescendo em número o rebanho(...). Aos dez ou doze anos começa a ocupar-se definitivamente no trabalho dos campos”.

Paralelamente, a criança começava a cuidar dos irmãos mais novos para libertar a mãe ou os irmãos mais velhos para tarefas que não estavam ao seu alcance²⁰.

No concelho de Proença-a-Nova, Assunção Vilhena (1995:26) retrata bem esta realidade quando refere que “como as mães tinham sempre muito trabalho, as crianças, desde muito pequenas, tinham de começar a ajudar. Hoje, fala-se muito de trabalho infantil – que é condenável – mas que não tem comparação com o das crianças desta região, há umas dezenas de anos atrás: aos 5 ou 6 anos já iam com as cabras ao pasto, já iam à frente dos bois para os guiar no rego, que os pais ou os avós rasgavam com o arado, e tinham de cuidar dos irmãos mais pequenos e dar-lhes de comer quando ainda não eram capazes de o fazer por si próprios, enquanto as mães se ocupavam de outros afazeres”.

As crianças de cinco ou seis anos acompanhavam as crianças mais velhas a pastorear o gado passando todo o dia fora de casa. Outras crianças, com estas idades, eram colocadas como empregadas em famílias, frequentemente a alguns quilómetros de distância, como documenta o depoimento de Glória Martins registado em *Histórias na Primeira Pessoa*, a troco de cama, mesa e roupa²¹.

²⁰ O trabalho de Angela Nunes (1999) regista práticas semelhantes em sociedades ameríndias.

²¹ Relativamente à idade em que as crianças começavam a trabalhar, em Portugal, o artigo *A Dura Infância dos que não têm Infância*, Correio da Unesco, Janeiro de 1981, nº1, p.21 e 22 refere que “em Portugal há alguns anos em 230 empresas metalúrgicas e mecânicas que empregavam ao todo 19040 pessoas revelou que 3,6% das operárias tinham começado a trabalhar entre os cinco e os sete anos, 10,3% entre os oito e os dez e 41,1% entre os 11 e os 13. Em outras palavras: 55% das mulheres pesquisadas tinham começado a trabalhar antes da idade mínima legal de 14 anos.”

Escreve Assunção Vilhena (1995:27): *“uma senhora da Sarzedinha, Maria da Conceição Ribeiro, disse-me que, a primeira vez que foi servir, era tão pequena que, para conseguir chegar à masseira para peneirar a farinha, a patroa tinha de lhe pôr o meio-alqueire debaixo dos pés. Faziam toda a espécie de trabalho tanto em casa como no campo”*.

Outras vezes, saíam de casa aos oito ou nove anos de idade para trabalharem como aprendizes em casa de um artesão, a troco de cama, mesa e roupa.

Por vários motivos, com destaque para actividade laboral, raras eram as crianças que frequentavam a escola²².

Se a criança se mantinha em casa dos pais podia ir trabalhar fora da aldeia, durante quatro ou cinco meses, em tarefas agrícolas com carácter sazonal, como a apanha da azeitona.

O nível de produtividade adequado e a qualidade do trabalho rural obtém-se ao fim de um longo processo de aprendizagem. Para o atingir a criança tinha que treinar a função e exercitar o corpo, algo que culminava apenas por volta dos 15 ou 16 anos. Se não o fizesse, nalgumas comunidades desta região, jamais integraria o grupo de rapazes da aldeia. Em Rabacinas, por exemplo, a criança só tinha acesso ao forno, onde ao serão se reuniam todos os rapazes, depois de ganhar como homem na ceifa. Nestas circunstâncias o trabalho podia ser encarado como um factor essencial num importante rito de passagem.

Esta realidade social que teve o seu apogeu entre os anos 20 e 50 do século passado, o que significa que não está tão afastada no tempo como poderíamos supor. Uma constatação da perpetuação do uso da mão-de-obra infantil nos trabalhos agrícolas pode consultar-se no trabalho que Graça Pinto (1998) desenvolveu em comunidades rurais, nas serras do Marão e do Alvão (concelho de Vila Real), onde concluiu que *“a população com menos de quinze anos representa mais de 10% da mão de obra agrícola. Embora as estatísticas andem longe de traduzir a verdadeira dimensão do trabalho infantil rural”* (Pinto, 1998:46).

Nos finais da década de 60, do século passado, nas comunidades rurais da região em estudo, a idade do primeiro emprego variava entre os 12 e os 14 anos, o que correspondia, em termos gerais, ao fim da escola primária.

Hoje a criança é um bem raro em todo o Sul da Beira. Assim, são poucas as crianças utilizadas como mão-de-obra infantil em actividades domésticas e agrícolas, excepto os filhos dos rendeiros em unidades agrícolas isoladas (montes) ou alguns filhos de camponeses. Ainda assim, jamais com o carácter dramático dos testemunhos que ouvimos e recolhemos. Cremos que a perpetuação deste fenómeno se deve mais a causas culturais que económicas pois, nem sempre os pais valorizam os saberes que a escola transmite devido, provavelmente, ao seu baixo nível de escolaridade. Este facto tem como consequência o abandono prematuro da escola e uma expectativa profissional baixa²³.

²² Em Toulões, escreve Francisco Marcelino (2001:19), *“muitas das crianças não chegavam a ir à escola porque era preciso ir trabalhar ou guardar o gado”*.

²³ A este propósito escreve Quintas e Cristovam (s/d:2) *“o trabalho infantil é uma importante condicionante dos horizontes de ambições das crianças no âmbito das suas expectativas profissionais. Verifica-se que dos menores inquiridos que não estão a trabalhar 53% ambicionam uma licenciatura. Em contrapartida do universo daqueles que trabalham apenas 32% ambicionam ter um curso superior. O facto das crianças se encontrarem a trabalhar condiciona também as suas ambições no que respeita a uma futura profissão. Os jovens que não trabalham querem ser médicos 22.5%, professores 6.5%, ou arquitectos 5.5%. Os que*

Em Portugal, tendo o trabalho infantil sido identificado como um problema, e com vista à sua eliminação, foi criado em 1998 o *Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil*²⁴

Em relação à incidência do trabalho na infância, podemos concluir que se fez um percurso extraordinário nos últimos 60 anos. Cremos que tal evolução está directamente relacionada com: a escolaridade obrigatória; o bem estar das famílias e o maior apoio social destas; a sensibilidade dos pais; e o cumprimento da legislação.

1.5. Maus-tratos infantis

Os maus tratos-infantis têm carácter universal e atravessam transversalmente todas as épocas e culturas. Não é um fenómeno recente. O que actualmente se observa é uma maior consciência social para este facto.

Devido à subjectividade da noção de *mau trato infantil* e à sua variabilidade, ao longo do tempo e dos lugares, tem sido difícil a construção de um conceito universalmente aceite.

Lurdes Vicente e Ana Rafael (1996) adoptam o conceito operatório produzido por D. Gosset, com o qual comungamos, e que aquelas autoras citam do seguinte modo (Gosset *et al.*, 1996): *“a criança maltratada é aquela que é vítima de violências físicas, de abuso sexual, de crueldade mental e de omissões graves que acarretam graves consequências sobre o seu desenvolvimento físico e psíquico”* (Vicente e Rafael, 1996:21). Neste conceito está ausente a ideia de intencionalidade do acto, uma vez que as consequências, para a criança, são idênticas, independentemente da existência ou não de intencionalidade.

O Código Penal português no nº 1 do artigo 152º (maus tratos ou sobrecarga de menores, de incapazes ou do cônjuge) entende por mau trato ou sobrecarga os maus tratos físicos ou psíquicos, o tratamento cruel, o emprego em actividades perigosas, desumanas ou proibidas ou a sobrecarga com trabalho excessivo²⁵.

Estes ou outros conceitos de maus tratos são acrescidos de dificuldades no quotidiano, como seja por exemplo a determinação dos limites entre: o mau trato e a correcção; o acidente e o mau trato voluntário; a negligência voluntária e a que é consequência de condições sócio-económicas, além do carácter sempre subjectivo da apreciação.

Estima-se que apenas 10% das situações de maus tratos infantis sejam denunciadas.

O professor Guilherme de Oliveira (1995:55) defende que o mau trato infantil está correlacionado com três importantes factores que são: *“o valor que a sociedade dá à criança; o alcance da intervenção do estado sobre a família; a situação económica conjuntural das sociedades”*.

trabalham querem ter uma actividade desportiva 22%, trabalhar no sector da construção civil, ou ser mecânico 6,3%, por fim 6,2% pretendem ser trabalhadores no sector têxtil”.

²⁴ Criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº75/98 de 4 de Junho, publicado em DR, 1ª Série, nº150, de 2 de Julho e Resolução do Conselho de Ministros nº 1/2000 de 13 de Janeiro e na dependência directa do Ministério do Trabalho.

²⁵ O nº 1 do artigo 152º (maus tratos ou sobrecarga de menores, de incapazes ou do cônjuge) do Código Penal português regista que *“quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença ou gravidez, e: a) lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente; b) a empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou c) a sobrecarregar com trabalhos excessivos; é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144º”.*

Nesta parte do trabalho abordaremos as temáticas relativas à violência física e psicológica, ao infanticídio, à negligência, ao acidente e ao abuso sexual. Tal abordagem visará um enquadramento deste trabalho, em termos da realidade social destas comunidades, embora sem o desenvolvimento que aqueles temas mereciam.

1.5.1. Violência física e psicológica

A violência consiste no abuso do poder, qualquer que ele seja.

A violência física e psicológica é um dos tipos de maus-tratos identificados. Dividimo-las por mera questão de operacionalidade. A primeira é facilmente reconhecida e deixa quase sempre sequelas psicológicas graves.

Na violência física a criança é vítima, deliberadamente, ou não, de maus tratos físicos que integram *“métodos de educação coercivos / punitivos através da utilização de técnicas disciplinares (físicas) inadequadas e violentas, a agressão e violência física e o consumo de álcool e medicamentos”* (Calheiros e Monteiro, 2000:163).

Segundo as autoras acima citadas as formas de violência psicológica, sobre a criança, podem ser entendidas como actos conscientes *“que não favorecem as necessidades de desenvolvimento emocional, social e intelectual, incluindo interacções verbais agressivas, actos de abandono declarado e uma socialização inadequada através de modelos inadequados, reforço do desvio ou evitamento social”* (Calheiros e Monteiro, 2000:163).

A psicóloga clínica Viegas de Abreu (2002) especifica que *“utilizar palavras agressivas, humilhantes ou de desprezo, significa violentar, golpear e perturbar o seu desenvolvimento saudável porque abalam o seu amor próprio”*.

Na análise realizada por Emília Galvão (1998) ao trabalho desenvolvido pelo Núcleo da Criança Maltratada do Hospital Maria Pia, nos anos de 1994 (84 casos) e 1995 (71 casos), conclui que em 1994 os maus tratos psíquicos atingiram 11% e os físicos 9%, no total dos maus tratos. Em 1995 os maus tratos psíquicos desceram para 6% e os físicos aumentaram para 23%.

Num outro trabalho, desenvolvido em vários hospitais da região norte do país, verificou-se que os maus tratos emocionais atingiam 28 %, sobre o total dos casos identificados, e a violência física 21% (Carvalho, Monteiro e Teixeira, 1999). Naquele estudo, o valor apurado para quantificar a violência física é muito semelhante ao determinado pela equipa de Emília Galvão (1998) para o ano de 1995. Cremos que este facto é explicável pela objectividade da queixa formulada (equimoses, hematomas, fracturas, queimaduras, etc). Ao invés, há uma grande disparidade nos quantitativos relativos aos maus tratos psíquicos. Cremos que este facto esteja correlacionado com o conceito operatório utilizado, fortemente subjectivo. Estas crianças eram maltratadas no seio da família, da escola ou da comunidade mais alargada. Para sobreviverem com algum equilíbrio emocional as crianças, desde muito novas, teriam que fazer uso de mecanismos de defesa que as ajudassem a suplantar tais agressões. Os castigos, a humilhação, as críticas, as ameaças, as exigências desproporcionadas para a idade, a desvalorização permanente, o ambiente de terror são elementos que se podem incluir nos maus tratos psíquicos e físicos.

Os perpetradores dos maus tratos são, em percentagem elevada, os progenitores, como constata o *Relatório Final de Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal* de Ana Almeida e outros (2001) que aponta para valores da ordem dos 65%. Este valor pode atingir 74% se alargarmos o âmbito a outras figuras responsáveis pela crianças que não os pais biológicos. Este relatório informa que 83% dos agressores residem com a criança.

Os trabalhos referidos de Emília Galvão (1998) e Lígia Carvalho (1999) apontam valores da ordem dos 92% e 75,7%, respectivamente. O nível de escolaridade destas famílias é baixo, residem, predominantemente, em áreas rurais e têm factores de risco associados (alcoolismo, toxicod dependência e patologia psiquiátrica).

Estes factos estão bem exemplificados no jornal *Povo d'Idanha* (nº 10, 04.09.1915) onde pode ler-se: “à Caridade Publica - Para cinco menores, a quem o pai desnaturado e mau espanca e maltrata, chegando a expulsá-los do lar domestico, chamamos a atenção dos nossos bondosos assinantes. O mais velho tem 14 anos e o mais pequenito dois. Para lhes ser entregue recebemos nesta redacção quaisquer importância que porventura remetam”.

As autoras da obra *Etnografia de Idanha-a-Velha* no tópico relativo às relações familiares afirmam que “os castigos tradicionais dados pelos pais são: pancada acompanhada de bons conselhos e o quarto escuro. Os pais batem nos filhos com o que calha, segundo a «natureza de cada um»” (Ferreira e Costa, 1970:21).

Registamos ainda o trabalho do jornalista José Gaspar (*Povo da Beira*, 03.09.06) que referencia um conjunto diversificado de crianças maltratadas na nossa região.

Diz-nos também uma nossa informante “o meu pai nunca tal me bateu. Era mais a minha mãe. A minha mãe era a toda a hora. Por tudo e por nada a gente apanhava porrada”.

Quando questionámos os nossos interlocutores acerca de quem podia bater numa criança houve unanimidade nas respostas “todos batiam” ou, “d’antes aqui, toda a gente podia bater. Agora é que não”. Uma terceira informante esclarece que “qualquer pessoa batia. Não havia azar nenhum. Uma vez a minha avó ralhou com uma pessoa que lhe tinha batido num filho e depois quando o meu avô soube ainda a castigou. Por vezes davam-lhe tanta porrada que ficavam doentes pr’a vida deles”.

O professor, nalgumas comunidades, era outro agente a ter em conta. Contou-nos Luis Henriques²⁶, para contrapor à brandura dos métodos da escola moderna, acerca do seu professor da Foz do Cobre (Vila Velha de Ródão) que “consta que matou três alunos. Não morreram logo ali, mas acabaram por morrer em casa uns dias depois. Ele era porrada por todo o lado, cabeça costas, saltava-lhe com os pés e com os joelhos para cima, tudo. À minha frente uma vez a filha dele teve que lhe ir tirar-lhe um aluno das mãos senão ele matava-o”²⁷.

Os maus tratos psicológicos não teriam um menor impacte sobre a criança, em comparação com os físicos. Quem não conhece crianças com terror dos pais, dos professores ou culpabilizadas

²⁶ Pai de Francisco Henriques, natural de Rabacinas (PN), 1919 – 1978.

²⁷ Na escola eram frequentes os maus tratos físicos (bofetadas, reguadas, pontapés, etc.) e psicológicos infligidos pelos professores aos alunos até à cerca de 40 – 50 anos.

pelas desgraças familiares? Os insultos - “és um burro”, “filho da puta”, “raios t’afundissim”, “raios t’a partissim” e outros afirmações de maior gravidade - seriam a versão suave da agressão.

De 1992 a 1995 o serviço de pediatria do Hospital Amato Lusitano²⁸ recebeu “31 crianças vítimas de violência e maus tratos... os casos mais frequentes que levaram a esses internamentos foram a negligência, o espancamento e os maus tratos físicos e psíquicos. Verificaram-se ainda dois abusos sexuais e o abandono de uma criança...” (Reconquista, nº 2640, 18.10.1996, p.11).

A violência sobre a criança era socialmente aceite, por ser considerada um direito e dever correctivo do adulto sobre ela. Por este motivo, muitos dos nossos interlocutores respondiam, com à vontade e indiferença, não existir tal tipo de violência. Entretanto, durante a entrevista obtínhamos elementos que contradiziam aquela perspectiva.

Sabe-se hoje que cerca de metade dos agressores foram vítimas de agressão enquanto crianças, sendo imprescindível quebrar este ciclo para evitar a perpetuação do problema.

1.5.2. Infanticídio

O infanticídio é um homicídio na pessoa de um descendente. A vítima era frequentemente uma criança de tenra idade e a mãe quase sempre a agressora²⁹.

Até ao século XVI parece ter sido prática relativamente comum, muitas vezes disfarçada de acidente. Razões de honra e socio-económicas estavam subjacentes a esta prática, condenada pela Igreja e reprimida pelo Estado. Ao longo da Época Moderna parece observar-se uma retracção significativa do infanticídio e um aumento do abandono e exposição de crianças³⁰.

Uma das razões invocadas para a criação da roda³¹, registada no preâmbulo do provimento da Roda de Castelo Branco, foi a dos “reiterados infanticídios que estão acontecendo todos os dias, e em todas as terras, em que não há rodas, ou berços” (Martins, 1980:34).

São raros os processos crimes de infanticídio instruídos na comarca de Tavira, entre os anos de 1828 e 1886. Segundo Aurízia Anica (1996), autora de estudo sobre o tema, o infanticídio é quase exclusivamente perpetrado pelas mães, maioritariamente solteiras, ou separadas dos maridos, jovens e trabalhadoras.

Os meios mais utilizados eram o afogamento ou mais raramente o enterramento³². Segundo aquela autora, “a estratégia de defesa adoptada, em tribunal, pelas mães acusadas de infanticídio impede de conhecer bem as razões do seu procedimento. Ou negam peremptoriamente o facto de que são acusadas, ou justificam a irregularidade do enterramento com a sua pobreza, não consentânea com os honorários exigidos pelos padres” (Anica, 1996:32).

²⁸ Designação que substituiu Hospital Distrital de Castelo Branco.

²⁹ O artigo 136 do nosso Código Penal regista que “a mãe que matar o filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora, é punida com pena de prisão de 1 a 5 anos”.

³⁰ No século XIX, há registos desta prática por grupos de ameríndios em relação a crianças gémeas, a deficientes físicos e perante circunstâncias sócio-económicas desfavoráveis (Nunes, 1999).

³¹ Instituição que tinha como fim a protecção da criança. Ver em RODA no cap. 1.6 (Assistência, Breves Notas) deste texto.

³² Nesta região, é também através do afogamento que frequentemente se matam as crias indesejadas dos cães e dos gatos.

Na área de estudo, em 1909, o regedor do Ladoeiro elabora um auto de gravidez onde “ordena e intima-a a dar conta da criança quando der à luz. Um cuidado nada exagerado pois o infanticídio constitui uma prática rural corrente” (Carvalho,1994:43). Na actualidade, a generalidade dos nossos informantes nega a existência deste fenómeno. Ainda assim, houve um ou outro que levantou suspeitas sobre a morte de bebés cuja causa foi atribuída a acidente. Algumas destas vítimas dormiam na cama dos pais quando apareceram mortos. Os pediatras, nesta situação, não excluem a hipótese de estarmos perante a síndrome de morte súbita no lactente.

1.5.3. Negligência

A negligência pode ser entendida como a não satisfação das necessidades específicas da criança com repercussões ao nível da sua saúde e desenvolvimento³³. Este conceito inclui tanto a omissão de cuidados ao nível físico como de estímulos que proporcionem o seu desenvolvimento cognitivo.

Em *Mau Trato e Negligência Parental*, de Manuela Calheiros e Maria Monteiro, categoriza-se a negligência em psicológica e física. A primeira é entendida pelas “omissões dos adultos em relação à supervisão na organização da vida diária e actividade escolar da criança”, a segunda pela “falta de supervisão em relação à segurança e falta de provisão em relação às necessidades de desenvolvimento físico da criança relacionadas com a aparência e bem-estar, higiene, alimentação e saúde” (Calheiros e Monteiro, 2000:163).

A negligência tem como consequência o não desenvolvimento pleno da criança nos aspectos físico, psíquico e social.

De entre todos os tipos de maus tratos a negligência é de longe o mais representativo (Meneses, 1989; Galvão e outros, 1998; Carvalho e outros, 1999) e, frequentemente, surge associada a outros tipos de maus tratos (maus tratos emocionais, violência física, abuso sexual, etc).

No trabalho de Lígia Carvalho e outros (1999:202) regista-se que “como sinais mais frequentes de negligência estavam as situações em que a criança se encontrava constantemente suja (45 casos – 60%), com vestuário inadequado (34 casos – 45%) e com ausência de cuidados médicos (36 casos – 47%) e de imunizações (25 casos – 33%)”.

Em *Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal – Relatório Final* (Almeida, 2001), entre os nove tipos de maus tratos identificados, a negligência é consubstanciada em dois tipos específicos: a ausência de cuidados básicos (tipo 6) e a ausência de guarda (tipo 7).

O primeiro tipo, a ausência de cuidados básicos, ocorre essencialmente na alimentação inadequada e nas faltas de higiene, afecto e vigilância médica; o contexto residencial é degradado e os adultos responsáveis pela criança têm um grau de instrução baixo. O segundo tipo, a ausência de guarda, ocorre em casa, quando a criança é deixada só; o contexto residencial é de qualidade média e o grau de instrução dos adultos responsáveis pela criança é baixo, médio ou superior.

³³ O artigo 15 do Código Penal português regista que “age com negligência quem, por não proceder com cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz:

a) representar como possível a realização de um facto que preenche um tipo de crime mas actuar sem se conformar com essa realização; ou

b) Não chegar sequer a representar a possibilidade da realização do facto”.

A negligência ao nível da protecção e supervisão pode dar origem a acidentes, que trataremos a seguir.

Tendo em conta as situações de negligência, o provimento da roda de Castelo Branco de 1783 previa que o Provedor da Comarca passasse *“revista geral a todos os Engeitados e em todas as vezes que for em Correição para averiguar se são bem tratados, ou se tem morrido por omissão, ou descuido das pessoas encarregadas, da sua criação”* (Martins, 1981).

A maioria dos nossos informantes, quando chamados a pronunciarem-se sobre a negligência para com crianças, focava essencialmente o “abandono” / falta de vigilância. Relatou-nos um deles que *“ainda há pouco tempo houve aqui duas crianças em que a mãe estava no hospital, o pai tinha que ir trabalhar e deixava-lhes a merenda dentro de uma cesta à porta e eles ficavam na rua o dia todo”*. Um outro informante afirmou: *“conheci crianças que beberam petróleo. Sabe, viam os pais a beber aguardente, ou qualquer outra coisa, pela garrafa. Aconteceu mais do que uma vez. Uma vez uma bebeu veneno das formigas”*.

O conceito de negligência, tal como hoje o entendemos, não pode ser aplicado para avaliar a relação da criança com o meio físico e social característico das pequenas comunidades rurais da região, mesmo considerando um passado ainda recente. Porque a inexistência de escolas ou o carácter não obrigatório da sua frequência, a quase ausência dos cuidados de higiene, de cuidados médicos, de protecção em relação aos acidentes, a deficiente e inúmeras vezes insuficiente alimentação definiam o que era comum e não a excepção³⁴. Como exemplificava uma das nossas entrevistadas *“andávamos mal vestidos, mal calçados, por vezes com uma sardinha partida por dois ou por três, não era como agora, não enchíamos a barriga”*.

Actualmente, esta realidade, ainda que profundamente alterada para padrões mais consentâneos, conserva alguns vestígios daquele passado.

1.5.4. Acidente

Segundo a Organização Mundial de Saúde acidente *“é um acontecimento independentemente da vontade humana provocado por uma força exterior agindo rapidamente e que se manifesta por um dano corporal ou mental”*.

Em Portugal, os acidentes são tidos como a principal causa de morte em crianças com mais de seis meses de idade. Segundo a Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993) podiam ter sido evitados cerca de um terço dos acidentes cujas vítimas foram crianças e jovens.

Embora não tendo obtido quantitativos relativos à sociedade tradicional rural não erramos se admitirmos um número elevadíssimo de crianças vítimas de acidentes, muitos deles mortais.

Nos meios rurais as crianças estavam entregues a si próprias. Os pais saíam de manhã para o trabalho, as crianças mais velhas saíam com os rebanhos ou teriam que tratar do almoço e as crianças mais pequenas ficavam na rua, sós, logo mais expostas a acidentes.

As crianças na Baixa Idade Média inglesa, como escreve Claudia Opitz (1990:381), defendendo a opinião de Barbara A. HanaWalt, *“entre os dois e os quatro anos eram as principais vítimas de*

³⁴ Ver trabalho de José Lopes Dias (1956:52).

acidentes quando empreendiam as suas primeiras incursões pela cozinha, pela casa, pelo pátio e pelo quintal e, por deficiente vigilância, caíam nas lareiras, nas fontes ou nas águas correntes. Crianças pequenas eram ameaçadas (...) por acidentes domésticos quando as mães ou as pessoas que delas tomavam conta as tinham «depositado» demasiado perto da lareira ou do gado³⁵.

As crianças mais pequenas eram as mais atingidas, quando se conciliava trabalho e puericultura”.

A partir da bibliografia, do nosso conhecimento acerca das comunidades rurais da região, da nossa experiência como técnicos de saúde e das informações prestadas pelos entrevistados concluímos que os acidentes infanto-juvenis são de causa multifactorial. Algumas destas causas estão mais centradas no sujeito / vítima e outras no grupo social. Não pretendemos identificar exaustivamente as causas presentes mas unicamente as mais comuns.

Relativamente às causas mais centradas no sujeito há que ter em conta os factores sexo, a personalidade e a idade.

Sabe-se que as crianças do sexo masculino são mais susceptíveis a acidentes que as do sexo feminino, em todas as faixas etárias. Por outro lado, uma criança activa, curiosa e audaciosa tem maior probabilidade de sofrer acidentes que uma criança passiva.

O factor idade é importante, ou determinante, no tipo de acidente de que é vítima. Se um dos maiores riscos do lactente é a aspiração de objectos que introduz na boca com conseqüente asfixia, numa criança de seis ou sete anos de idade são de ter em conta as quedas (no exercício de uma actividade ou de um acto de carácter lúdico) ou os afogamentos, por exemplo.

As causas centradas no grupo social, restrito ou alargado, estão relacionadas com a importância social atribuída à criança, à vigilância exercida, à sensibilidade dos pais para as questões da segurança e à não preparação do ambiente para receber a criança sem perigo.

É sabido, por exemplo, que quanto menor for o número de filhos de um casal maior é a vigilância exercida sobre eles e melhor é a orientação proporcionada à criança, no sentido da prevenção do acidente. Este facto marca, em termos de vigilância / segurança, as famílias tradicionais, onde a frateria é geralmente numerosa.

Na sociedade tradicional da região de Castelo Branco era comum atribuir-se aos irmãos mais velhos a vigilância dos mais novos, e outros importantes cuidados³⁶. Dizia-nos uma das nossas informantes *“a Lena ia matando a Júlia. A Júlia era muito pequena e estava no berço, a chorar. A Lena que estava a tomar conta dela pensava que ela tinha fome e atafulha-lhe a boca de pão e ela ainda não comia. Foi um caso sério”.*

As queimaduras directas na lareira, ou através de água ou do azeite quente, correspondiam a uma importante causa de acidente em crianças pequenas. A lareira estava permanentemente acesa, durante todo o ano; o gás metano ou propano não tinham ainda chegado como

³⁵ Ouvimos também vários depoimentos de crianças mutiladas pelos cães e outros animais domésticos (porcos e burros).

³⁶ Ver depoimento de Maria José Torres, em *Histórias na Primeira Pessoa*, sobre a função da criança em vigiar e alimentar o irmão mais novo enquanto a mãe se ocupa dos trabalhos agrícolas.

alternativas. A lareira era utilizada para aquecimento da casa, das pessoas e para preparação dos alimentos (de pessoas e animais). As crianças passavam algum tempo em redor do lume, por vezes brincando. Alguns dos acidentes com crianças deviam-se a quedas directas sobre as chamas ou a água quente que as atingia, porque na lareira havia sempre uma enorme panela ou púcaro para aquecimento de água.

A quase totalidade dos informantes relata histórias de familiares atingidos por queimaduras, em crianças, e, pela falta de cuidados médicos posteriores, muitas destas crianças acabavam por falecer. Uma informante disse-nos: *“estava a minha mãe a fazer as filhós, tirou o tacho para o lado e eu caí para lá. Hoje poucas queimaduras há, porque é tudo nos fogões, no meu tempo era tudo na lareira”*.

Quando a criança crescia passava parte do seu dia fora de casa e, conseqüentemente, ficava exposta a outros tipos de acidentes. Alguns dos mais frequentes eram as quedas e os afogamentos. Muitas quedas relacionam-se com a pastorícia, actividade desenvolvida pelas crianças desde os cinco ou seis anos, como exemplifica F. Henriques (1990a), ou com acidentes rodoviários, quedas ou atropelamentos com carros de transporte puxados por animais. Os afogamentos de crianças relacionavam-se com a queda fortuita em poços e tanques ou com a actividade lúdica.

Os primeiros tinham geralmente como protagonistas as crianças mais pequenas e ocorriam nos poços e tanques existentes nos quintais em redor das povoações. Os segundos eram protagonizados por crianças um pouco maiores e ocorriam, mais frequentemente, em cursos de água durante o Verão.

Vejamos um destes acidentes em que duas crianças perderam a vida. *“Cerca das 17 horas do passado dia 7, quando a Sra. Maria do Rosário Martins Cardoso, regava batatas, numa sua propriedade nas margens da ribeira da Fróia notou que no poço existente, junto à ponte boiava um objecto que lhe pareceu ser o corpo duma criança. Aproximando-se imediatamente do local pode então constatar que era de facto o corpo duma criança e gritando por socorro, acorreram muitas pessoas dos lugares de Ponte de Fróia e Oliveiras que retiraram o corpo já sem vida, notando então que a roupa existente na margem do poço, era de duas crianças e não só de uma, pelo que observando melhor o poço, encontraram no fundo mais um corpo humano. Reconheceram então tratar-se de dois jovens desta Vila, Fernando Cardoso da Cruz, de 10 anos de idade (...) e Victor José Martins Cardoso, que a 29 de Agosto próximo completaria os 7 anos (...)*.

Ao que se supõe ambos os jovens sem conhecimento dos pais, se ausentaram para a ribeira para o banho, para o que utilizaram um pneu, e possivelmente como nenhum sabia nadar, ali perderam a vida num poço de pequena profundidade” (Reconquista, nº1911, de 18.06.82, p.5).

A introdução e a difusão na agricultura de substâncias químicas de grande toxicidade fizeram crescer os riscos de acidente em crianças de todas as idades, com a ingestão daqueles produtos. Disse-nos um dos informantes que *“nas aldeias as crianças andavam muito entregues a eles próprios. Nas aldeias também não havia automóveis mas havia outros riscos ligados com a agricultura e houve depois os tóxicos que matou muitas crianças. Uma coisa que me chocou muito foi ver um pai perder duas crianças. Foi com elas para a horta, andou a pulverizar a horta*

e depois atirou o frasco para longe mas os miúdos viram-no atirar o frasco e foram lá e beberam directamente do frasco, concentrado. Ele trouxe-os já agónicos. Morreram ambos”.

Para garantir a segurança de uma criança o ambiente que a rodeia necessita de ser moldado de forma a torná-lo menos perigoso para o seu crescimento saudável. Esta moldagem é feita pelo grupo social que integra a criança. Na nossa sociedade e cultura a sensibilização social para a segurança da criança tem tido um peso crescente, mas ainda não evita a ocorrência de acidentes.

A pertinência da segurança da criança, na sociedade tradicional, não era colocada de modo tão premente como o é actualmente, porque eram diferentes tanto a sensibilidade para esta temática como o valor social da criança.

1.5.5. Abuso sexual

O abuso sexual infantil pode ser entendido como o envolvimento de criança ou adolescente em actividade sexual, com pessoa significativamente mais velha, em relação à qual não pode dar o seu consentimento livre, autónomo e esclarecido porque desajustado à sua idade e situação de dependência relativamente ao abusador (Meneses, 1989).

O Código Penal português separa o abuso sexual de crianças (art. 172) dos actos sexuais com adolescentes (art. 174) e dos actos homossexuais com adolescentes (art. 175). A primeira situação abrange crianças menores de 14 anos e as penas podem ir até 10 anos de prisão caso tenha havido cópula, coito anal ou oral. Os outros actos configuram idades entre os 14 e os 16 anos e as penas máximas a aplicar são 2 anos de prisão ou multa até 240 dias.

Segundo Emília Galvão e outros (1998) o abuso sexual ocorre em todos os grupos sociais ao passo que os maus-tratos físicos e a negligência surgem associados, preferencialmente, aos grupos mais desfavorecidos economicamente.

A violência sexual sobre crianças não é um fenómeno novo. Por exemplo, Amato Lusitano³⁷ na Cura LXXXVII da Segunda Centúria regista-a na sociedade de Roma e Maria Antonieta Garcia (1996), em *Denúncias em Nome da Fé*, regista a culpa de António Dias³⁸, o Galinheiro, datada de 11 de Outubro de 1606, acusado de “*ter um acesso carnal com um moço*” e de “*tocamentos torpes*” a outro “*mancebo*”.

Presentemente, o abuso sexual sobre crianças é um tema incontornável na nossa sociedade. Mas não cremos que o fenómeno tenha hoje maior extensão do que no passado. O que ocorreu foi um acréscimo na tomada de consciência social para a sua rejeição e denúncia. A pedopsiquiatra Maria José Vidigal (1998) registou 10 casos, no Centro de Saúde Mental Infantil da Encarnação durante toda a década de 80, tantos como no primeiro trimestre do ano de 1998. Em hospitais da região norte do país Lúcia Carvalho e outros (1999) analisaram 103 casos de maus tratos em crianças, dos quais 10% correspondiam a abuso sexual³⁹.

³⁷ Médico português do século XVI.

³⁸ Cristão-novo morador na Guarda.

³⁹ Num estudo sobre maus tratos infantis realizado no Hospital de Crianças Maria Pia no Porto, por Emília Galvão e outros (1998), durante os anos de 1994 e 1995, foi apurada uma taxa de 6% para o abuso sexual sobre crianças.

Nas pequenas comunidades da região o enquadramento religioso e o apertado controlo social não facilitavam a existência de abuso sobre a criança. Entretanto, a promiscuidade, o trabalho fora de casa, o seu baixo estatuto, e a situação de dependência da criança face ao adulto eram factores facilitadores de tais comportamentos.

Nas entrevistas efectuadas no âmbito deste trabalho não obtivemos testemunhos indiciadores de violência sexual sobre as crianças. Como nos dizia uma informante “*nunca ouvi dizer que se violasse uma criança*”. E uma outra “*não. Malta uns com os outros chegou-se a ver mas com pessoas crescidas não*”. Tais declarações poderão explicar-se não pela ausência do problema mas pela prepondância da repressão social sobre este tema *tabu*. Cremos que o conhecimento - sofrimento ficava muitas vezes circunscrito à criança violentada e à respectiva família, não extravasando para âmbito mais alargado.

Ao explorarmos o tema, junto de um leque mais alargado de informantes e de modo mais dirigido, demos conta de duas situações de incesto, concretizadas em crianças do sexo feminino pelos próprios pais.

No artigo mencionado de Lúcia Carvalho e outros (1999) constatamos que dos dez casos detectados nove incidem em crianças do sexo feminino e uma do sexo masculino e que o agressor, em 50% dos casos, integrava o agregado familiar da vítima (pai ou padrasto).

Na imprensa regional as únicas notícias que retratam cruelmente esta realidade são datadas de um período relativamente recente⁴⁰, quando o fenómeno se tornou num problema social. Vejamos o que escreve o jornal O Povo da Beira em 26 de Setembro de 1995. “*Menor de 10 anos violada - Mistério no Ladoeiro - Um caso de violação que continua ainda envolto em grande mistério, aconteceu no Ladoeiro, há cerca de 15 dias, mas que só esta semana transpirou para a comunicação social.*”

Uma rapariga de 10 anos acaba de recorrer a cuidados médicos com indícios reveladores de ter sido violada por um adulto...

Tudo se passou «dentro de portas», numa casa situada numa das saídas do Ladoeiro, já fora do povo...

... Teve necessidade de ser suturada, pelo que houve necessidade de ter permanecido internada...

As suspeitas, segundo alguns populares, recaem num indivíduo que manterá, eventualmente, uma ligação com a mãe”.

Este caso pode corresponder à seguinte constatação de Francis Gillespie (1994:15): “*as raparigas têm maiores probabilidades de ser alvo de violência no seio da família enquanto os rapazes têm mais probabilidade de ser vítimas de conhecidos*”.

⁴⁰ Povo da Beira de 26 de Setembro de 1995 e 3 de Setembro de 1996.

1.6. Assistência (breves notas)

As crianças abandonadas não são apenas uma prática das sociedades modernas. O abandono de crianças recém-nascidas pelos progenitores era uma prática comum na sociedade romana (Castro e Caldera, 1997).

Em Portugal, o primeiro estabelecimento de assistência especificamente dedicado à criança órfã e abandonada foi fundado em 1272 pela rainha D. Beatriz, mulher de D. Afonso III, em Lisboa (Mouraria), junto ao local onde está hoje implantada a capela de Nossa Senhora da Guia (Correia, 1944). O objectivo era acolher crianças abandonadas pelas mães.

Seguindo o exemplo da sua sogra, a Rainha D. Isabel de Aragão, esposa do rei D. Dinis, fundou em 12 de Dezembro de 1321 em Santarém, perto da igreja da Nossa Senhora da Piedade, o Hospital dos Meninos de Santarém⁴¹. Este hospital *“era destinado a criar crianças dos dois sexos, filhos de mulheres que até os enjeitavam «por ocultarem o delicto com que se profanaram, e que, acrescentando delicto a delicto, os lançassem em parte aonde, se os não achavam a acaso, morriam sem receberem água do baptismo...”* e *“... depois que forem bem criados, mandamos que os façam bem ensinar misteres à custa do hospital, como entenderem que fôr mais conveniente para os moços e môças, e, quando estiverem em estado de viverem do seu ofício, vão-se à boa ventura”* (Correia, 1944: 391).

A mesma rainha, D. Isabel de Aragão, fundou em Coimbra, por volta de 1325, outra instituição de assistência à criança, conhecida como Hospício Distrital de Coimbra ou Real Casa dos Expostos. Este estabelecimento tinha como função recolher as crianças abandonadas desde o nascimento. Após a morte da fundadora foi esta instituição entregue aos bispos do Mosteiro de Santa Cruz que o sustentavam e administravam (JGDC, 1931).

No final do século XVI (1585) surgiu o cargo de *pai das crianças*. Este personagem tinha como função recolher as crianças expostas (junto de templos religiosos, à beira de estradas, em portas de casas particulares, etc) e entregá-las em lugares a elas destinados (Pena, 1994).

Até ao século XVI era da responsabilidade das câmaras municipais custear as despesas de manutenção das crianças expostas e enjeitadas.

No século XVI, com as ordenações Manuelinas, essa responsabilidade passou para os hospitais e albergarias geridas pelas ordens religiosas (Misericórdias). A este propósito escreve a Junta Geral do Distrito de Coimbra (1931:362) *“é no Livro 1º, Título 57, nº10, que se encontram as primeiras disposições legais favoráveis às crianças abandonadas, que deveriam ser mandadas criar à custa dos bens dos Hospitais ou Albergarias, havendo-as na cidade, vila ou lugar, destinados ou ordenados para criação de enjeitados; e não havendo êsses bens, as mesmas crianças seriam criadas à custa das rendas do concelho; e não as tendo o concelho, deveria ser lançada finta especial, pelas mesmas pessoas, ou sôbre as mesmas pessoas que tinham de pagar outras fintas no concelho, e a qual seria lançada pelos oficiais da Câmara”*. Significativo é o facto de haver explicitamente a proibição do lançamento de impostos pelos oficiais da câmara, sem autorização superior, excepto se o imposto se destinasse ao sustento de crianças abandonadas ou enjeitadas.

⁴¹ Também conhecido pelo Hospital de Santa Maria dos Inocentes.

Devido ao estado deplorável em que a assistência à criança exposta se encontrava, em 1836, Passos Manuel retira as competências às Misericórdias (excepto à da cidade de Lisboa) e atribui-as às Juntas Gerais dos Distritos e às Câmaras Municipais, através do decreto de 19 de Setembro de 1836.

Seguidamente, destacaremos algumas instituições e serviços, de âmbito regional, que têm prestado assistência à criança.

1.6.1. Santa Casa da Misericórdia

Desde a sua fundação, as Misericórdias desempenharam um papel fundamental na assistência às populações.

Entretanto, nos compromissos de diversas instituições regionais de assistência, na época moderna, não encontramos referência, como objectivo específico, à assistência a crianças. As menções que aparecem são a pobres, necessitados, peregrinos, viandantes, leprosos, a outros casos, mas não a crianças. É o caso das Misericórdias de Castelo Branco (IMCB, 1912) e de Proença-a-Nova (Goulão, 1971).

No século XIX a excepção é apresentada pelo médico José Lopes Dias no seu trabalho *Albergarias da Beira Baixa* (1946) em três albergarias: a de Santa Eulália, a de Sarzedas e a de Soalheira. A primeira estava sedeadada em Castelo Branco e propunha dar pousada aos peregrinos⁴². A albergaria de Sarzedas estava ligada à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia e destinava-se a enterrar os mortos e a rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos. A albergaria da Soalheira estava também ligada à Misericórdia e, na primeira metade do século XIX, um dos seus objectivos era o “receber os ingeitados q aqui forem ezespostos athe se entregarem a criar por conta da Camara” (Dias, 1946:16).

Na década de 30 do século passado, o mesmo autor inventariou 30 Misericórdias no distrito de Castelo Branco, metade das quais dispo de hospital.

No compromisso da Irmandade da Misericórdia da Vila de Castelo Branco de 1733, o capítulo 17 “dos meninos desamparados” consigna o seguinte: “...posto que a mizericórdia se não encarregasse de enjeitados, nunca se deu por desobrigada de acudir ao desamparo das crianças, cujas mães morrem ou adoecem nos hospitaes da caza... As que estivessem nestas situações, deviam mandar-se criar de leite e depois de crescidos, dar-se-lhia destino conveniente para que não viessem a ser prejudiciaes à republica, nem por falta de occupação ficassem expostos aos males que a ociosidade costuma causar...” (Silva, 1986:101).

O estatuto da Misericórdia de Castelo Branco, aprovado em Dezembro de 1924, dedica as três seguintes alíneas ao apoio à criança:

“Fins beneficentes:

(...)

⁴² Durante três dias era facultado aos peregrinos cama, roupa, água, luz e sal (Dias, 1946).

d) *aleitamento artificial a crianças necessitadas, subsídios de lactação a expostos, criação de lactários, de acordo com os auxílios da Câmara Municipal;*

(...)

h) *assistência a expostos, abandonados e órfãos, como na alínea anterior (com direito a vestuário, alimentação e assistência médica e higiénica) e mais educação e ensino primário elementar, geral e profissional, de acordo com o Asilo Distrital da Infância Desvalida desta cidade;*

(...)

j) *e, finalmente, quando dispusesse dos necessários recursos, estabelecimento de asilos para crianças entregues à vadiagem, do tipo das oficinas de S. José, Instituto de Regeneração de raparigas, enfermarias especiais, casas de saúde, etc.” (Dias, 1938:9).*

E continua o mesmo autor: “veremos, contudo, que a sua obra é gigantesca nestes domínios, embora nunca pudesse prestar toda a assistência domiciliária que se propunha a doentes, a grávidas, a crianças, a expostos e órfãos, a anormais, a estropiados e, ainda menos, criar qualquer instituto de reeducação profissional ou de regeneração, como se propusera” (Dias: 1938:9).

No início dos anos 60, no Hospital da Misericórdia, existia uma enfermaria para crianças com lotação correspondente a 12 camas (9 camas para crianças pequenas e 3 camas para maiores). Esta enfermaria chamava-se o *Menino de Deus*. Nos primeiros anos da década de 70, por necessidade de dotar a enfermaria de cirurgia e politraumatologia de maior lotação, enfermaria contígua ao *Menino de Deus*, reduziu-se o número de camas destinado a crianças para cerca de metade. As crianças maiores podiam ainda ser internadas nos quartos particulares ou, em caso de necessidade, numa enfermaria de adultos. Os recursos humanos eram mínimos; havia um único pediatra na cidade e a enfermaria das crianças tinha um único enfermeiro que ainda compartilhava com outras enfermarias e múltiplas outras actividades. Por volta de 1973 estavam adstritas à enfermaria *Menino de Deus* duas enfermeiras (uma de manhã e outra de tarde).

1.6.2. Roda

A roda é um dispositivo giratório, cilíndrico, com uma abertura destinada a recolher a criança aí depositada (exposta). Devia estar implantada em lugar discreto. A criança era colocada no interior do dispositivo, na face voltada para o exterior, que depois era rodada para o interior. Assim, o depositante não era identificado. No interior, a criança era recebida pela ama rodeira que lhe prestava os primeiros cuidados, a mandava baptizar, se ainda não estivesse, comunicaria ao oficial da câmara e enviá-la-ia para uma ama de leite. Mas, bem mais importante que o dispositivo era a instituição que lhe tomou o nome: Casa da Roda ou Casa dos Expostos.

Em face do número sempre crescente dos expostos e dos problemas sociais que daí advinham a rainha D. Maria I oficializou a instituição, por alvará de 24 de Maio de 1783⁴³. A circular que a instituiu obriga à sua criação em todas as cidades e vilas do reino.

⁴³ Há, entretanto, rodas criadas antes desta data como a de Coimbra em 1694 (JGDC, 1931) e a de Lisboa em 1492 (Nunes, 1982a).

Segundo M. Graça Morais (1987), os dois grandes pressupostos que levavam os progenitores a abandonar as crianças ou a expô-las na roda eram o *salvamento da honra* ou a *extrema indigência*. “*Para os lares mais pobres da sociedade, a criança é realmente uma ameaça para a própria sobrevivência dos pais. Não têm por isso estes outra escolha que não consista em desembaraçarem-se dos filhos*” escreve Elisabeth Badinter (s/d:70). É também um meio de corrigir a fecundidade excessiva e não desejada face aos poucos recursos da população.

Muitas crianças expostas levavam consigo um pequeno bilhete onde se informava se a criança estava ou não baptizada, e qual era o seu nome ou o nome desejado, para que pudesse ser procurado posteriormente, e em alguns casos eram acompanhadas com roupa.

Era elevadíssima a taxa de mortalidade entre as crianças expostas. Em Lisboa, C. Bizarro (1836) apresenta valores relativos à década de 1827 – 1836. Durante dois anos, naquele intervalo de tempo, a percentagem de óbitos sobre o número de crianças entradas ultrapassa 70% (o valor máximo é relativo ao ano de 1828 com 75%).

Na Roda do Hospital Real de Santo André, na Vila de Montemor-o-Novo, entre 1806 e 1830 entraram 1007 expostos. Destes, apenas 202 sobreviveram, 100 do sexo masculino e 102 do sexo feminino (Morais, 1987). Estes números equivalem a uma mortalidade da ordem dos 80%, sobre o número total de entrados. Houve anos em que todas as crianças expostas morreram.

A morte de uma criança, pela sua frequência, era considerada um fatalismo e encarada com resignação. Em Tinalhas, até há poucas décadas, segundo o registo de Horácio Jorge (1996:307), a morte de uma criança não era “*motivo de tristeza, porque a alma vai para o Céu*”⁴⁴ os sinos, inclusivamente, não tocavam como nos funerais, tristemente, mas como nos baptizados. Após a extinção da Roda muitas crianças continuaram a ser entregues a amas. Eça de Queirós em *O Crime do Padre Amaro* dá uma visão fiel da sociedade deste tempo⁴⁵.

⁴⁴ Na área de Castela e Leão, Rosa Lorenzo em *El Niño en la Sociedad Tradicional* (1998) regista atitude semelhante à verificada em Tinalhas. Escreve aquela investigadora que “*el dolor ante la pérdida frecuente de estos infantes, se veía mitigado por el hecho de considerar la muerte de un niño «como un ángel que subía al cielo, derecho al paraíso». Por eso el momento de la partida no era de aflicción sino de regocijo, incluso en la fórmula de ritual de pésame, se decía: «salud para criar angelitos para el cielo»*”.

⁴⁵ Escreve Eça de Queirós em *O Crime do Padre Amaro* “*na cidade, a Roda fora suprimida; em Ourém, como os recursos da Misericórdia eram escassos e a afluência dos enjeitados era escandalosa, tinham posto um homem ao pé da sineta da Roda, para interrogar e pôr embarços; havia indagações de paternidade, restituições de crianças; e a autoridade, finôria, combatia o excesso dos enjeitamentos com o terror dos vexames*” (p. 289).

“A D. Dionísia chegou-se ao pároco, e baixando a voz:

- *Ai, menino, eu não gosto de acusar ninguém. Mas, está provado, é uma tecedeira de anjos!*
- *Uma quê?*
- *Uma tecedeira de Anjos!*
- *O que é isso? Que significa isso? – perguntou o pároco.*

A Dionísia gaguejou-lhe uma explicação. *Eram mulheres que recebiam crianças a criar em casa. E sem excepção as crianças morriam... Como tinha havido uma muito conhecida que era tecedeira, e, as criancinhas iam para o Céu. Daí é que vinha o nome.*

- *Então as crianças morrem sempre?*
- *Sem falhar?*

O pároco passeava devagar pelo quarto enrolando o seu cigarro.

- *Diga lá tudo, Dionísia. As mulheres matam-nas?*

Então a excelente matrona declarou que não queria acusar ninguém! *Ela não fora espreitar. Não sabia o que se passava nas casas alheias mas as crianças morriam todas...*

- *Mas quem vai então entregar uma criança a uma mulher dessas?*

A Dionísia sorriu, apiedada daquela inocência de homem.

- *Entregam, sim senhor, às dúzias!*

Houve um silêncio. O pároco continuava o seu passeio do lavatório para a janela, de cabeça baixa.

- *Mas que proveito teria a mulher se as crianças morrem? – perguntou de repente. – Perde as soldadas...*

Até aos sete anos as crianças estavam entregues às amas. Entre os 24 e os 30 meses estavam sob alçada das amas de leite. Passado este período passavam para as amas de seco, e estas podiam ser duas ou três até à idade de sete anos. Aos sete anos a criança era entregue a uma família que a troco do seu trabalho a alimentava, vestia e calçava.

Aos sete anos a criança era presente ao juiz de órfãos. Na altura, o juiz devia nomear-lhe tutor e entregá-la a uma família a troco de comida, dormida e vestuário. A ama tinha o direito de preferência. Se não surgissem interessados a criança era arrematada em haste pública. Ao fazer 12 anos a criança passava a ter direito a receber salário. Apenas aos 20 anos se tornava numa pessoa livre.

A roda de Castelo Branco funcionou nas traseiras⁴⁶ de umas casas contíguas à capela do Espírito Santo. Crê-se que já funcionasse antes de 1781. Em Setembro desse ano foi reestruturada e em Agosto de 1783 voltou a sê-lo, para dar cumprimento à circular de Pina Manique de 24 de Março desse ano.

Pela importância do documento que regulamenta o funcionamento da Roda de Castelo Branco considerou-se pertinente apresentar a sua transcrição integral. Para o efeito utilizámos o trabalho *Capítulos Inéditos da História de Castelo Branco* do padre Anacleto P.S. Martins que o transcreve na íntegra (ver caixa de texto).

O concelho de Castelo Branco tinha uma média anual de crianças expostas que variava entre 34⁴⁷ e 38⁴⁸ casos.

As despesas com os expostos eram suportadas pelo Concelho durante a permanência da criança na Roda, através da Junta Geral do Distrito.

As anotações do Livro de Óbitos da freguesia de Vila Velha de Ródão entre 1819 – 1846 permitiram conhecer da existência de Roda neste concelho pelo menos entre os anos de 1841 a 1844. F. Henriques e J. Caninas (1990a) referem o óbito de quatro menores (três do sexo masculino e um feminino) cujos registos contêm as seguintes anotações complementares: «*havia sido exposto na roda deste concelho*»; «*exposto em tempos na roda deste concelho*»; «*exposta na roda e baptizada por J. R. Silva⁴⁹ em Fevereiro de 1844*».

Da Roda de Idanha-a-Nova temos notícia através dos trabalhos do António Silveira Catana (1977) e de Romeiro de Carvalho (1994). No primeiro caso, em documento inédito, focam-se aspectos socio-económicos deste concelho na década de 1850 a 1860. Nesse período o autor identifica 204 crianças expostas em todo o concelho. Deste valor sobressaem os 39 expostos de Proença-a-Velha e os 30 de Idanha-a-Velha, que atribui ao tipo de propriedade e ao modelo económico de exploração da terra. Porque “*muitas dessas crianças eram filhos dos senhores ricos da terra ou dos seus feitores e maiorais*” (Catana, 1977:57).

- *É que se lhe paga um ano de criação adiantado, Sr. Pároco. A dez tostões ao mês, ou quartinho, segundo as posses...*” (p. 332 – 333).

⁴⁶ Para manter o anonimato do depositante.

⁴⁷ Anos de 1808 a 1813 (Nunes, 1982c).

⁴⁸ Anos de 1834 a 1836 (Nunes, 1982d).

⁴⁹ À data, vigário desta Vila.

“Sendo o augmento da População hum dos Objectos mais interessantes, e proprios de huma bem regulada Policia por constituirem as forças e riquezas de hum Estado na multidão dos habitantes se acha isto tão esquecido neste Reino, que em algumas terras delle se – vem inteiramente fechadas e sem gente huma grande parte das Casas, sem haver quem as habite, e sendo a origem entre outras de huma tão sensível diminuição os reiterados infanticidios que estão acontecendo todos os dias, e em todas as terras, em que não há Rodas, ou Berços para os Enjeitados, que sendo expostos de noite às Portas dos Particulares, a quem faltam os meios ou a vontade para os mandarem criar, são sacrificados como innocentes vitimas da indolencia, com que os Povos vem perecer tantos cidadaons, que poderiam ser uteis ao Estado e Gloria para a Nação: faz-se pois indispensavel o dar a este respeito aquellas providencias, que forem oportunas para a conservação da vida de tantos vassallos recém nascidos estabelecendo pelo modo mais facil Rodas, em que elles sejam expostos, e Creados á custa das camaras e dos Povos, que lhes deram o ser, e isto até a idade sette annos, em que elles já livres dos iminentes perigos, que até este tempo os cercam, e entrando em idade capaz de algum trabalho possam por meio delle ganhar o seu diário sustento, e vestuario, para cujo effeito Vossamerçê logo que esta receber praticará o seguinte: Hirá pessoalmente a todas as terras da sua Comarca, e em cada huma das villas della estabelecerá huma Casa, em que haja hum lugar onde se possam expor as creanças sem que se conheça quem as leva, destinando huma pessoa com o mesmo salario que se costuma dar á das Albergarias, para toda hora do dia e noute receber os Enjeitados, que ali se forem expor, a qual será obrigada logo que entrar alguma creança a dar parte ao Magistrado da terra, seja Juiz Ordinario, ou de Fora, ou a quem seu lugar servir, para este a fazer logo baptisar, e mandar crear por huma das Amas, que deve ter já destinadas e justas para este effeito pelo preço commumente na terra estabelecido, o que tudo será satisfeito pelos rendimentos applicados nas Camaras para semelhantes fim, ou pelo Cabeção das sizas naquellas terras onde não houver aquelles rendimentos, para o que Vossa merce quando tomar as contas dos Concelhos as tomará também de todas as despesas que se fizerem com a criação dos enjeitados até a idade de sette annos, findos os quaes se irão distribuindo pelas herdades, quintas, e fazendas das circumvezinhanças, observando nesta parte o mesmo regimento que se pratica com os Orfãos: Procederá a prisão contra os Juizes Ordinarios que no tempo que servirem deixarem de satisfazer ás obrigaçoens que por esta forma lhe são impostas, e intimará aos Juizes de Fora, que sendo caso não cumpram o que lhe aqui vai ordenado, lhes – não mandarei passar cirtidam de Residencia, antes farei presente a Sua Magestade o pouco zello com que se empregam no Real Serviço: Passará Vossa merce revista geral a todos os Enjeitados e em todas as vezes que for em Correição para averiguar se são bem tratados, ou se tem morrido por omissão, ou descuido das pessoas encarregadas, da sua criação: No fim de cada hum anno Vossamerce remetterá á Secretaria desta Intendencia hum mappa dos Enjeitados, que se exposeram em cada huma das terras da sua Comarca, dos que morreram, e dos que existem vivos, declarando se os Juizes de Fora, e Ordinarios cumpriram com zelo o que lhes hé encarregado a respeito da sua criação: E para que não aconteça o concorrerem os Expostos a huma só terra por ignorarem os Povos que esta Ordem Providencia hé generica por todo o Reino, Vossamerce mandará por editais nas terras de sua Comarca, em que declare aquellas em que há Cazas de Expostos, e o nome das ruas, e sitios onde ellas são situadas, para que cada hum se dirija à Caza que lhe ficar mais vezinha, e se evite o incommodo de serem levados os Expostos de hum e outro termo como ategora se praticava com prejuizo imminente: E como o termo de algumas villas são dilatados, pode acontecer que ainda sem embargo desta providência, se enjeitem algumas creanças ás portas dos Particulares só por não terem o incommodo de as levarem duas e tres legoas á Caza dos Expostos da villa ou cidade respectiva, Vossa merce ordenará aos juizes e officiais das Vintenas de todas as terras de sua Comarca que sendo caso que no dstricto de cada hum delles appareça alguma creança exposta a mandem logo conduzir á Caza dos Expostos da villa, ou cidade do seu dstricto por alguns homens ou mulher que tenha leite e alimento pelo caminho, os quaes conductores serão pagos in continenti cada hum do seu jornal, conforme o preço costumado na terra aonde apresentarem a mesma creança, para o que o juiz ordinario, ou de Fora lho mandarão Vossamerce sem demora pelo Procurador do Concelho: Perguntará Vossamerce em segredo em correição se os juizes e officiais das Vintenas satisfazem ao que lhes hé ordenado, para procedeer contra elles no cazo de serem omissos: E para que se haja de praticar esta Providencia em todo o Reino ao mesmo tempo, Vossamerce a executará pelo que respeita a essa Comarca no termo de dois mezes, fazendo registrar esta Ordem em todas as camaras della de que remetterá Certidão á Secretaria desta Intendencia de assim se ter executado, declarando o nome das terras onde se estabeleceram as dittas Cazas de Expostos para que findos os dittos dous mezes eu possa fazer presente a Sua Magestade que se acham estabelecidas todas as providencias necessarias para a conservação da vida de tantos innocentes vassallos, no que se disvella com maior cuidado a Paternal Clemencia da mesma Senhora” (Martins, 1981:34-36). Seguem-se as fórmulas de fecho, a data e a indicação dos officiais presentes.

Romeiro de Carvalho, no trabalho *Expostos no Concelho de Idanha-a-Nova no séc. XIX (1820-1920)*, analisa 1743 casos⁵⁰.

À semelhança de instituições congéneres a mortalidade é elevadíssima e Romeiro de Carvalho (1994) refere que no período compreendido entre 1820 a 1919 apenas 1,7% dos expostos conseguiram atingir a idade de cinco anos e 80% não ultrapassou um ano de vida.

Em 1856 iniciou-se a atribuição de um subsídio de aleitamento, às mães indigentes, durante os primeiros dezoito meses de vida da criança. António Catana constatou existir uma discrepância entre os valores da mortalidade das crianças cujas mães recebiam o subsídio de aleitamento e das crianças entregues às amas. Escreve o autor “*dos 29 expostos, apresentados pelas mães naturais, apenas 4 faleceram (13,8%), no período de 18 meses, enquanto que, em igual período, dos 58 entregues às amas, 42 faleceram (72,4%)*” (Catana, 1977:62).

Face à mortalidade elevadíssima, às despesas sempre crescentes deste serviço, às críticas públicas da sociedade civil o Governo extinguiu, oficialmente, a Roda em 21 de Novembro de 1867. Na prática, o seu desaparecimento foi gradual.

Em substituição das Rodas surgiram os hospícios para acolher não apenas expostos mas também crianças indigentes e abandonadas. Com esta nova filosofia de actuação procurava-se reduzir os abandonos e apoiar a maternidade.

O “*regulamento para à assistência dos expostos e menores desvalidos e abandonados*” é aprovado apenas em 5 de Janeiro de 1888. São admitidas a apoio as crianças filhas de pai incógnito (expostos), as abandonadas e as crianças desvalidas. Com este novo regulamento a criança continua a ser entregue a amas até aos sete anos. Dos sete aos 12 anos passarão para escolas-asilos onde recebem formação profissional. Após aquela idade passam para o mercado de trabalho (Lopes, 1993).

O hábito de expor recém-nascidos à porta de particulares ou de igrejas foi uma prática arraigada na nossa população, que perdurou até meados do século XX.

1.6.3. Centro Educativo de São Fiel

O orfanato de São Fiel foi fundado em 1852 (Dias, 1970) por Frei Agostinho da Anunciação, frade Franciscano que foi director espiritual da Infanta D. Isabel Maria. Era natural de Louriçal do Campo.

O orfanato tinha uma componente escolar, como era desejo do seu fundador.

Em 1862 a instituição passou a ser administrada pelos padres da Companhia de Jesus, por ordem do Sumo Pontífice Pio IX.

⁵⁰ Este número inclui expostos dos concelhos de Idanha-a-Nova, Monsanto e Salvaterra do Extremo (áreas incluídas hoje no concelho de Idanha-a-Nova).

Por volta de 1875, e de forma a rentabilizar os meios e a melhorar a situação económica da instituição, foram sendo admitidos pensionistas, a par dos órfãos e de outros alunos gratuitos e formaram-se duas classes. Foi por esta época que a designação mudou de Seminário dos Órfãos para Colégio de São Fiel (CESF, s/d).

A partir desta altura a vertente escolar da instituição desenvolveu-se sendo unanimemente reconhecida a qualidade do ensino aqui ministrado. Escreve Adelaide Salvado (s/d:4), a este propósito, que “o Colégio de São Fiel tornou-se um pólo dinamizador da cultura neste interior beirão e um centro educacional de valor indiscutível”.

Com a proclamação da República e a extinção das ordens religiosas terminou o Colégio de São Fiel.

Com as instalações desocupadas o Dr. Sérgio Tarouca apresentou, na Câmara dos Deputados, um projecto de lei para ali instalar um Instituto Médico-Pedagógico para educação de menores anormais.

Acerca este projecto o jornal *Povo d'Idanha*, de 4 de Setembro de 1915, regista o seguinte: “esse instituto terá por fim corrigir e educar as creanças que lhes forem entregues pela Tutoria da Infância ou pelas instituições dependentes da Federação Nacional dos Amigos da Infância, que sofram doenças mentais, fraquezas de espirito, epilepsia, histeria ou instabilidade mental, e bem assim os que sofrem de taras menos acentuadas. O instituto funcionará em secções especiais, conforme a natureza e acentuação das taras de que sofrerem os internados. Os alienados serão recolhidos em pavilhão áparte. Dirigirá o futuro instituto um medico, e o pessoal sera todo especializado, podendo fazer parte dele os professores primários mais distintos, indicados pelos inspectores”.

Durante a primeira Grande Guerra foi aqui instalado um sanatório militar (CESF,s/d).

Através do Decreto 6117, de 20 de Setembro de 1919, do Ministério da Justiça e dos Cultos, é criada a Escola Industrial de Reforma de São Fiel. Os objectivos desta instituição reformadora vêm expressos num dos artigos daquele decreto do seguinte modo: “para os menores, por sua natureza educáveis, mas julgados pelas tutorias da infância desamparados e delinquentes, se tornem honestos, laboriosos e úteis membros da sociedade portuguesa”.

Passa a designar-se como Reformatório Central de São Fiel. Em 1962 transforma-se em Instituto de Reeducação de São Fiel. Através do Despacho de 19 de Janeiro de 1979, passa a Instituto de São Fiel e em Julho de 2001 (Portaria 1200-B/2000 de 20 de Dezembro) a Centro Educativo de São Fiel (CESF, s/d).

Acerca desta casa, recém-criada em 1923, Jaime Lopes Dias (1923:11) questionava “que utilidade beneficente nos vem directamente daquele estabelecimento, se estamos condenados a sofrer o suplicio de Tantalos, vendo ali entrar os menores de Lisboa, Porto e Coimbra, sem podermos lá recolher os nossos?”

.... Considerando que a sua função é guardar, defender e proteger os menores em perigo moral, desamparados ou delinquentes, os quaes, infelizmente, já vão aparecendo em numero regular nos logares mais sertanejos”.

Isto, porque apenas as Tutorias Centraes de Infancia e Comarcãs podiam julgar e entregar neste estabelecimento crianças, segundo o Decreto de 27 de Maio de 1911. E como, à data, apenas estavam a funcionar as Tutorias Centraes somente crianças de Lisboa, Porto ou Coimbra podiam aqui ser internadas.

Até 2001, ali se misturavam crianças que foram agentes do crime com vítimas de abandono, o que actualmente não acontece.

A capacidade actual do estabelecimento é de 24 crianças.

Este estabelecimento tem estado ao serviço do Ministério da Justiça desde 1919.

1.6.4. Centro de Infância e Juventude

Desde a sua fundação, o Centro de Infância e Juventude tem como objectivo central assistir a criança socialmente. A sua inclusão justifica-se pela sua história.

Esta instituição nasceu com a designação de Asilo Distrital da Infância Desvalida no ano de 1867, no antigo recolhimento da Santa Maria Madalena, em Castelo Branco. Foi seu fundador o Dr. Guilhermino de Barros.

Em 1872 foi proposta e aprovada em Assembleia Geral que a idade de admissão no asilo passaria a ser de seis anos completos e que a saída da instituição passasse dos 11 para os 12 anos, em ambos os sexos (Pardal, s/d).

Até 1903 o Asilo alojou jovens dos sexos masculino e feminino. Nesse ano houve uma alteração dos estatutos passando a instituição apenas a admitir crianças do sexo feminino. A saída das crianças da instituição passou então dos 12 para os 16 anos⁵¹ (Pardal, s/d).

Na altura, o objectivo da associação era, conforme o artigo 2º do capítulo I, *“recolher menores do sexo feminino. Orphãs ou filhas de pessoas miseraveis, residentes no districto de Castelo Branco, alimentando-as e educando-as por forma a tomal-as habeis para ganharem a vida pelo seu trabalho honesto”*.

Em reunião de direcção de 20 de Junho de 1924 foi proposto e aprovado que a idade de permanência no asilo passasse dos 16 para os 18 anos. *“Visto estar assáz reconhecido que a idade dos 16 anos é extremamente perigosa, indo as creanças para o bulicio do mundo, onde a cada passo a sua inocência se vê exposta a todas as maldades”* (Carvalho, 1925:75).

Por volta de 1925 a instituição tinha uma lotação de 24 crianças. A partir desse ano aumentou para 30, fruto da atribuição de um legado à instituição.

Durante um largo período da sua existência recebeu alunos externos, que frequentavam a escola pagando uma mensalidade.

⁵¹ O Artigo 15 do capítulo III (das asiladas) dos seus estatutos (ADID, 1912:7) refere que *“no asylo não são admittidas menores com menos de seis annos de idade nem com mais de nove e a conservação no asylo termina quando completem 16 annos de idade ou quando sejam entregues a seus tutores naturaes”*.

1.6.5. Dispensário de Puericultura / Lactário

Nos primeiros anos do Estado Novo e segundo o Código Administrativo da época cabia aos médicos municipais consultar e tratar gratuitamente os expostos e as crianças desvalidas e abandonadas (art.º 150). Às Câmaras Municipais competia deliberar sobre o auxílio às crianças referidas (art.º 48); às misericórdias estava reservado a protecção aos recém-nascidos e o socorro às grávidas e de acordo com a Câmara “*encarregar-se da assistência aos expostos e desamparados*” (art.º 434) e às Juntas de Freguesia, competia, segundo o artigo 254, “3º - *proteger as crianças pobres, promovendo a criação e o auxílio a postos de protecção à maternidade e à primeira infância; 4º - estabelecer cantinas junto das escolas primárias, aulas de ginástica infantil e colónias de férias, e subsidiar as existentes; 5º - fiscalizar o tratamento dos expostos, desvalidos e abandonados entregues a amas da sua freguesia, participando às câmaras e às autoridades sanitárias de quem haja recebido instruções as faltas que notar*” (Dias, 1944:27).

O Decreto – Lei nº 23051 de 23 de Setembro de 1933 aconselha a criação das casas do povo em todas as freguesias rurais tendo, entre os seus fins, a possibilidade de criação de dispensários, lactários-creches e asilos para crianças e velhos (art.º 6).

Em 1926 o médico José Lopes Dias⁵² propôs à Junta Geral do Distrito de Castelo Branco a constituição do primeiro lactário, “*ampliado a Dispensário de Puericultura*” que tinha como primeiro objectivo a “*educação higiénica da maternidade*” e “*os auxílios de alimentação, de vestuário, de profilaxia e de terapêutica das mães e das crianças*” (Martins, 1982:11). Esta mesma entidade executou o projecto e em 5 de Março de 1930 é inaugurada com “*um serviço moldado na Coutte de Lait, de Belleville*” (Dias, 1951:10). Em 1931 iniciam-se as colónias de férias de Verão, na praia da Nazaré⁵³.

Anos mais tarde, ligada ao lactário, surge a creche e o Jardim Escola S. João de Deus. Isto é, um mesmo estabelecimento com valências nas áreas da educação, saúde e assistência à infância.

Na primeira metade dos anos 40, do século passado, o Dispensário de Puericultura de Castelo Branco já possuía delegações regionais do lactário em Alcains, Benquerença, Escalos de Baixo, Monsanto, Vale de Lobo e Vila Velha de Ródão, “*onde a mortalidade infantil apresentasse cariz mais sombrio*” (Dias, 1951:10).

As maiores dificuldades à expansão desta obra por todo o distrito⁵⁴ foram de tipo financeiro e a carência de recursos humanos (auxiliares de enfermagem e do serviço social).

Em 11 de Novembro de 1954, por ocasião da inauguração da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, dizia o Dr. José Lopes Dias “*aqui ao lado, o Lactário forneceu aleitamento higiénico,*

⁵² É de salientar o papel fundamental desempenhado por este médico na assistência à criança e à família consubstanciado, por exemplo, na descida do índice da mortalidade infantil de 16% em 1929 para 5,11% em 1950, no distrito de Castelo Branco. Na altura, este último número era inferior à taxa geral do país.

⁵³ Iniciado no Verão de 1931, na praia da Nazaré. “*As colónias de férias de Castelo Branco davam aumentos médios e por indivíduo, de 1.870 gramas, no peso, e 1,6 cm na altura, pelo estágio de um mês à beira-mar (Nazaré) ou na montanha (penhas da Saúde), sob vigilância higiénica*” (Dias, 1956:49).

⁵⁴ Ainda assim, e até aos anos 50 do século passado, foi criada a Delegação do Instituto Maternal da Covilhã, os Centros de Assistência em Fundão, Proença-a-Nova, Cernache de Bonjardim e Sertã, as Creches Rurais em Medelim, Paul e os postos de socorro em Álvaro, Aranhas, Estreito, Isna, Lousa, Orvalho, Sarzedas, entre outros.

artificial ou misto a cerca de 2000 crianças; contam-se 250 assistidas na Creche e 1337 educadas no Jardim-Escola. Isto exige 26000 litros de leite ou 160000 refeições, em cada ano, e somente para a 1ª infância. As consultas médicas andam, anualmente, à roda de 8000, e os tratamentos de 6000. A fiscalização do crescimento, os banhos, o vestuário, a profilaxia das doenças evitáveis, a assistência farmacêutica, o combate ao sezonismo e outras modalidades de socorro pré e pós-natal, alcançam cifras consideráveis” (Dias, 1954: 5 e 6).

O lactário de Alcains, com instalações na estrada de Santo António, iniciou a sua actividade em 1943, pela iniciativa do médico Manuel Ferreira da Silva. A função desta instituição era semelhante à da sua congénere em Castelo Branco, mas de menor âmbito. Florentino Beirão (2004:258) afirma que *“graças ao lactário, muitas crianças puderam ter uma melhor alimentação e sobreviverem à miséria familiar”*.

O Jornal *Reconquista* de 26 de Fevereiro de 1950 regista, em termos de balanço relativo ao ano de 1949, que *“a Delegação Rural em Alcains do Dispensário de Puericultura Dr. Alfredo da Mota, cifra-se em 30660 refeições de leite e 1196 de farinhas lácteas por ano. Ainda 343 consultas de pediatria e 618 de puericultura”*.

1.6.6. Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Castelo Branco

Esta associação, com representação nacional, foi criada em 1962, em Lisboa, com a designação primitiva de Associação Portuguesa de Assistência a Crianças Mongolóides. Em 1964 passou a denominar-se Associação Portuguesa de Pais e Amigos da Criança Diminuída Mental e mais recentemente Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental.

“É uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, destinada à providência de meios educativos, sócio culturais, profissionais e reabilitação a crianças e jovens com N.E.E. com o objectivo de lhes proporcionar uma maior integração na sociedade” (APPACDM, s/d:2).

A delegação de Castelo Branco foi a 11ª a ser constituída no território nacional tendo sido inaugurada em 16 de Novembro de 1973. Os seus principais mentores e dinamizadores foram o médico Fernando Dias de Carvalho e a Dr.ª Maria de Lurdes Póvoa.

A área geográfica da sua intervenção incluiu os concelhos de Castelo Branco, Proença-a-Nova, Oleiros, Vila Velha de Ródão, Penamacor, Idanha-a-Nova e Sertã (actualmente com uma sub-delegação).

As primeiras instalações a serem ocupadas estavam sedeadas na parte antiga da cidade (Castelinho). Em 1978, com o aumento do número de utentes a Associação foi transferida para um edifício localizado junto da Sé (Rua Ruivo Godinho, nº6). E, em Junho de 1987 foram inauguradas as excelentes instalações que hoje ocupa, junto ao Hospital Amato Lusitano.

A maioria da população que frequenta o centro de ensino especial *“provêm de um meio sócio-económico e cultural baixo e de famílias disfuncionais” (APPACDM, s/d:12).*

Além das instalações referidas possui três vivendas que apoiam o regime de semi-internato e internato de alguns dos utentes e dois lares, um para jovens e outro para utentes mais velhos.

Conta actualmente com cinco áreas de formação: intervenção precoce; área sócio-educativa; formação profissional; actividades ocupacionais; e alojamento / residência. Ao nível da aprendizagem tem projectos em quatro diferentes áreas: desenvolvimento sensorial; escolaridade; formação profissional; e actividades ocupacionais.

Para a prossecução cabal dos objectivos a que se propôs mantém activas diversas interacções, protocolos e parcerias com instituições de saúde e de ensino e com o Centro Regional da Segurança Social.

Ao nível da inserção e participação activa dos utentes no espaço social refiram-se: a organização de exposições-venda de trabalhos realizados pelos alunos; a criação, em 1992, de um rancho folclórico, com participações em vários festivais, nacionais e internacionais; e a participação em vários eventos desportivos também de cariz nacional e internacional.

1.6.7. Serviço de Pediatria do Hospital Amato Lusitano

O serviço de pediatria do Hospital Amato Lusitano, ex-Hospital Distrital de Castelo Branco, foi inaugurado em 1977 (hal.min-saude.pt/html/serviços/com-internamento/pediatria/index) e é constituído pelas seguintes unidades: Enfermaria de pediatria geral (com lotação para 27 crianças, dos 28 dias de vida aos 15 anos); Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido (com lotação para internamento de seis crianças, que necessitam de cuidados especiais); Maternidade / recém-nascidos normais (com capacidade para 21 berços); Consulta externa de pediatria (com gabinete e sala de espera específica); Urgência de pediatria (com gabinete de observação e sala de espera específica).

1.6.8. Centro de Saúde Mental de Castelo Branco

O Centro de Saúde Mental de Castelo Branco foi criado em 1980 através do Decreto – Lei nº 1015 de 27 de Novembro e foi herdeiro do Dispensário de Higiene Mental desta mesma cidade. Manteve-se activo até 1 de Agosto de 1992, altura em que foi extinto através da Portaria nº 750 de 1 de Julho do mesmo ano e integrado no Hospital Distrital de Castelo Branco com a designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Castelo Branco.

A população utente reside na área dos concelhos de Oleiros, Sertã, Vila de Rei, Proença-a-Nova, Vila Velha de Ródão, Castelo Branco e Idanha-a-Nova.

Desde a sua origem e até 1985 as crianças que procuravam assistência no serviço eram atendidas nas consultas externas do Centro de Saúde Mental, sendo posteriormente encaminhadas, se houvesse necessidade, para o Centro de Saúde Mental Infantil de Coimbra ou de Lisboa. Em Castelo Branco não havia dia nem horas para o atendimento específico de crianças (Wadhoomall et al, 1987).

Devido à contratação de novos técnicos, à procura crescente e à necessidade de individualização foi criada em 1985 a consulta de saúde mental infantil. Esta consulta manteve-se e reforçou-se até à extinção deste Centro de Saúde Mental, em Agosto de 1992.

Esta consulta tinha uma periodicidade quinzenal e nela se atendiam crianças dos 3 aos 14 anos.

A equipa assistencial era pluridisciplinar, contando com médico, enfermeiro, psicólogo e técnico de serviço social, e o apoio prestado à criança e respectiva família era de cariz médico, psicológico, sócio-familiar e de enfermagem.

Com o desenvolvimento da consulta houve necessidade de articular este serviço com outras instituições e serviços que também apoiavam crianças, nomeadamente as escolas do ensino regular, a equipa de ensino especial (itinerante, básico) e secundário, o Centro do Ensino Especial (A.P.P.A.C.D.M.), a Consulta de Desenvolvimento do Hospital Distrital de Castelo Branco, o Centro Regional de Segurança Social e o Centro de Saúde (Wadhoomall et al, 1987).

Esta articulação deu origem ao Grupo de Apoio à Criança (G.A.C.).

Ao fim de três anos de actividade os técnicos desta consulta apresentaram uma avaliação do seu trabalho no II Encontro de Psiquiatria e Saúde Mental⁵⁵. Neste documento pode observar-se o número sempre crescente de consultas médicas e de psicologia.

Com a extinção do Centro de Saúde Mental as crianças do Sul da Beira passaram, novamente, a recorrer aos serviços médicos de Coimbra.

1.6.9. Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança⁵⁶

É vulgarmente conhecida como Consulta de Desenvolvimento e encontra-se instalada numa área previamente preparada da consulta externa do Hospital Amato Lusitano.

Tem como área de intervenção todo o distrito de Castelo Branco. A nível distrital não há outra consulta com os mesmos objectivos.

Iniciou a sua actividade em 1984, com consulta bissemanal. Nos três primeiros anos observou crianças em risco peri-natal, com internamento prévio na Unidade de Neonatologia do HAL. Após este período *“o atendimento alargou-se a todas as crianças com problemas de desenvolvimento, referenciadas quer pelo Serviço de Pediatria deste Hospital, quer pelos Centros de Saúde, Jardins de Infância e Escolas de todo o distrito”* (Marques 1998:1).

Em 1990, devido à procura crescente, passam de dois para três o número de dias de consulta semanal e o número de técnicos nela envolvidos.

Mantém activos diversos protocolos que potenciam a capacidade de resposta das entidades envolvidas (APPACDM, CAE de Castelo Branco, SRS de Castelo Branco) e que proporcionam a presença de técnicos da área de psicologia, do ensino especial e da medicina. Proporcionou formação específica a médicos de clínica geral e a consequente implementação de consultas de rastreio de desenvolvimento nos centros de saúde de Castelo Branco, Sertã, Covilhã e Fundão.

Ao longo dos vinte anos de existência a consulta de desenvolvimento tem dado especial atenção à formação e sensibilização dos técnicos de saúde; o melhor exemplo é o encontro de Desenvolvimento da Criança que se realiza, anualmente, desde 1986.

⁵⁵ Realizado de 11 a 13 de Fevereiro de 1988, em Aveiro.

⁵⁶ Designação que se encontra no *site* do Hospital Amato Lusitano.

Desenvolve, quer a nível regional quer a nível nacional, intensa articulação com instituições que trabalham com problemas relacionados com o desenvolvimento da criança.

1.6.10. Associação de Apoio à Criança do Distrito de Castelo Branco

A Associação de Apoio à Criança é uma associação particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, conforme o define o artigo primeiro dos seus estatutos. Está sediada desde a sua fundação, em 1996, em Castelo Branco, no número 21 da rua Conselheiro Albuquerque. O âmbito geográfico da sua acção abrange todo o distrito de Castelo Branco.

“Constitui objectivo geral da Associação desenvolver actividades de apoio à população com deficiência. Com especial incidência nos jovens e adultos a partir dos 16-18 anos prevendo-se ainda o apoio a crianças dos 0-6 anos em situação de risco e a crianças e jovens com deficiência em idade de escolaridade obrigatória” (Associação de Apoio à Criança, p.2).

Nasceu por iniciativa de um grupo de cidadãos com crianças com deficiência.

O primeiro lar residencial foi aberto em 1997 em Salgueiro do Campo, em casa de um dos sócios. Devido aos inconvenientes inerentes à localização foi transferido para a área da Carapalha, na cidade de Castelo Branco, e depois para a rua da Granja, na mesma cidade.

Em 2002, tinha 25 funcionários e prestava apoio a 40 utentes e respectivas famílias, estando 20 deles alojados no lar residencial.

Para superar as limitações relativas aos recursos disponíveis a direcção da Associação de Apoio à Criança tem articulado a sua acção com uma gama muito vasta de instituições o que lhe permite ter em desenvolvimento um conjunto diversificado de projectos de índole profissional e sócio educativa.

Um dos maiores anseios da Associação consiste na construção de instalações adequadas ao tipo específico de utentes que apoia.

1.6.11. Lar de Castelo Branco

Esta instituição era pertença do Ministério da Justiça. Era um lar de transição entre o regime de internato de São Fiel e a devolução completa do jovem à comunidade.

Com a Lei nº 147/99 de 1 de Setembro os jovens delinquentes e os jovens vítimas passaram a frequentar instituições diferenciadas, o que não acontecia antes.

O Lar de Castelo Branco passou então para a tutela do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e a apoiar os jovens considerados não-delinquentes (vítimas de maus tratos, vadiagem, pequenos furtos, etc).

Em Março de 2001 esta instituição adoptou uma nova filosofia de actuação e nos finais de Abril do mesmo ano recebeu os primeiros jovens em regime de internato aberto ao exterior.

O Lar de Castelo Branco tem lotação para 15 crianças com idades compreendidas entre 12 e os 18 anos. Os jovens são aí colocados através de ordem judicial.

Um dos grandes objectivos da instituição é a construção por parte de cada utente do seu próprio projecto de vida com reaprendizagem da sociabilidade.

Nas páginas anteriores não procurámos inventariar e historiar as instituições de apoio assistencial à criança. Fizemos apenas referência a algumas dessas instituições. Fica por fazer o historial da assistência infanto-juvenil na área de estudo, por nós estabelecida, um objectivo exterior a este documento.

Com estas breves anotações históricas constatamos que houve uma maior preocupação com a assistência à criança a partir dos finais do século XVIII, consubstanciada num crescente número de instituições a ela dedicadas e na sua crescente valorização, o que corrobora os dados conhecidos para outras zonas da Europa.

Muitas destas instituições assistenciais foram de iniciativa particular, ou como hoje se diz, partiram da sociedade civil.

2. Perturbações psicopatológicas

2.1. Aguamento e sintomas depressivos

Neste subcapítulo trataremos de entidades cujos sintomas mais valorizados, por quem os presencia, são de tipo depressivo. Por este facto preferimos integrar o agado nesta área. Francisco Henriques et al. (1990) no trabalho *Medicina e Farmácia Popular dos Cortelhões e dos Plingacheiros* integra também o agado nas patologias psiquiátricas. Nas crianças, entretanto, a variedade dos sintomas depressivos é tão grande que há autores que chegam a defender que qualquer sintoma que constitua a razão de uma consulta de psicologia infantil pode ser devido a uma depressão (Romeu, s/d, *Depresion en la Infancia y en la Adolescencia*).

As entidades apresentadas são o ogado, o desmorecimento, o descorçoamento, o pasmo, as alas do coração caídas e o suicídio juvenil.

As quatro primeiras entidades apresentam sintomas semelhantes e poder-se-iam enquadrar num único conceito, o ogado. Em áreas geográficas onde predominam as designações desmorecimento, descorçoamento, pasmo e alas do coração caídas não é comum o uso do termo ogado e chega a ser desconhecido. Cremos que possa ser apenas uma questão de designação.

2.1.1. Aguamento

A entidade aguamento pode apresentar grafias diferentes, ainda que próximas. Na bibliografia e nas entrevistas realizadas demos conta das seguintes modalidades: augamento, ougamento, àguada e ougado. No Sul da Beira Interior os vocábulos mais comumente utilizados são aguamento / aguar e ogado / ogar. Neste trabalho usaremos as designações utilizadas na área de estudo.

O ogado é uma patologia comum nas crianças, também observável em adultos e animais. Aguamento / aguar pode ser entendido como intenso desejo de comer o que se está

observando, ao ponto de provocar um aumento da secreção das glândulas salivares. “É uma doença provocada pelo apetite insatisfeito de um alimento” (Buescu, 1984:250).

O aguamento é caracterizado por sintomatologia diversa. Segundo Leite de Vasconcelos (s/d:235 e 1982:23) “quando se vê uma criança com o cabelo levantado é ougada”. O autor Armando Leão (1945:288) escreve que “quando uma criança definha e toma o aspecto de miséria metendo muitas vezes o dedo na boca ou no nariz, está à guada”. A. Almeida (1945:42) afirma que “começam-se a inteiriçar os cabelos, enevoarem os olhos e emagrecerem as faces” e Consiglieri Pedroso (1988) refere apenas a anorexia. No site do Grupo Etnográfico do Lorrvão (www.teravista.pt/aguaalto/3071/p217).htm são apontados como sintomas do aguamento a falta de apetite e o emagrecimento.

Na região de Oleiros “as crianças estão aguadas quando andam tristes, sem sorrirem e sem apetite” (Alves, 2001:96). Jaime Lopes Dias (1955:225) regista os mesmos sintomas que Armando Leão, autor já referido. Em Tinalhas (CB), Horário Jorge (1996:325) não associa o ogado à tristeza e ao nível dos sintomas refere que a criança definha, podendo chegar à morte ou rebentar-lhe os olhos. Em Proença-a-Nova, Isaura Soares (2001) regista que a criança fica magrinha e sem apetite.

Com base nas entrevistas conseguimos explicitar melhor o sintoma. Assim, em Proença-a-Velha (IN) “a criança anda triste e chora, tem falta de apetite, febre, diarreia e apresenta olhar mortinho, sem vida”. Em Montes da Senhora (PN) a criança ogada “é uma criança tristinha, que comia mal”. Em Rabacinas (PN) “ficam tristes, tristes e com a boquinha assim meia aberta e meio fechada”. Em Bairrada (PN) “a criança aguada fica triste, não come”. Em Fratel (VVR) “a criança não tinha apetite, não comia. Quando é mais crescida a criança quer tudo e não come nada, não chorava”. Em Lameira de Ordem (PN) “é uma criança pasmada, triste”. Em Alameda (CB) “anda esmorecida, não tem alegria nenhuma”. Em Sarnadas de Ródão (VVR) informam “sentimo-la muito pasmada muito triste. Vê-se o olhar deles sem força. Aquela pasmaceira”. Em Alvaiade (VVR) a criança “andava triste, chorava, aborrecida, pedia tudo e não queria nada. Ia para comer, chorava e não comia”. As mulheres de virtude que entrevistámos mencionam sintomas idênticos, “ficam com tristeza” ou “a criança começa a ficar triste. A comer mal. Tudo lhes dá tristeza e vai para comer e não consegue”.

Constatámos que a tristeza, a anorexia e a adinamia são os sintomas predominantes para a formulação do diagnóstico de ogado na criança, nesta região.

O diagnóstico é feito pela mãe da criança ou qualquer outra pessoa, quase sempre do sexo feminino. Quando se procura uma mulher de virtude, para a resolução desta patologia, é com o objectivo de encontrar outra solução, sinal de que os rituais já experimentados não foram suficientemente eficazes.

Fica-se a sofrer de aguamento quando “apeteceu uma comida que lhe não deram” (Consiglieri Pedroso, 1988:263). A. Almeida relaciona também a origem do aguado com os alimentos. Escreve este autor: “ficaram-lhe os olhos em alguma comida que tenha visto” (Almeida, 1945:72).

Na área de estudo não se encontrou outra causa que não estivesse relacionada com a alimentação e mais propriamente com a ingestão de alimentos. A criança fica aguada se não

saboreia o alimento que vê ser ingerido por outra pessoa, adulto ou criança. Dizia-nos uma das informantes: “a gente às vezes até dizia para a pessoa «dê qualquer coisinha à minha menina qu’ela pode ficar ogada»”. Podia ainda ficar aguada se não tivesse sido satisfeito um desejo alimentar da mãe durante a gravidez (Soares, 2001).

O tratamento consiste na ingestão, por parte da criança aguada, de um outro alimento, onde a recolha, a preparação e por vezes a ingestão cumpre um ritual pré-estabelecido.

Ao longo do país Leite de Vasconcelos recolheu diversas fórmulas relativas ao tratamento do aguado que passamos a transcrever: “(...) Quando se vê uma criança com o cabelo levantado, é ougado, e por isso deve comer, detrás da porta do forno, parte de um bolo de pão de milho com azeite e deitar o restante a um cão preto (Douro, Beira Alta); com azeite e os cinco dedos da mão direita espetados no bolo, e o cão pode ser preto ou branco (Maia); bolo de farinha de milho e azeite de nove casas, aquele feito dentro de uma telha, no borralho (Durrães). Em Cinfães: deve dar-se um bolinho de pão, atrás da porta, no dia em que se coze; também pode ser um bolinho de massa feito no borralho; Também se usa fazer no bolo nove buracos, e, quando se vai dar à criança, deita-se uma pinga de azeite em cada um deles. Em Mangualde o bolo é feito de nove bocadinhos de outros tantos pães. Em Carregal do Sal o menino ougado tem de comer feijão de sete Marias para sarar (feijão de sete marias = feijão dado por sete Marias)”.

Em Fafe, Consiglieri Pedroso (1988:263) refere que se frita “num tacho, em azeite, ou, se cozido no forno deita-se-lhe azeite por cima (o azeite é indispensável) um bolo de massa do centro da maseira e dá-se à criança ougada. Esta há-de comê-lo atrás de uma porta e se alguns restos deixou do bolo estes restos não-de ser comidos por um cão preto”.

Em Lorvão, a “madrinha da criança ougada deve tender uma micha, e nela fazer sete buracos deitando em cada um deles azeite. Depois de cozida a micha, dava-se metade à criança aguada e a outra metade a um cão vadio”. Ou ainda: “é tirado com leite de sete cabras (quem não tinha cabras ia pedir aos vizinhos). Junta-se o leite todo e uma parte era dado a um cão ou gato vadio (passando o aguamento para o animal), e a outra metade à pessoa ougada”, (www.teravista.pt/aguaalto/3071/p217).htm).

Demos conta da diversidade de rituais registados, na literatura etnográfica nacional, para o tratamento do ogado. Alguns divergem apenas em pormenores.

Mesmo repetindo fórmulas anteriores, parece-nos pertinente referir alguns dos rituais usados no tratamento do aguado, a nível regional,.

No Sul da Beira Interior, mas fora da área de estudo, Jaime Lopes Dias (1948:257) refere que em Arnóia (Sertã) “para curar as crianças aguadas basta fazer um caldo com água de sete fontes, carne de sete salgadeiras, pão de sete maceiras, e dá-lo com sopas de pão às doentes”. Esta cura chama-nos desde logo a atenção para a importância do número sete na ritualidade. No Teixoso, o mesmo autor refere que “cura-se o aguamento dando ao doente um bolo feito de nove bocadinhos tirados de nove pães em massa. O bolo é cozido no forno e dado à criança sem que os pais ou outras pessoas de família o saibam, e deve ser comido atrás da porta. Se a criança não comer todo o bolo e vier a ser aproveitado por algum animal, este contrairá a doença” (Dias, 1955: 225). Este ritual exemplifica o papel da comunidade no tratamento de

algumas patologias e o sentido de pertença. Aqui a criança não é apenas «pertença» dos pais mas também da comunidade.

Em Oleiros, Conceição Alves (2001:96) documenta que se pede “*comida em nove casas, bastando para isso uma colher de sopa. Junta-se tudo na mesma vasilha, dando-se à criança «aguada» desta mistura. «Só que coma um pouco, é o suficiente para voltar a ter alegria»*”. Se, no entanto, sobrar comida, é preciso ter o cuidado de a ir deitar num ribeiro ou levada, isto é, em local onde a água corra e a leve para bem longe, pois, se ali ficasse, a criança continuaria aguada.

Ao deitarem os restos de comida na água dizem:

“- *Aí vai o esmorecimento desta criança*”.

Em Salgueiro do Campo (CB) “*se uma criança está «aguada» junta-se sopa de sete panelas e dá-se-lhe a comer para sair o aguamento*” (Agostinho, 1982:153). Em Tinalhas é praticado idêntico ritual (Jorge, 1996). Em Cafede (CB), segundo António Castelo (1996:142), “*dá-se a beber ao doente água de sete fontes naturais, diferentes durante sete semanas. No fim do tratamento deita-se a água sobrando num caminho onde o doente não passe, ou dá-se a beber a um animal para que a doença passe para ele*”.

Em comunidades do concelho de Vila Velha de Ródão e de Proença-a-Nova dá-se à criança sopa de sete Marias. Para o efeito “*pedia-se sopa a sete Marias. Pegava-se numa tijelinha e numa colher de sopa e ia-se a casa de sete pessoas com o nome de Maria e pediam-lhe uma colher da sua sopa. Depois a mistura de sopas assim obtida era dada à criança ogada*”. Francisco Henriques (Henriques *et al.*, 1990) acrescenta que o pedido deve ser feito pela madrinha e que a criança deve comer três colheres da mistura das sopas. Em Almeda (CB) a sopa deve ser roubada, “*vai-se roubar uma colher de sopa a 3 ou a 7 vizinhas, sem a dona ver ou saber*”. Trata-se, naturalmente, de um roubo ritual.

Em Vilar de Boi (VVR) “*quando uma criança estava ogada nós íamos a casa de 7 Marias, levávamos uma malguinha e uma dava uma colher de azeite, outra dava uma colher de açúcar, outra dava farinha. Até chegarmos a sete colheres de ingredientes vários. Era tudo dado com a mão esquerda. A gente aceitava com a mão esquerda. Era sempre com a mão esquerda. A mão direita nunca mexia. Era sempre com a esquerda. Depois fazia-se um bolo⁵⁷ com o material obtido, dava-se um bocadinho à criança e o resto dava-se a um cão*”.

Na Bairrada (PN) também se fazia o bolo das sete Marias. Para o efeito recorria-se a sete crianças com menos de sete anos e com o nome de Maria; não podiam ser rapazes. Eram as crianças que faziam o bolo. Tinham que ser inocentes (crianças com menos de sete anos). Depois do bolo feito era comido pelas sete crianças e pela criança ogada. Chegou a acontecer não haver na aldeia crianças suficientes, sendo necessário ir buscá-las a outra povoação. Se a criança era muito pequena podia ser ajudada por um adulto (a criança segurava o instrumento e o adulto a mão da criança). De acordo com outra fórmula, “*há quem peça uma colher de farinha a sete crianças de nome Maria. Faz-se um bolo e a mãe ou a madrinha deita-o para detrás das costas. O animal que o comer é que fica com o mal da criança*”. Noutras comunidades “em vez

⁵⁷ Em algumas comunidades é conhecido como *bolo do aguamento*.

de deitarem o bolo para detrás das costas, dão-no a comer à criança” (Henriques et all., 1990:66).

Em Proença-a-Nova *“juntam-se sete mulheres com o nome Maria; cada uma dá farinha, ovos, açúcar, azeite e leite e tudo o mais de que precisam para fazer um bolo finto. Quando pronto dão-no ao miúdo, que, depois de o comer, ficará bom”* (Soares, 2001:123).

Em Sarnadas de Ródão (VVR) afirma uma informante: *“íamos a casa de sete Marias que dessem uma colher de farinha. Fazíamos uma papinha com ela, com essa farinha das sete Marias, mas virgens. Sete Marias Virgens”*. A papa assim preparada era depois ingerida pela criança.

A ingestão de bolo ou de sopa é o procedimento mais usado para o tratamento do ogado, a nível regional. Cada informante verbaliza pormenores diferentes no cumprimento do ritual. Nalgumas comunidades a parte do bolo não ingerida pela criança deve ser comida por um cão, se possível preto para que a patologia passe para ele.

No trabalho de Teresa Joaquim (1983) o ogado parece surgir mais associado a uma qualquer doença que apenas provoca definhamento / ausência de crescimento. No Sul da Beira, como constatámos, é destacada a tristeza e a anorexia da criança.

Segundo alguns informantes o não tratamento do ogado pode provocar a morte.

Em termos gerais, a criança aguada não carece da intervenção da mulher de virtude, a menos que se verifique a ineficácia das terapias convencionais. Ainda assim, os tratamentos recomendados pelas mulheres de virtude correspondem aos atrás mencionados. Uma das mulheres de virtude, que tivemos oportunidade de ouvir, recomenda o seguinte tratamento: *“ir buscar bolachas de sete ou cinco lojas, água de cinco nascentes e leite de três lojas. Que é tudo contrariado. Mistura-se tudo. Mistura-se um bocadinho de água das cinco fontes, um bocadinho de leite desses três lados e um bocadinho de bolacha dessas sete lojas e depois dá-se aquilo ao bebé⁵⁸. Não se lhe dá tudo. Tem-se ali um cão ou um gato que acaba de comer o resto. Faz-se isto três a cinco vezes.*

Três vezes em louvor da Santíssima Trindade para que o possa limpar daquela doença. Em louvor das cinco chagas de Cristo que o possa iluminar a pessoa”. Uma outra mulher de virtude após recomendar o recurso à sopa acrescentou: *“podem ainda fazer de outra maneira. É perguntar três comércios com duas portas e entrar por esta e sair por aquela. Entra e sai não compra nada⁵⁹”*.

2.1.2. Desmorecimento, desacorçoamento, pasmo e alas do coração caídas

Julgamos que estas entidades patológicas são sinónimas da anterior, tendo em consideração a sintomatologia predominante, apresentada pela criança, e a semelhança dos tratamentos usados. Como já afirmámos, estas designações surgem, mais frequentemente, em áreas onde o termo aguado não é usado.

⁵⁸ Temos conhecimento que há outras mulheres de virtude da região que recomendam um tratamento à base de papa de bolacha.

⁵⁹ Entrar por uma porta e sair por uma outra é um ritual de tratamento frequente nas crianças com problemas de linguagem. Ver o subcapítulo Perturbações da Linguagem.

Em Monsanto (IN), Leonor Buescu utiliza o termo desmorecimento. O termo ogado também é aplicado à entidade clínica mencionada, segundo aquela autora e conforme já transcrito (Buescu, 1984:250). A este respeito escreve aquela investigadora: *“se já com alguns meses, a criança apanha um desmorecimento e anda tristonha, a mãe vai ao forno, faz uma bica com massa de três, cinco ou sete tabuleiros, e comendo-a, a criança implica⁶⁰”* (Buescu, 1984:72).

Em Penha Garcia (IN) é desconhecido o termo aguada, que parece ser substituído por desacorçoada. A criança está desacorçoada quando anda triste e não quer comer. Para tratar o descorçoamento a mãe da criança vai pedir feijões a sete ou nove casas. Depois a criança come esses feijões e fica curada.

Em São Domingos (CB), as nossas interlocutoras desconhecem também o termo ogado ou aguado. Quando esclarecidas sobre a situação clínica referida identificam-na como pasmo e exemplificam com uma situação concreta. Aqui, podemos dizer que pasmo e ogado são sinónimos. Uma das informantes exemplificou do seguinte modo: *“houve aí um senhor que morreu e deixou um bebé pequenino. Quando o senhor morreu a senhora ficou viúva com a bebé pequenina que estava a amamentar. Não era como agora, que agora há muitos recursos. Naquele tempo havia os lactários mas, às vezes, o leite não chegava para todos. Aquela senhora como lhe morreu o homem de surpresa, sem fazer ideia, debaixo de um carro de bois, a mulher com aquela grande paixão, aquela grande afronta com a morte do marido, secou-se-lhe o leite e a criança pasmou. Começaram-lhe a dar leite de cabra ou coisa assim do género. E depois tinha uma irmã mais velha e andava a irmã mais velha com essa bebé, vinha de porta em porta, com uma malguinha na mão à casa das sete Marias. Pedir sopa das sete Marias. Eu era Maria da Conceição dava-lhe sopa. O que era preciso é que fosse Maria. Para fazer uma sopa para dar à bebé. Era a sopa das sete Marias que era bom para o pasmo”*.

Sobre a entidade alas do coração caídas temos apenas registos bibliográficos de Jaime Lopes Dias (1966) para Ladoeiro (IN) e de Horácio Jorge (1996) para Tinalhas (CB). Os nossos entrevistados desconheciam-na.

Jaime Lopes Dias (1966:278) descreve do seguinte modo a prescrição que documentou no Ladoeiro (IN): *“se a criança tem as asas do coração caídas, isto é, se se encontra triste sem razão aparente, a mãe, para lhas levantar, coze três pães pequenos (merendeiros) e tira de cada um um bocado que dá ao filho. O restante de cada pão deita-o a cada um dos três primeiros cães que encontrar voltando-lhes imediatamente as costas por forma que não veja os animais pegarem nos pães”*. Sobre Tinalhas (CB) diz-nos Horácio Jorge (1996:320) que *“a criança apresenta grande tristeza. Cura-se: “a mãe deve cozer três pequenos paezinhos e dar à criança um pouco de cada um”*.

Na obra *Sarzedas e o seu Termo*, Acácio Oliveira (s/d), regista uma situação que nos parece identificável com o ogado. Escreve o autor (s/d:182) que *“quando uma criança (ou qualquer adulto) está a comer e outra criança se encontra presente vendo comer a primeira, é hábito a que come (ou os seus pais ou até outro circunstante) dar parte do que se está comendo à criança presente, para a esta «não rebentarem os olhos»”*.

⁶⁰ *“Recobrar as forças e a saúde”* (Buescu, 1984:251).

A idade mais provável para que a criança fique aguada é entre os dois e os cinco anos. *“Quando eram mais velhos a gente já lhes dizia é assim ou é desta maneira ou é daquela, compreendiam já”*, acrescenta uma das nossas informantes.

Este sintoma (aguado) atingia ambos os sexos, de igual forma.

Os nossos entrevistados foram questionados acerca da distribuição social do ogado. A maioria das respostas indicava não haver diferenças entre crianças ricas ou remediadas e crianças pobres. Entretanto, houve quem defendesse que o ogado atingia apenas os pobres *“porque eles (os ricos) tinham tudo. Andavam satisfeitos de tudo o que queriam e nós (os pobres) não. Era uma miséria. Eu com a minha filha já não foi tanta miséria, mas eu, no meu tempo, ah isso era uma desgraça. Andava sempre a olhar para as mãos dos outros”*. Acrescenta logo outra informante a contestar a posição anterior *“não era bem assim, é que por vezes as crianças ricas queriam aquilo que era dos pobres”*.

Os pais, numa ida ao médico com a criança, nunca abordavam a questão do ogado de um modo directo. Preferiam apresentar queixas vagas, frequentemente associadas a aspectos alimentares. Disse-nos um dos pediatras, por nós consultado, que *“a mãe nunca tinha a coragem de dizer directamente que o filho estava aguado. A mãe primeiro explicava a sua angústia e depois, no fim, deixava quase cair isso, que no fundo era o problema que mais a preocupava. (...) Porque dizer assim, directamente, «o meu filho está aguado», isso não. Não tenho ideia que isso tivesse alguma vez acontecido. Mas no final deixavam cair isso quase como uma coisa accidental”*.

Tivemos ocasião de apresentar o aguado e outras situações semelhantes, embora com diferentes designações. Estas entidades estão, todas, directamente relacionadas com a alimentação da criança. A criança fica doente por observar uma outra pessoa a comer e não partilhar tais alimentos. Para não adoecer a criança deve participar no consumo do alimento em questão.

Lembramos que a alimentação é uma necessidade primária e que em quase todas as épocas a escassez de alimentos foi significativa. Na distribuição dos alimentos a criança podia não ser identificada com prioridade. No quadro social, havia que criar mecanismos de salvaguarda da posição dos mais fracos, as crianças. Alimentar as crianças era então sinónimo de perpetuação da própria comunidade e de segurança, no futuro, para quem recolhe hoje os alimentos. Por isso, a comunidade criou mecanismos que obrigassem todos os seus membros a responsabilizarem-se pela alimentação das crianças, símbolo da sua própria continuidade, independentemente do vínculo familiar que os ligasse. Nesta perspectiva, o tratamento do ogado torna-se num mecanismo de solidariedade e de reconhecimento social da doença. Isto é, faz-se o tratamento e a prevenção porque a criança está doente ou pode vir a ficar doente e não porque o problema central possa ser a desnutrição / fome.

2.1.3. Suicídio juvenil

O suicídio é um acto de auto destruição voluntário. É um fenómeno presente em todas as épocas e culturas. A atitude da sociedade perante o acto suicida e o suicida varia, consideravelmente, em função do sistema religioso, filosófico, pela motivação do acto e outros razões.

As taxas de suicídio juvenil (15 – 19 anos) têm vindo a aumentar e evidenciam-se, actualmente, como segunda causa de morte entre os jovens, logo após os acidentes; muito mais raro é o suicídio em crianças pré-puberais, pela sua menor capacidade de planear o acto.

Os jovens do sexo masculino são mais atingidos que os do sexo feminino, na razão de três quartos (Abeijón e Apiroz, 1989).

Está identificada uma miríade de factores suicidógenos nos jovens. O psicoterapeuta José Manuel Caldas (1993) agrupa-os em cinco grandes grupos: sociais, familiares, psicopatológicos, psiquiátricos e precipitantes.

É considerada elevada a significância da relação entre depressão e suicídio na adolescência. As estatísticas revelam que cerca de 94% dos adolescentes suicidas sofrem de patologia psiquiátrica, sendo a depressão, com 51%, a entidade mais significativa. Segundo Alda Coelho e outros (1993) a ideação suicida surge em 12º lugar entre os principais sintomas de depressão na infância e na juventude.

Actualmente, o meio mais utilizado para perpetrar o suicídio é a intoxicação medicamentosa ou por organo-fosfatos e uso de armas de fogo. As raparigas usam essencialmente os fármacos e os rapazes as armas de fogo (Caldas, 1993). Num passado recente, nas comunidades rurais desta região, predominavam o enforcamento e o afogamento como meios mais utilizados.

Os médicos pediatras que consultámos não recordam casos de suicídio em crianças pré-adolescentes.

Na literatura etnográfica, nacional ou regional, também não foram encontrados registos relativos ao suicídio juvenil.

Para melhor conhecer o impacto social deste problema foram consultados alguns jornais regionais. A pesquisa tornou-se pouco frutífera em virtude de um número substancial destes órgãos de informação serem propriedade de Comissões Fabriqueiras das respectivas igrejas e terem uma orientação religiosa contrária à divulgação do suicídio.

O registo mais antigo que encontrámos nos jornais regionais corresponde também ao suicida mais novo. O facto é noticiado do seguinte modo: *“Restos do Passado – A Tradição. No nosso colega o Mundo lemos o seguinte: “Em Tinalhas, perto do Fundão, um rapazito de 14 anos suicidou-se. Já o caso de per si, sem mais esclarecimentos, é lamentavel, desolador. Mas se se disser que o pequenito se suicidou, por que o pai lhe não consentiu que frequentasse a escola, o facto reveste-se de aspectos pungentes, que envolvem o desventurado, se chamava Antonio Mendes, de uma luz de martirio, sem duvida. Fizera o exame do 1º grau e ficara distinto. Queria continuar na escola, para ir a exame de 2º grau, mas o pai proibiu-lhe que entrasse na escola. Suicidou-se”* (Povo d'Idanha, nº 10, 23 de Outubro de 1915). O conflito com os pais é apresentado por José Caldas (1993) como o principal factor precipitante (40 a 45%).

Pelo impacto que teve a nível regional impõe-se referir o caso de José Pina (estudante de Liceu, de 17 anos de idade e filho de proprietários residentes em Sarnadas de Ródão) que se suicidou com a sua amada, Maria Belo, (trabalhadora rural, 22 anos e residente em Sarnadas de Ródão), com arma de fogo, por amores contrariados. Este caso foi transposto para a literatura oral

regional sob a forma de quadras⁶¹. Segundo o autor referido (Caldas 1993) os problemas afectivos dos jovens surgem como o segundo factor desencadeante mais importante, com valores que rondam os 35%.

Ainda no jornal *Acção Regional*, de 19 de Fevereiro de 1925⁶², pode ler-se o seguinte: “*Vila Velha de Rodam – na Noite de quarta-feira próxima passada suicidou-se por enforcamento no lugar de Gavião desta freguesia e concelho José Rodrigues Grilo, de 19 anos de idade, natural do referido lugar. Ignoram-se os motivos que levaram o tresloucado rapaz a cometer semelhante acto*”.

Por último transcrevemos a notícia do suicídio de uma jovem de 17 anos de idade. No jornal *Aldeia Viva* (nº42, 1988) regista-se o seguinte: “*jovem mata-se com 605 forte - o inesperado aconteceu, nas Termas de Monfortinho no passado dia 20 de Junho quando Zália Berenguilho Antunes, de 17 anos de idade ingeriu um frasco cheio de 605. De imediato conduzida à presença de um médico, mas de nada valeu, pois a enorme porção de veneno causou-lhe morte quase imediata.*”

Não sabemos as razões que levaram esta jovem, filha de pais penhagarcenses, a cometer tão tresloucado acto...”

Em artigo publicado no jornal *Reconquista*, em Novembro de 1992, é divulgado estudo (Pires *et al.*, 1992) sobre o suicídio, a nível distrital, no quinquénio 1987 – 1991. Da análise de 157 suicidas, que compreende o lapso de tempo referido, foram identificados apenas três casos (1.91%) com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos.

Neste tipo de fontes, foram obtidas outras notícias tendo como protagonistas jovens com idades superiores a 17 anos.

Nos depoimentos dos nossos informantes encontrámos dois casos referentes a suicídios de crianças. Relata-nos um dos informantes:

“(...) o meu filho teve o acidente em Janeiro e em Fevereiro matou-se o meu neto com uma ligadura do pé dele. Pendurou-se no quarto dele. Andaram a brincar ele mais os outros primos e depois disse para os primos:

- Agora vou fazer os meus trabalhos da escola. Mas não quero que ninguém me venha bater à porta.

E depois nunca mais apareceu. Foram lá gritar-lhe à porta. Ele fechou-a por dentro e lá estava dependurado com a ligadura do pé. Mas aquilo... ele andava na escola, foi por qualquer coisa. Ele era muito tímido. E depois quando o ameaçavam ele já dizia para os pais:

- Eu já não posso suportar isso que vós me dizeis.

Eu imagino que foi isso”.

⁶¹ Ver trabalho de Maria Adelaide Neto Salvado, *Em Nome do Amor* (2001).

⁶² *Acção Regional* de 19 de Fevereiro de 1925, nº 11, p.3.

Outra informante relata-nos a seguinte situação: *“matou-se uma rapariguinha que era além daquele lado⁶³, que eu nem sei o nome da terra. Andou a guardar cabras. Veio para aí de pequenina, para casa de uma senhora e matou-se num poço.*

FH – Não caiu?

Informante - A gente julga que não. Que ela deixou ali o fatinho dela. Ela devia ter uns dez anos. Era novinha.

FH - Porque teria feito isso?

Informante - Por não estar com a mãe. A gente via mesmo que ela tinha saudades da mãe. Porque a gente nem lhe podia falar na mãe. Mas ela falava muito na mãe.

- E deixa lá que a tua mãe logo te vem ver.

A gente animava a miúda.

Naquele dia foi com as cabras para além para uma tapadita, além para longe e apareceu lá a miúda afogada.

FH – A família onde trabalhava tratava-a bem?

Informante - Tratava. Não a tratava mal. Tratavam-na como eu fui tratada. Era um bocado de pão. Nunca comíamos com eles à mesa. Nunca comíamos do que eles comiam. E a miúda talvez fosse isso. A mãe não lhe podia dar muito mais. Se a mãe a pudesse tratar bem não a mandava para lá. Foi o mesmo que me aconteceu a mim”.

Os esboços da depressão infantil foram identificados pela primeira vez por Spitz, nos anos 40 do século passado e por Bowlby cerca de 20 anos mais tarde.

Numa criança, face à tipologia e à variedade de sintomas, não é fácil diagnosticar uma depressão. Os sintomas manifestos nem sempre são semelhantes ao quadro depressivo apresentado pelo adulto. É possível que algumas das situações apresentadas nos quadros anteriores (ogado, desmorecimento, desacorçoamento, pasmo, alas do coração caídas e suicídio juvenil) possam corresponder a quadro de depressão infanto-juvenil. Outras vezes podemos estar perante situações de doenças orgânicas, como fome, maus tratos ou outras.

Somos de opinião que a população da área estudada identificava os sintomas depressivos na infância e conhecia os seus malefícios, desenvolvendo por isso rituais destinados a combater aqueles problemas, o que apenas recentemente veio a ser constatado e valorizado cientificamente.

2.2. Medo e estrapasso

Medo, estrapasso e gaguez são entidades que surgem interligadas e frequentemente mescladas, regionalmente. Por uma questão de facilidade de apresentação trataremos, neste

⁶³ Da área do concelho de Proença-a-Nova. O mesmo que dizer «do outro lado da ribeira».

capítulo, as duas primeiras entidades. A gaguez será tratada no capítulo seguinte, relativo às perturbações da linguagem.

2.2.1. Medo

O medo infantil não está autonomizado como entidade clínica. É um sintoma que surge em diversas patologias como, por exemplo, a perturbação de ansiedade de separação e a depressão da infância e da juventude (Coelho *et all.*, 1993).

Na literatura etnográfica encontramos apenas algumas fórmulas para tratamento dos medos infantis.

Na obra *Tradições Populares de Portugal*, Leite de Vasconcelos (s/d:319) cita o Sr. Coelho para definir medo como “a personificação de tudo o que é vago, desconhecido e assustador. Nada há mais terrificante do que o medo, pelo seu próprio carácter indefinido.”

Escreve Leite de Vasconcelos (s/d:236) que “para as crianças perderem o medo faz-se um dos seguintes remédios; leva um frango preto a S. Bartolomeu-do-Mar, ao pé de Esposende⁶⁴; - ou come detrás da porta crista de galo assada (Minho)”. O mesmo autor, em nota de pé-de-página, acrescenta que o uso do galo pode explicar-se porque o seu canto é anunciador da manhã, expulsando o medo das trevas. É a vitória da luz sobre as trevas.

O mesmo Leite de Vasconcelos (1985:234) compila uma prática registada por Bras de Abreu⁶⁵, em 1726, e que consiste num “dente de lobo «engastado em prata, e dando-o aos meninos lactantes para brinco, tira-lhes o medo, que costumão ter”. Aparentemente, este amuleto teria fins mais profiláticos que curativos. Aqui, surge com fins terapêuticos.

Jorge Dias (1993:171) complementa parte da informação transmitida por Leite de Vasconcelos, do seguinte modo: “...há o banho das crianças no dia de S. Bartolomeu na praia das Marinhas de S. Bartolomeu do Mar. Juntam-se na praia centenas de pessoas vindas de longe e as crianças são despedidas na praia e entregues a profissionais – sargaceiros – que lhes vão dar três mergulhos «para os livrar do medo». As pessoas que vão ao banho visitam também a igreja de São Bartolomeu e oferecem ao santo um galo, que de preferência devem ser pretos...”.

Na obra *Contribuições para uma Mitologia Popular Portuguesa e Outros Escritos Etnográficos*, Consiglieri Pedroso (1988:134) regista que “para as crianças perderem o medo, é bom fazê-las dar um beijo numa preta”.

O padre António Fontes (1992: 124) apresenta, de um modo não muito claro, outro ritual (ensalmo e defumadoiro) com o fim de livrar as crianças do medo.

Para curar as crianças do medo e da conseqüente gaguez, na área de Proença-a-Nova, as famílias recorriam a São Bartolomeu, residente em capela própria na vila de Proença-a-Nova (Vilhena, 1995).

⁶⁴ Na sua obra *Etnografia Portuguesa*, vol V, p.23, regista este mesmo ritual no dia da festa do santo (25 de Agosto) e acrescenta que o frango deve ser vivo e deve dar-se três voltas à capela.

⁶⁵ Bras L. D'Abreu, *Portugal Médico*, 1726, p. 584.

Susto, pode ser entendido como a reacção de um indivíduo a uma situação de surgimento brusco e inesperado; é também um sinónimo de medo repentino.

Um susto, sentido por criança ou mesmo por um adulto, pode provocar gaguez, na perspectiva popular. Por sua vez, o susto é utilizado como terapia para as situações de soluço⁶⁶.

Nas monografias locais são escassas as referências ao medo nas crianças. Porque, medo e susto, no vocabulário de raiz popular no Sul da Beira, era, preferencialmente, designado de estrapasso. Inversamente, ao registarmos o estrapasso constatamos que abundam as referências regionais e escasseiam as de cariz nacional.

2.2.2. Estrapasso

Este termo surge unicamente na parte ocidental da área de estudo, nos concelhos de Vila Velha de Ródão, Proença-a-Nova e parte do concelho de Castelo Branco. É sinónimo de medo ou susto (Henriques, 1998). “*Corruptela de «traspasso» ou «traspasse» - aflição, dor cruciante*”, segundo Vilhena (1988:220). É uma situação psicopatológica em que se encontra uma pessoa que foi sujeita a uma causa de medo. Disse-nos uma informante: “*é quando uma criança apanha um susto e fica apanhada por aquele susto*”.

No romance etnográfico a *Flor do Feto Real*, Assunção Vilhena (1988:148) exemplifica o estrapasso do seguinte modo: “*muitas crianças, aterrorizadas com a trovoada, ficaram tão deprimidas que nem podiam comer. As mães, aflitas, correram a casa dos Esteves a mostrá-las à velhota que era a pessoa mais entendida no casal em matéria de saúde. Ti Rita disse sem hesitar:*

- *Âtão nã se vê logo? O qu'os meninos tãem é estrepasso, por causa do medo que tiveram da trovoada. O mê neto Luís está na mesma. É já os curo!*”.

A mesma autora esclarece que uma criança está estrapassada quando “*teve medo de qualquer coisa, como uma trovoada ou ruído intenso, por exemplo, se ficou deprimida ou gaguejava*” (1995:266).

Uma das nossas informantes relatou-nos uma história que ajuda a compreender melhor o estrapasso. “*Um rapazinho andava a guardar umas ovelhas e vinha d'além daquela recta quando a gente vem de Castelo Branco para cá. Aquela recta comprida, antes de chegar à Taberna Seca, antes de chegar à Líria. E vinha aqui para os terrenos da Taberna Seca, que o patrão tinha lá tapadas e assim muitos chãos e o rapazinho (13 a 15 anos) vinha para cá. Acontece que se lembrou de ir olhar para o alquedute, não sei se havia água se não havia, não lhe sei responder. Foi a assomar para o alquedute e viu lá um homem; e o homem estava morto. Ora, quando chegou à Taberna Seca o rapazinho nem falava. Ficou tão assustado. Meteu-se à beira da estrada adiante e as ovelhas atrás dele.*

- *O que tu tens Jorge? O que é que aconteceu? Oh Jorge! Oh Jorge, o que tu tens? Mas o que é que se passou contigo?*

⁶⁶ Ver também Oliveira, s/d e Alves, 2001.

O rapazinho ia para ali quase todos os dias, pois toda a gente o conhecia. Pois o rapazinho nem falava. Tão assustado, tão assustado. Tanto fizeram perguntas que o rapazinho lá disse que fossem além a ver, que num sabia, mas aquele homem devia estar morto.

Lá foram a ver e lá estava o homem morto.

O que é que resolveram? Participaram ao pai. E os pais moravam lá na Líria, perto da estrada do Salgueiro e lá vieram em socorro do cachopinho.

Pois lá lhe indicaram que havia atão uma mulherzinha nos Vilares que curava o estrepasso. O rapazinho ficou assustado. Isto é estrepasso”.

A criança com estrepasso pode apresentar-se assustada, perplexa, triste, não falar, não comer e “enquanto dorme estar sempre a dar saltos”, consequência da situação traumática vivenciada.

Assunção Vilhena (1988) apresenta uma prova de confirmação de diagnóstico do estrepasso, que é simultaneamente parte de um dos rituais da sua cura, na seguinte transcrição: “como algumas crianças não tivessem ficado curadas com este tratamento (o da meada galega), Ti Rita usou outro que lhe pareceu mais eficaz: foi a cura com o púcaro.

Pôs o púcaro de barro ao lume com água, quatro bocadinhos de fermento de pão e cinco espigos de «virzibum». Deixou ferver até «fazer galão». Se a água no púcaro fizesse «toc toc» que é sinal de medo, é porque a criança tinha «estrepasso».

Depois Ti Rita virou o púcaro para dentro dum prato fundo. O púcaro chupou toda a água do prato que também é sinal de medo. Então molhou os dedos nessa água, passou com os dedos molhados pela criança, começando pelos pés e continuando até à cabeça, de um lado, depois do outro, nove vezes, sempre rezando a mesma oração” (Vilhena, 1988:149).

Mas, o tratamento mais comum é a passagem da criança pela meada galega acompanhada de um ensalmo, ou benzedura do estrepasso. A este respeito escreve Assunção V. Fernandes (1990:38) que “quando uma criança teve medo de qualquer coisa, como uma trovoada, por exemplo, se ficou deprimida ou gaguejava, costumavam benzê-la do «estrepasso».

*Se é estrepasso, ê te passo
Se é quebranto, ê te espanto
C'a graça de Deus
E do Divino Espírito Santo;
Se és quebranto, ê te espanto
Se é estrepasso, ê te passo;
Em virtude do santo nome de Jesus*

Repetia-se nove vezes, sempre trocando a ordem dos versos e passando a criança, o mesmo número de vezes, por uma meada de linho galego⁶⁷ com nove fios. A meada aberta metia-se pela cabeça e descia até aos pés.”

⁶⁷ Há dois tipos de linho: o galego e o mourisco. O primeiro é característico de solos magros, o segundo de solos mais ricos.

Pela dificuldade em arranjar linho galego fazem-se actualmente meadas com o linho que se encontra no mercado.

Na freguesia de Montes da Senhora (PN) o terapeuta tem à sua frente a criança a tratar e recita o seguinte ensalmo:

(Nome da pessoa ...)
Se tens quebranto eu te espanto
Se tens estropasso eu te passo
A Virgem Nossa Senhora
Te cubra com o seu divino manto
Em nome do Pai, do Filho e do
*Divino Espírito Santo.*⁶⁸

Enquanto se reza a oração a meada de linho deve entrar pela cabeça e cair aos pés. Finda a oração, o doente e o terapeuta avançam um pequeno passo. Em cada ocasião do dia o ritual é repetido três vezes e cada dia em três ocasiões. O número de dias do tratamento é de três, cinco, sete ou nove, “*sempre pernã*”⁶⁹.

De outra informante obteve-se o seguinte relato: “*eu também tenho uma meada. Mas a minha nora não acredita nada nisto e eu tive que passar a menina sem ela saber. Ela tinha muito medo.*

- *Oh Ana passa a menina pela meada.*

- *O que é isso?*

- *É uma meada, não faz mal. É uma meada de linha. Passa-se a menina e ela perde o medo.*

- *Eu não quero cá nada disso. Não quero cá nada disso.*

E como o Jorge vinha por cá com ela à noite e eu fui e passei-a aquelas vezes, à noite, sem ela saber e a menina perdeu o medo.

A menina agora não tem medo nenhum, mas Deus nos livre que ela soubesse, dizia logo que era bruxaria”.

Constatámos transformações recentes no ritual. A primeira, é o uso de fios de linho na meada de modo diferente do preconizado tradicionalmente. A segunda alteração relaciona-se com a

⁶⁸ Em Pergulho (PN) foi recolhida uma outra versão do ensalmo:

Deus te passe
Deste estropasso
Senhora do maço.

Em Rabacinas (PN) foi recolhida, há muitos anos, a seguinte versão do ensalmo:

Se é quebranto eu te espanto
Se é estropasso eu te passo
Com o resbó que tenho aqui
Espírito mau, vai-te daqui
Cristo é o vencedor
Das intrigas da Judeia,
Da geração de David
Aleluia, aleluia, aleluia.

⁶⁹ Ímpar.

duração do tratamento. Actualmente, devido à localização da residência dos doentes, há terapeutas que executam o conjunto dos rituais prescritos para três ou cinco dias numa única ocasião.

2.3. Perturbações da linguagem

A linguagem é um sistema simbólico usado como veículo de comunicação, por excelência, entre indivíduos que usam o mesmo código linguístico. Através dela o homem comunica as suas ideias e sentimentos, configurando um fenómeno de carácter social. A existência de uma linguagem simbólica é uma característica que diferencia os humanos de outros seres vivos.

Para falar o homem necessita de ouvir, de repetir sons e palavras, de ouvir-se e de viver num ambiente estimulante que o motive a comunicar.

Numa criança a perda, ainda que leve, da audição pode provocar um atraso significativo no desenvolvimento da linguagem.

A entrada da criança no mundo da linguagem, tal como o baptismo, é um rito de nascimento / integração do sujeito no grupo social a que pertence. Com a fala diminui também a vulnerabilidade da criança à acção dos agentes maléficos. Como escreve Teresa Joaquim (1983:197) *“só depois da aquisição da fala, da socialização completa da criança, ela deixa de estar em perigo, como se o seu corpo, ao inserir-se pela palavra nas redes sociais, se libertasse enfim da utilização que dele possa ser feita contra ele próprio”*.

Neste subcapítulo trataremos principalmente de duas grandes preocupações dos pais e família. A primeira, é inerente a um conjunto de situações em que a criança apresenta um atraso na linguagem, relativamente ao comum. A segunda, diz respeito à qualidade dessa mesma linguagem. Assim, e por uma questão de facilidade de apresentação subdividimos tal abordagem nos quatro seguintes temas: *“crianças mudas”*; atraso na linguagem; gaguez / qualidade da fala e freio na língua.

2.3.1. “Crianças mudas”

A criança muda é uma criança que não fala. A fala diz apenas respeito aos aspectos mecânicos da produção de sons. Para falar qualquer sujeito necessita de ouvir, imitar os outros a falar e fazer-se ouvir.

Esta situação, ao nível da DSM IV, pode ser enquadrada em vários quadros clínicos.

Este problema não nos pareceu preocupar a população abordada, pelo menos não foi focado nos contactos directos nem vertido para as entrevistas. O problema é destacado, essencialmente, na bibliografia etnográfica de carácter nacional.

O problema das crianças mudas surge, quase sempre, associado a crianças com atraso da fala sendo, algumas vezes, difícil distinguir as duas situações, principalmente ao nível das terapias.

Observamos aqui e noutras patologias que o cumprimento restrito da prática socialmente aceite é imprescindível para não contrair o problema. O seu cumprimento é a melhor acção profiláctica. Por tal facto é difícil, frequentemente, separar os campos da profilaxia e da etiologia.

Assim, na perspectiva popular, uma mulher grávida não deve ser madrinha de uma criança “porque esta sai com certeza muda ou idiota” (Pedroso, 1988:202) ou ficará muda se beijar um espelho antes de falar (Coelho, 1993 e Vasconcelos, s/d e 1982). Leite de Vasconcelos (1982:70 - 71) inventaria ainda outras práticas como esta: “a mãe não deve beber com o filho ao peito, sob pena de lhe ficar mudo (Maia)... Duas crianças, que ainda não falam, não se devem beijar nem chegar ao pé de um animal a tomar-lhe o bafo: se isso acontecer, perdem a fala (Guimarães).

Cortar o cabelo (Óbidos), antes de falar, é torná-la muda... Não se deve usar de tesoura ao cortar as primeiras unhas, porque a criança fica sem fala ou gaga”.

O mesmo autor na obra *Tradições Populares de Portugal* (s/d:235) refere que “se antes de as crianças falarem, estas se mirarem num espelho ou se alguém lhes cortar o cabelo, ficam sem fala (Minho)”. Esta última crença é ainda mencionada em *Filhos de Adão e Filhas de Eva* de João Pina-Cabral (1989:140). Alberto Braga Guimarães (1924:42) inventaria uma outra prática que poderia provocar a mudez. Refere aquele autor que, “não se deve dar de comer nozes a uma criança antes de ela poder dizer nós. Ficaria muda”.

Regionalmente, Jaime Lopes Dias (1944:179) regista que “fica muda ou tartamuda a criança que ainda não fale e a quem se cortem as unhas ou o cabelo (Ladoeiro e Idanha-a-Nova)”. A mesma crença é assinalada por Horácio Jorge (1996) em Tinalhas (CB).

Relativamente ao tratamento da mudez na criança, Consiglieri Pedroso (1988:138) escreve que “quando uma criança já é crescida e não fala, deve a madrinha metê-la dentro de um saco e pondo-a às costas, ir pela vizinhança a pedir, dizendo o seguinte:

*Dai uma esmolinha à menina do fole
Que quer falar e não pode.*

Deve a madrinha ir com este peditório a três casas e três dias a fio e a criança deve comer tudo o que lhe derem”⁷⁰.

Leite de Vasconcelos (1982:71) escreve que “quando uma criança tem dificuldade em falar, metê-se dentro de um fole e a madrinha passa-a nos braços por uma casa que tenha duas portas, entrando por uma e saindo por outra sete vezes dizendo:

*Menino, que vai dentro do fole,
Que quer falar e não pode.*

Em Cinfães, são os padrinhos que a levam e pedem esmola, dizendo:

*Para o menino do fole,
Que quer falar e não pode.*

⁷⁰ Em Briteiros, o mesmo autor (Pedroso, 1988:264), regista um tratamento semelhante: “para curar os tatibitibes (as crianças que são tartamudas) ou que não falam tendo já para isso idade, procede-se da seguinte forma: a mãe, ou na falta dela, a madrinha, mete a criança num fole com a cabeça de fora e há-de ir a pedir esmola em três casas da freguesia. Entretanto em uma casa não deve sair pela mesma porta. A esmola que recebe (que deve ser sempre coisa de comer) há-de ser comida pela criança e o resto por quem leva a criança. Em algumas partes, a esmola deve ser comida à beira de uma fonte”.

Em outros lugares, leva-a a madrinha dentro de um saco a três casas da vizinhança, três dias a fio, pedindo:

*Dai uma esmolinha
À menina do fole,
Que quer falar e não pode”.*

Em Braga, “para dar fala a uma criança faz-se o seguinte: a criança deve segurar um cartucho de confeitos na mão. A pessoa que a leva há-de passar por baixo do andor do santo e dizer três vezes (tantas quantas passa por baixo do andor):

*S. Luis Rei de França
Dai fala a esta criança
Que ela quer falar e cansa” (Pedroso, 1988:138)⁷¹ .*

Em Arnóia (S), área contígua à área de estudo, Jaime Lopes Dias (1948:256) regista um ritual para o tratamento da mudez. Escreve então que “para dar fala às crianças que se desconfia sejam mudas, metem-nas dentro de um fole deixando-lhes apenas a cabeça de fora e vão com elas pelas portas a pedir esmola dizendo:

*Dai esmola ao menino do fole
que quer falar e não pode”.*

O fole é aqui entendido como odre. O odre é a pele de um animal, geralmente de cabra, utilizado para o transporte de vinho ou azeite. Popularmente, pode designar também o âmnio que é a membrana que protege o embrião no interior do útero durante a gravidez.

O facto da criança estar metida no odre significa, simbolicamente, que ainda não nasceu, que ainda se mantém no interior do âmnio. Logo é necessário retirar a criança do fole para que possa nascer de novo, agora socialmente. Isto é, que comece a falar. Como escreve Teresa Joaquim (1983:217) “a entrada no mundo da linguagem falada e o baptismo funcionam como ritos de nascimento social para a criança, dos quais são responsáveis os padrinhos – esta prática significa o nascimento da criança pela palavra que é o instrumento da socialização, assim um rito de passagem que se opera pela aquisição da palavra”. Este segundo nascimento dá-se, frequentemente, por intermédio da madrinha – mãe social.

2.3.2. Atraso na linguagem

Atraso na linguagem, segundo a população estudada, é uma entidade de carácter geral onde se enquadram situações várias com o atraso na fala. Isto é, a criança ao nível da fala, e tendo em conta a sua idade, apresenta um défice no desenvolvimento da linguagem relativamente às suas congéneres. Excluimos desta área do trabalho «as dificuldades em falar» referidas por autores como Leite de Vasconcelos (1982). Entendemos que as dificuldades referidas são sinónimo de mudez, até porque as práticas terapêuticas apresentadas são semelhantes às anunciadas pelo mesmo autor num outro trabalho seu (Vasconcelos, s/d).

⁷¹ Estes rituais de tratamento são também referenciados por Leite de Vasconcelos (s/d:238).

Esta situação, ao nível da DSM-IV, agrupa-se na secção perturbações da comunicação e a maioria dos casos ainda pode ser enquadrada na perturbação da linguagem expressiva. A principal característica desta perturbação, segundo a DSM-IV, “*é um défice no desenvolvimento da linguagem expressiva, demonstrada pelas pontuações obtidas a partir das avaliações do desenvolvimento da linguagem expressiva, normalizadas e aplicadas individualmente, que são substancialmente inferiores aos resultados obtidos nas avaliações normalizadas, tanto da capacidade intelectual não verbal como do desenvolvimento da linguagem receptiva*”.

A perturbação da linguagem expressiva pode ser de tipo adquirido ou evolutivo. No primeiro caso, como o nome indica, a incapacidade surge após um período de desenvolvimento normal e é fruto de patologia orgânica. No tipo evolutivo há um défice na linguagem expressiva, sem patologia neurológica conhecida. Neste caso, a criança começa a falar mais tarde e progride mais lentamente que o habitual.

Esta última perturbação é mais comum nos rapazes que nas raparigas e atinge 3% a 5% das crianças⁷². É geralmente reconhecida por volta dos três anos e parece haver uma correlação familiar nesta perturbação. Em termos de prognóstico cerca de 50% das crianças conseguem superar o problema e outros tantos persistem com ele.

No desenvolvimento da linguagem podem ser identificadas duas fases: a pré-linguística e a linguística. A primeira, vai até aos 11-12 meses e a criança apenas vocaliza fonemas. Na segunda, a criança já tem a capacidade de emitir palavras compreensíveis e é o início de uma fase de escalada progressiva em termos da linguagem (Nogueira *et al.*, 2000).

Em termos gerais, a criança ao fim de um ano começa a dizer as primeiras pequenas palavras, como mamã, papá, etc. Ao ano e meio o seu léxico pode rondar cerca de 30 a 40 palavras e inicia a junção de duas delas. Aos dois anos já ampliou o vocabulário para cerca de 150 palavras e usa expressões de duas ou três palavras. Aos três anos faz uso de verbos auxiliares, plurais, preposições, artigos, etc.. Aos quatro anos constrói frases correctas, usa a negação, relata situações, fala do passado e do futuro, em suma há uma complexificação do processo linguístico (Nogueira *et al.*, 2000).

Segundo Susana Nogueira (Nogueira *et al.*, 2000:8) no atraso da linguagem a sua progressão “*processa-se na sequência certa mas a um ritmo menor, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior*”.

O grupo de autores que vimos referindo aponta vários factores etiológicos subjacentes ao atraso da linguagem. São eles: ambiental; atraso isolado da linguagem expressiva – “*constitucional*”; défice cognitivo; défice auditivo; autismo; alterações específicas da linguagem e outras situações. Vejamos alguns dos factores que mais nos podem interessar.

Ambiental – é pouco valorizado pelos autores em virtude do baixo impacto que possui, ainda que se associe, aprioristicamente, a factores de risco social e emocional e atraso na linguagem nem sempre correspondente à verdade. Escrevem os autores que “*exceptuando condições extremas de vida, existe uma notável resiliência no desenvolvimento da linguagem e a falta de estimulação,*

⁷² Segundo Nogueira *et al.*, 2000 as perturbações de linguagem são as mais comuns no desenvolvimento infantil e atingem 3 a 15% das crianças.

raramente ou nunca é causa de atraso de linguagem... a «preguiça», ordem de nascimento, gemelaridade e «freio na língua» não causam atraso na linguagem” (Nogueira et al., 2000:9).

Atraso isolado da linguagem expressiva – “constitucional” – é verificável em cerca de 10 a 15 % das crianças um “atraso inicial da linguagem expressiva de causa não demonstrável, associado a uma compreensão, pragmática e desenvolvimento não verbal normais” (Nogueira et al., 2000:9).

Défice cognitivo – é a causa de mais de 50% dos atrasos de linguagem.

Défice auditivo – possui uma baixa incidência, de 0,1 a 0,3 %, ainda que seja a primeira hipótese diagnóstica a ser colocada em situação de atraso de linguagem. Uma criança de inteligência normal e com deficiência auditiva severa fará as aquisições adequadas ao seu desenvolvimento até cerca dos 6 a 9 meses de idade. “Nessa altura começam a notar-se alterações do galreio com perda de qualidade vocal, consoantes que desaparecem ou não chegam a surgir, modificação da sonoridade das vogais até que, eventualmente apenas sons primitivos e guturais acabam por persistir. Esta deterioração na vocalização constitui o indicador mais significativo da suspeita de surdez”(Nogueira et al., 2000:10).

Numa das práticas etnográficas registadas, Consiglieri Pedroso (1988:131) refere que “não deve consentir-se que duas crianças pequenas, que ainda não falam se beijem, porque não fala uma sem a outra”. No mesmo sentido se pronuncia Leite de Vasconcelos (s/d:234). Para as crianças «tardinhas no falar» Consiglieri Pedroso (1988) regista ainda as seguintes práticas: “não é bom pôr uma criança pequena defronte de um espelho, porque lhe retarda a fala” (p.156); “quando há uma criança que é tardinha a falar, vai a mãe a nove casas pedir esmolos (de comer) e tudo quanto lhe derem há-de a criança comê-lo para lhe vir a fala” (p. 261) e “para uma criança que é tardinha, falar depressa, mete-se-lhe um peixe vivo na boca” (p.268).

No Sul da Beira as “crianças de peito não se devem levar ao espelho porque só tarde falarão”, (Dias, 1944:180). Crença que foi também registada por Joaquim de Matos (1983) em Juncal do Campo (CB), por Horácio Jorge (1996) em Tinalhas (CB), por Rafael Agostinho (1982) em Salgueiro do Campo (CB) e pela quase generalidade dos nossos informantes, o que denota uma distribuição geográfica por toda a área deste trabalho.

Simbólica e socialmente a criança apenas se completa após a aquisição da fala. “Ao mostrar-lhe o espelho antes de falar, é dar-lhe uma imagem do seu corpo acabada antes dela o estar... provocando assim um corte no seu crescimento pela antecipação dessa imagem acabada”, como escreve Teresa Joaquim (1983:214). Esta interpretação pode ajudar a compreender os interditos relativos ao espelho⁷³ já que do seu não cumprimento resulta a mudez e, conseqüentemente, a não integração da criança no grupo social.

Em Idanha-a-Nova e Alcains (CB) “as unhas das crianças devem ser cortadas, a primeira vez, por suas madrinhas, para que não fiquem tartamudas e não lhes demore a fala” (Dias, 1944:180). Em Salgueiro do Campo (CB), Rafael Agostinho (1982:149) regista prática idêntica: “as unhas das crianças devem ser cortadas a primeira vez por suas madrinhas para que não lhe tarde a fala”. Esta última crença foi também ouvida em Montes da Senhora (PN). Na Bairrada, também no concelho de Proença-a-Nova, para que as crianças não tenham atraso na fala as

⁷³ Vários autores registam outras crenças relativas ao espelho (Pedroso, 1988; Vasconcelos, s/d e 1985; Alves, 2001).

suas unhas⁷⁴ devem ser cortadas, a primeira vez ou até que a criança não fale, com os dentes da própria mãe ou da madrinha, não com uma tesoura.

Como já escrevemos a criança apenas se completa após a aquisição da fala. Antes desta fase a criança ainda não efectivou, social e simbolicamente, o corte entre ela e a progenitora, ou a madrinha que é a mãe social. O corte das unhas da criança, usando qualquer instrumento, significaria concluir o que ainda está incompleto e assim sendo a criança jamais adquiriria a fala (Joaquim, 1983). Seria terminar um processo. Para prevenir este problema as unhas são roídas pela sua mãe porque ela e a progenitora ainda vivem um estado de simbiose, são ainda um todo uno. Em Sarnadas de Ródão (VVR) devem ser cortadas por outra criança da mesma idade. Com o mesmo propósito não se devia cortar o cabelo às crianças enquanto não começassem a falar.

Quando do primeiro corte de cabelo a uma criança deve dizer-se: “*Santa Clara te dê fala*”, (Vasconcelos, 1985:51).

Em áreas do concelho de Proença-a-Nova e de Idanha-a-Nova, o susto, que como já tratámos está essencialmente associado à origem da gaguez da criança, é também apontado como causa do atraso na aquisição da linguagem.

O freio da língua curto é também mencionado como o causador do atraso na aquisição da linguagem pela criança. Assim, quando “*a língua vinha muito presa, para as curar iam ao ti Félix, soldador de Monforte (CB)*”. Em Alameda (CB) dizia-nos uma das nossas informantes que “*em algumas pessoas era preciso cortarem o freio que tinham debaixo da língua para falarem bem ou por mor de começarem a falar*”⁷⁵.

Assunção Vilhena (1995:408) escreve que “*no Vale da Ursa há uma capela particular, cujo orago é São Luis⁷⁶, rei de França, protector das crianças que têm problemas da fala. A sua festa é a 25 de Agosto*”. A população da área envolvente recorria e continua a recorrer a esta imagem sagrada⁷⁷ com a finalidade de obtenção de graças para pessoas, essencialmente crianças, que apresentam problemas da linguagem.

O atraso na linguagem era e é o problema mais recorrente. Entretanto, podem surgir pedidos de ajuda para o tratamento da gaguez ou de afasias pós acidente vascular cerebral.

A promessa consistia na oferta de um “*galinho branco*” ao santo, que seria vendido em leilão, ou dinheiro.

Relata-nos um dos nossos informantes que “*em 1993, quando eu era tesoureiro da festa, um senhor ali dos lados da serra veio com uma criança de sete ou oito anos que não dizia nada e ele prometeu um galo branco a São Luis. Pouco depois a criança começou a falar e ele veio*

⁷⁴ Segundo Teresa Joaquim (1983:213, citando Nicole Belmont) “*as exsudações do corpo humano são universalmente objecto de um tabu intenso – em particular as fezes, a urina, o esperma, o sangue menstrual, os pedaços de cabelo e unhas, a sujidade do corpo, a saliva, o leite materno (objectos parciais) ... têm poder: no mundo inteiro, são justamente estas substâncias que são ingredientes primordiais dos remédios mágicos*”.

⁷⁵ Susana Nogueira *et al.* (2000) defendem que o freio da língua curto não é elemento etiológico do atraso da fala.

⁷⁶ São Luis nasceu em França em 25 de Abril de 1215 e morreu a 25 de Agosto de 1270. Foi rei de 1226 até à sua morte, sob a designação de Luis IX.

⁷⁷ A invocação a São Luis surge também para o tratamento de crianças mudas, como vimos (Pedroso, 1988:138 e Vasconcelos, s/d:238).

cumprir a promessa. No dia da festa trouxe o galo e ele foi a leilão. Rendeu muito dinheiro e o senhor disse mesmo que estava disposto a ir nem que fosse até 100 contos”.

Como vimos, não foram muitas as fórmulas registadas no sentido do tratamento do atraso da linguagem. Cremos, que era mais importante o cumprimento dos tabus no sentido de prevenir o problema. Isto não invalidava que se estimulasse a criança. Mas como nos dizia uma professora rural *“os pais não puxavam⁷⁸ por eles dizerem esta ou aquela palavra. Nada. Os pais nem estavam em casa. Andavam só nos trabalhos”.*

Associado a este problema existe um escasso número de crenças visando acelerar o aparecimento da fala. Desconhecemos o verdadeiro motivo desta intenção de acelerar o aparecimento da fala. Ou é desejo da mãe no sentido da prematuridade do seu filho ou estamos perante uma situação de atraso da fala já instalado.

Para isso, Leite de Vasconcelos (1985:8) regista que deve dar-se a comer à criança *“pão virgem: o da primeira vez que alguém amassa”*, ou *“para uma criança falar depressa deve comer primeiro um ovo de galinha”* Leite de Vasconcelos (1982:71). Na região, e com o mesmo fim, apenas Rafael Agostinho (1982:154) escreve que *“clara de ovo apressa a fala das crianças”.*

2.3.3. Gaguez

A gaguez, segundo a DSM-IV, faz parte das perturbações de comunicação e consiste na *“perturbação na fluência normal e organização temporal da fala (inadequadas para a idade do sujeito)”*. É caracterizada por um ou mais fenómenos, entre os que se indicam seguidamente: repetição ou prolongamentos de sons, sílabas ou palavras monossilábicas; presença de interjeições; palavras fragmentadas; bloqueio ao tentar pronunciar uma palavra e circunlóquios.

Podemos encontrar três formas de gaguez: a clónica, a tónica e a mista (tónico-clónica).

A primeira forma consiste na repetição de uma sílaba de forma involuntária e convulsiva, frequentemente a primeira sílaba da primeira palavra da frase.

A forma tónica é o bloqueio e a incapacidade de emitir certas palavras. Isto é, em determinada palavra de uma frase o indivíduo sofre um bloqueio e, quando o espasmo cede, a palavra é dita de modo explosivo. Paula Cristina Correia e Maria Lima (1996), no estudo de uma população de 40 crianças gagas, dos 3 aos 17 anos, verificaram que 82.5% dos casos (33 no estudo considerado) corresponde a gaguez de forma clónica.

Na gaguez de tipo misto estão presentes ambas as formas, mas uma delas é predominante.

A gaguez foi o oitavo motivo de consulta entre os anos de 1985 e 1987 na Consulta de Saúde Mental Infantil do Centro de Saúde Mental de Castelo Branco (Aida Wadhoomall *et al.*, 1987).

A população da área em estudo não convencionou qualquer tipologia para esta perturbação nem usa a anterior, como é natural. Na melhor das hipóteses há uma alusão à intensidade da gaguez. *“É mesmo muito gago”* ou *“às vezes gagueja um bocadinho”.*

⁷⁸ Puxar significa estimular.

O início deste problema ocorre, predominantemente, entre os dois e os quatro anos de idade e, na maioria dos casos (75%), acaba por desaparecer espontaneamente. No trabalho de Paula Cristina Correia e Maria Lima (1996) é mencionado o início da gaguez aos três anos, estando presente em 23 casos (57.5%). Esta idade corresponde também ao início da linguagem organizada. O início do sinal é geralmente insidioso e sem que a criança tenha consciência da perturbação.

A prevalência da gaguez é de cerca de 2 a 4 % (Popper, 1992) diminuindo gradualmente até atingir o valor de 1% cerca dos 10 anos e 0,8% na adolescência e fase adulta. Há predominância dos indivíduos do sexo masculino sobre o feminino na proporção de três para um, respectivamente.

No estudo já citado de Correia e Lima (1996) verificou-se que a faixa etária mais representada é a dos 6 aos 10 anos (22 casos, 21 do sexo masculino e 1 do sexo feminino). A idade de 4 a 5 anos foi a mais apontada, pela população do Sul da Beira, como a mais frequente para a existência do problema em causa.

Em elevada percentagem, a gaguez surge associada a outras perturbações da linguagem e a perturbações de lateralidade.

São desconhecidas as etiologias da gaguez. Aceitam-se hoje factores genéticos, neurológicos, comportamentais e psicodinâmicos.

No trabalho de Paula Cristina Correia e Maria Lima (1996) foi constatado que 23 crianças da amostra (57.5%) possuem história familiar de gaguez (pais, tios, avós e irmãos).

São conhecidos vários tratamentos para a gaguez. Tal multiplicidade pode ser sinónimo da reduzida eficácia dos vários tratamentos.

No Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, S. Sequeira (1842) refere várias técnicas cirúrgicas para o seu tratamento, hoje fora de uso.

O tratamento medicamentoso aparece associado, quase sempre, a tratamentos de reeducação ortofónica. Empregam-se ansiolíticos para reduzir a ansiedade. Há autores que defendem que *“drogas ansiolíticas são de pouco valor”* (Popper, 1992:512) e propõem, em alguns casos, o uso de neurolépticos.

O treino com metrónomo⁷⁹ permite ao gago uma nova aprendizagem da fluência rítmica da linguagem de modo a fazer coincidir os sons emitidos com o ritmo cadenciado do aparelho.

Treino e uso de máscaras de voz impede que o gago ouça a sua própria voz. Neste caso é cortado o mecanismo de feed-back que ajuda a manter a ansiedade (geocities.Com/Athens/Crete/8225/lenguaje.htm).

O relaxamento, a utilização de psicoterapias, o tratamento dos sintomas resultantes da ansiedade de antecipação são, actualmente, as técnicas mais comumente empregues no tratamento da gaguez.

⁷⁹ Aparelho electrónico.

Na versão popular, a gaguez é etiológicamente explicada, na quase generalidade dos casos, por um susto que a criança apanhou (Vasconcelos, 1982). O estudo de Paula Cristina Correia e Maria Lima (1996) informa que os pais de seis crianças (15%) referiram o susto e três (7,5%) o início da escolaridade como factores precipitantes da gaguez dos seus filhos.

A literatura etnográfica regional aponta também o susto como factor desencadeante da gaguez (Agostinho, 1982 e Matos, 1983). Este facto pode ter mesmo origem na vida intra-uterina, como regista Conceição Ferreira (1997:21) sobre a realidade de Penha Garcia (IN). Escreve a autora que *“se havia ruídos externos acentuados, as grávidas fugiam deles (como foguetes, por exemplo), porque poderiam fazer mal à criança, assustando-a, havendo a possibilidade de causar gaguez”*.

Em Tinalhas (CB), Horácio Jorge (1996:320) documenta outras etiologias para a gaguez. Escreve o autor que *“não se deve cortar o cabelo a uma criança que ainda não fale, para não ficar muda ou gaga. Igual risco correm os bebés a quem alguém, desde que não seja a madrinha, corte as unhas pela primeira vez, servindo-se dos dentes”*⁸⁰. Práticas semelhantes regista Jaime Lopes Dias em Idanha-a-Nova, Alcains (CB) e Ladoeiro (IN) no que concerne ao atraso na fala e à mudez (Dias, 1944: 180 - 181).

As consequências de um susto, como elemento etiológico da gaguez, continuam preponderantes junto dos nossos informantes. Dizia-nos uma informante *“era dos sustos que a gente lhes metia (às crianças). Que a gente antigamente metia «não vai para aquele poço que está lá uma velha que te puxa para lá». A gente temia aquilo. Não é? Ou «não vais além para a estrada passam automóveis estrangeiros e levam os meninos para lhes tirar o sangue para lá para os tuberculosos. Era estas coisas. Metiam medo assim à gente. E qualquer susto que a gente apanhava ficava gaga”*.

Constatámos também que a interacção com animais era o motivo frequente do susto que motiva a gaguez. Vejamos alguns exemplos: *“a minha irmã quando tinha 4 ou 5 anos andava na rua a brincar e uma pessoa vem do campo com um boi, vinha de lavar, e o boi quando vê a criança atira-se a ela”*; *“...ficou gago por causa de um cão que o arranhou em criança”*; ou, *“conheço aí um caso em que as crianças foram aos ninhos depois apanharam uma cobra e enrolaram-na ao pescoço de um. Depois ele ficou com o pescoço de lado e um bocado gago”*.

Alguns acrescentam ao elemento anterior que *“eram coisas já da barriga da mãe”* ou *“uns já nasciam gagos”*, ou ainda *“pode vir de uma herança de família”*. Para a situação de gaguez nem as mulheres de virtude acrescentaram o elemento sobrenatural que lhes é tão peculiar.

Na área do concelho de Proença-a-Nova, e áreas vizinhas, surge a entidade estrapasso / susto como elemento etiológico da gaguez.

É frequente recomendarem às crianças mais velhas que não assustem as mais novas para que não fiquem gagas. No estudo de Paula Cristina e Maria Lima (1996) foi verificado que 37.5% (15 casos) das crianças com gaguez são as mais velhas dos irmãos e 25% (10 casos) são filhos únicos.

⁸⁰ Em Juncal do Campo, Joaquim de Matos (1983:124) escreve que *“as unhas das crianças devem ser cortadas, a primeira vez, pelas suas madrinhas”*. Não há registo de sequelas para quem não cumpra o preceito.

Já tivemos oportunidade de escrever que a gaguez pode ser devida ao estrapasso, entidade que tratámos no subcapítulo anterior. Assim sendo, é preconizado o tratamento anteriormente referido.

Para o tratamento da gaguez, Leite de Vasconcelos (1982:22) escreve que deve meter-se a criança “num saco, com a cabeça de fora, e andam com ela pelas portas, dizendo:

*Quem dá esmola ao menino do fole
Que quer falar e não pode?*

Só vão a casas de duas entradas, porque têm de entrar por uma porta e sair por outra”. O etnólogo Consiglieri Pedroso (1988:251) regista que “quando uma criança chega a uma certa idade e não pode falar ou é gaga, é bom dar-se-lhe a beber água por um chocalho”.

Em Montes da Senhora e Rabacinas (PN) [Francisco Henriques (1990:66)], foram inventariadas as seguintes práticas: “*prometiam um galo branco a S. Gens da Moita*”; “*prometiam um galo branco ao Santo André de Santo André das Tojeiras (CB)*”; “*prometiam um ramo de cravos brancos à Senhora das Preces, Benquerenças (CB)*” ou “*faziam passar a criança pela meada galega. A meada galega era uma meada obtida a partir de linho galego*”.

Como o problema da gaguez anda associado ao do medo era frequente recorrerem a São Bartolomeu, venerado numa capela em Proença-a-Nova, para curar as crianças que tiveram medo e, conseqüentemente, ficaram a gaguejar. Pelo mesmo motivo benziam a criança do estrapasso (Vilhena, 1995).

Um número significativo de informantes desconhecia qualquer prática para tratar a gaguez.

No subcapítulo anterior registámos um ritual inerente à cura do medo e do estrapasso. Neste, registamos um ritual semelhante com a função de curar as crianças do estrapasso e da conseqüente gaguez, recolhido em Versadas (CB). Com pequenas variantes, e com o mesmo fim, é usado nos concelhos de Vila Velha de Ródão, Castelo Branco e Proença-a-Nova.

O ritual consiste em fazer passar a criança gaga pela meada galega. A meada era constituída por sete fios de linho galego, não curtido (linho que não é posto no forno, nem a corar, isto é, linho que apenas é fiado). Ao longo do perímetro da meada são fixados (atados) cinco raminhos de resbom⁸¹. A criança era colocada em pé e a meada devia entrar-lhe pela cabeça e cair-lhe aos pés. Uma rapariga, de nome Maria, pegava na criança, sob os braços, e retirava-a do círculo feito pela meada que entretanto caíra aos seus pés.

A meada galega devia ser passada durante nove dias, três vezes por dia e em cada ocasião do dia também três vezes.

⁸¹ *Verbena officinalis L.*, conhecida popularmente por gervão, urgebão, erva-sagrada e borragem. A identificação e a caracterização foram feitas do Prof. Doutor Jorge Paiva, do Instituto Botânico de Coimbra. É provável, segundo Jorge Paiva, que resbom seja uma adulteração de gervão ou urgebão. É uma planta utilizada na culinária, na cosmética, na medicina e na preparação de “filtros de amor”. Possui carácter sagrado em várias culturas. Escreve Lesley Bremnes (1993:98) a este propósito “*verbena era a palavra romana que indicava as plantas usadas para a purificação espiritual e, aliás, os druidas lavavam os seus altares com uma infusão floral desta erva, que também usavam na água purificadora das visões. Para os Anglo-Saxões, a verbena tinha muitos poderes de protecção, e, por isso mesmo era incluída no bálsamo sagrado contra os demónios da doença*”.

O ensalmo recitado pela senhora Felisbela Martins tinha o seguinte conteúdo:

*O Senhor e a Virgem Maria
Mãe Maria Santíssima
Eu rebom tenho aqui
Se é estrapasso aquebrantado
Mal vai-te daí.*

No final a terapeuta benze-se e reza um Padre-nosso e uma Avé-Maria.

A São Domingos (CB), com igreja na aldeia do mesmo nome, faziam-se e continuam a fazer-se promessas e o seu respectivo cumprimento, para casos de crianças com gaguez, atraso da fala e prevenção de ambos os problemas.

Uma das nossas informantes descreveu assim o ritual a São Domingos. *“As promessas que faziam noutros tempos são as que hoje continuam a fazer. Olhe este ano juntaram aqui mais de 50 galos.*

- Todos os galos são brancos? perguntámos.

Também não. Quando é assim pelas crianças fazem mais por ser brancos⁸², mas às vezes há quem ofereça d’outras cores⁸³.

... Aqui para os lados dos Montes da Senhora, Proença, daqueles arredores todos. Até aqui para os lados do Estreito. Aqui vem gente de todo o lado. Têm uma fé com o São Domingos a respeito das crianças gagas ou assim um pouco mais atrasadas (da fala). E prometem a São Domingos, umas vezes podem ser atendidas, ou não serem, segundo também a fé das pessoas. Num é agora só dizer que prometem a São Domingos. São Domingos faz o milagre mas é preciso que a pessoa saiba pedir.

- Os galos são mortos à pedrada?

- Mas isso não é daqui. Aqui juntam ali os galos. Vendem-se as fogaças e depois começam logo a vender os galos. Às vezes até se vendem primeiro, porque são aves. Às vezes já estão do dia anterior sem comer e ali assim com fome e arrematados com umas baraças às patas e às asas e é o que convém despachar mais depressa.

... Este ano um galo chegou a render 9300\$00 porque o compraram e entregaram-no à mesa outra vez.

Acontece que as pessoas das cidades não têm possibilidades de criar galos então vêm à festa, compram-nos e tornam-nos a oferecer. Para cumprir a promessa.

Depois é mais a tradição de oferecer galos brancos, mas também cá os havia amarelos. Há quem só prometa um galo, não distingue a cor. Quando é assim pelas crianças, aquela promessa, aquela devoção é mais tradição de oferecer galos brancos.

⁸² Simbolicamente o branco é sinónimo de pureza, virgindade.

⁸³ No passado os galos brancos não eram fáceis de encontrar. Entretanto, quem os tinha não recusava a troca ou a venda se lhes dissessem que era para o cumprimento de uma promessa.

... Quando a criança estava atrasada na fala também se podia prometer o galo a São Domingos.

- *Eu tenho dois filhos e já tenho dois netos e logo quando foi que tive os filhos e depois tive os netos tiveram mesmo aquela coisa a gente... a gente mesmo sem eles serem gagos ou atrasados (na fala) o menino nascia e dizia-se logo «São Domingos te ajude na fala meu menino. Que tu fales clarinho que havemos de dar um galo a São Domingos. Antes da criança ter dificuldades já a gente ... Depois quando a gente lhe dá (o galo) já os miúdos são capazes do levar. Mete-se o galo numa cestinha, embora a gente leve mas vai o menino agarradinho à cestinha a levar ao santinho”.*

Em Alvaiade, ouvimos um depoimento que complementa o anterior e o contradiz na morte do galo. Vejamos este depoimento. *“As crianças quando ficavam gagas prometiam um galo branco a São Domingos. O meu filho mais velho era gago e prometi um galo branco a São Domingos e sarou. Fomos com aquela fé. Levei o menino num burrinho. Eu até tive muita pena...*

Abalei daqui com o galo. Levei uma rapariga que sabia o caminho. Qu’eu não conhecia p’ra li nada.

- *Com o galo vivo? perguntámos.*

- *Sim com o galo vivo.*

Chegámos lá assistimos à missa e depois no fim os festeiros fizeram uma cova no chão e enterraram o galo vivo com a cabeça de fora.

Eu cheguei lá dei o galo à comissão de festas e depois fizeram ali uma poça e deixaram-no com a cabeça de fora e depois juntavam-se ali umas pedras e cobravam por cada pedra que lhe atiravam, ao galo. O galo fazia assim com a cabeça (ficava com a cabeça de lado) eles iam deitavam água para a cabeça e o galo lá arrebitava. Mas tantas pedras lha tiraram que mataram o galo. Depois desenterraram o galo e levaram-no para comer”⁸⁴.

O autor do livro *Sarzedas e seu Termo* (Oliveira, s/d: 143 - 144) descreve o seguinte episódio relativo à festa de São Domingos. *“Antigamente era costume algumas pessoas darem como «oferta», pela romaria, um galo branco a S. Domingos. As aves, ou a importância a elas respeitante quando vendidas, revertia a favor da confraria. A um dos galos, todavia, destinava-se um fim atroz: era enterrado no adro, ficando só com a cabeça de fora. Seguidamente começava uma bárbara brincadeira: quem queria atirava pedras à cabeça da ave, pagando, no entanto, por cada pedrada, certa quantia (5 réis). O que a matava desenterrava-a e apoderava-se dela”.*

Para o tratamento da gaguez, uma das mulheres de virtude que entrevistámos costuma invocar o médico Sousa Martins, recomendando ao familiar da criança o que lhe fora transmitido durante a invocação.

⁸⁴ Em Rosmaninhal (IN) era costume no dia da festa de São Pedro fazer o jogo do galo que consistia no seguinte, segundo José António Pinheiro (2001:91): *“entre as ofertas recolhidas para custear as despesas da festa apareciam galos, que eram destinados ao referido jogo. Enterravam-se vivos, deixando-lhe apenas a cabeça de fora. De seguida o povo fazia competição, tentando matá-los à pedrada. A distância de arremesso das pedras era marcada pelos festeiros que presidiam ao jogo e que cobravam determinada importância, em dinheiro, por cada pedrada. Quem não acertasse ia para o fim da fila e esperava novamente pela sua vez. O galo era ganho por aquele que o conseguisse matar. Era desenterrado e depois entregue ao vencedor, no meio da algazarra e dos aplausos dos que se juntavam a presenciar o jogo”.*

Jaime Lopes Dias (1948: 251) recolheu duas fórmulas trava-línguas aplicadas a gagos. Escreve o autor que “a quem é gago ou não sabe repetir as frases que publicamos em seguida, dizem: - assim não vais à Senhora da Póvoa! «Achei um ninho de manifagafa com trinta manifagafinhos. Quando a manifagafa vai ao mel ficam os manifagafinhos a funguer.» ou isto: - «este clarinho bem enclarinhado está; o enclarinhador que o enclarinhou o desenclarinhará»”.

2.3.4. Qualidade da fala e freio na língua

Era e é desejo de todas as famílias que seus filhos não sofram de qualquer patologia que interfira com a fala. Socialmente, a qualidade de voz é importante. Lembramos que estamos perante grupos sociais onde a oralidade foi e é preponderante.

Já escrevemos, anteriormente, que a fala diz respeito aos aspectos mecânicos da produção dos sons. A qualidade da fala tem a ver com as suas características de ressonância, articulação, voz, prosódia e fluência / ritmo (Nogueira *et al.*, 2000).

Quando a criança começa a falar nem sempre a qualidade da fala é a melhor. Por vezes esta falta de qualidade pode prolongar-se durante alguns anos, o que provoca ansiedade na criança e nos pais. O etnólogo Leite de Vasconcelos (1982: 72) inventaria um conjunto diversificado de práticas. Assim, “quando um menino começa a falar, diz-se-lhe, para aclarar a fala:

*S. Joãozinho da Praça
Que lhe dê fala e graça.*

... Num outro apontamento referente às freguesias de Santiago de Piães e S. Cristóvão de Nogueira, do mesmo concelho (Cinfães), leio: «para os meninos falarem claro deve dar-se-lhe, quando se lavam, em todo o corpo, água do cú lavado». Nestes últimos lugares e para o mesmo fim também se lhes dá massa crua de pão”.

Adolfo Coelho (1993) regista que para as crianças terem a fala clara devem levar-se a Santa Clara (Porto). Está patente, neste ritual, uma analogia entre o falar claro e Santa Clara.

Regionalmente, as expressões «aclarar a voz» ou «falar claro» designam uma boa qualidade da fala, uma boa dicção.

Em Montes da Senhora, para aclarar a voz às crianças, está indicado darem-lhe a comer massa de bolos ou de filhós.

Em vários lugares do Sul da Beira, e para o mesmo fim, propunham “o corte do freio que tinham debaixo da língua para falarem claro ou por mor de começarem a falar”.

O freio da língua é uma membrana mucosa que prende este órgão à superfície inferior da boca. Quando é muito curto pode limitar os movimentos da língua e conseqüentemente a fala. Esta situação toma a designação médica de anquiloglossia e popularmente de língua presa.

Contrariamente à perspectiva popular, o freio da língua curto não causa atraso da linguagem, como defendem os médicos contactados e Susana Nogueira (2000).

António Fontes e de João Sanches (2000: 60) designam cabresto à membrana mucosa e o tratamento proposto é cortar a “«veia» com a navalha de fazer a barba”. Na obra de Teresa Joaquim (1983) surge a designação de crianças «travadas» e solicitam ao médico que lhes corte um bocado do freio da língua, para o cumprimento, do rito de integração que se faz através do acto de falar.

No concelho de Proença-a-Nova quando as crianças tinham dificuldade em pronunciar as palavras cortavam-lhes o freio da língua.

Em Sarnadas de Ródão (VVR) costumavam cortar a membrana sub-lingual logo após o nascimento⁸⁵. Relata-nos uma das informantes o seguinte: “quando a gente nascia, no meu tempo, a parteira ia logo com o dedo por baixo da língua da pessoa a cortar logo aquilo. Senão quando eram grandes e não falavam bem era um barbeiro que aí estava que era o Adelino Martins da Silva. À minha filha por acaso fizeram-no. A parteira que estava comigo foi, deitou logo as mãos por debaixo da língua e tirou-lhe logo”.

Em São Domingos (CB) foi-nos referida a intervenção de outro barbeiro: “a esse senhor barbeiro (sr. Porquilhas de Sarzedas) lembro-me de levarem lá uma criança, eu julgo que era filho de uma tia minha que vivia no Vale da Sertã. Que o menino não falava bem.

- Mas olha lá tu nunca viste, nunca reparaste na língua.

Num era gago, mas num falava bem e ela então foi lá com ele. Disse-lhe ele:

- Oh rapariga então isto tem que ser cortado. Havia de ter sido logo ao nascer. Mas corta-se. E ele com uma lanceta, com uma coisa qualquer que ele tinha e cortou e o menino a partir daí começou a falar bem”.

A dificuldade de linguagem surge, na Consulta de Desenvolvimento do Hospital Amato Lusitano, como o segundo principal motivo (com 27%) da sua procura (Marques, 1998).

2.4. Perturbações no sono

Num passado ainda recente, entre a população rural da área investigada, a criança pequena dormia no leito dos pais. Esta situação podia manter-se enquanto a mãe amamentasse o filho. Aos quatro, cinco meses podia passar para um pequeno berço instalado no quarto dos pais. Aos três ou quatro anos passava a dormir com os irmãos ou ia para casa de um qualquer familiar, geralmente os avós.

Só os pais dispunham de quarto próprio. Frequentemente, os filhos de ambos os sexos dormiam no mesmo leito, até ao despertar da sexualidade masculina. Com o aumento do número de filhos, a tendência era ficarem uns voltados para a cabeceira e outros para os pés da cama.

⁸⁵ Prática semelhante é assumida pela parteira em França no séc. XVIII – XIX. Escreve André Burguière e colaboradores na *História da Família* (1998:126) que “após esta primeira «toilette», a parteira pode ser levada a «moldar» a cabeça com as mãos, para a tornar mais redonda, e a cortar o freio da criança, passando a unha do dedo mínimo sob a língua”.

Quando crescidos, os filhos do sexo masculino iam dormir para os palheiros. “As casas eram pequenas, não tinham comodidades”⁸⁶. Dormiam sobre a palha e tapavam-se com um cobertor, quando o havia. Refere Francisco Marcelino (2001:21) que na aldeia de Toulões “a malta nova, rapazes, dormiam quatro, cinco amigos e mais nos palheiros enterrados na palha⁸⁷ (não havia camas nem mantas para todos), à luz da velha lanterna de azeite, candeia ou vela. Em casa só dormiam as raparigas, e, na mesma cama dormiam duas e três”.

O sono é uma função essencial na vida humana. A duração do tempo de sono varia com a idade do sujeito. Nas primeiras semanas de vida a criança necessita de cerca 15 a 20 horas de sono, num período de 24 horas. Aos 7 ou 8 meses a necessidade diminui para 10 a 12 horas e por alturas da puberdade o valor passa a 8 horas, aproximadamente.

A DSM – IV integra um capítulo designado transtornos do sono. Em geral, não contempla um capítulo específico para os transtornos do sono da infância. Os problemas inventariados na população em estudo, relativos aos transtornos do sono das crianças, também não são enquadráveis na classificação proposta pela DSM – IV. Mais directamente relacionado com o mundo infantil surge, neste documento, o transtorno de pesadelo, o transtorno de terror nocturno e o transtorno de sonambulismo, todos integrados nos transtornos primários do sono.

Durante o trabalho de campo, estes transtornos nunca nos foram referidos como problemas.

A American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (<http://www.aacap.org/publications/apntstam/fff33.htm>), exemplifica alguns problemas tidos pelas crianças enquanto dormem, tais como: o acordar frequentemente durante a noite; falar enquanto dormem; dificuldade em adormecer; acordar chorando; ter sono durante o dia; ter pesadelos, urinar na cama, ranger ou apertar os dentes e acordar cedo. Defendem também que muitos dos problemas tidos pelas crianças enquanto dormem estão relacionados com hábitos irregulares de dormir ou com ansiedade de ir para a cama e de se manterem a dormir.

As páginas da internet do Dr. Juan Romeu (<http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/trastorn1.htm>) e do Psicólogo infantil (<http://www.psicologoinfantil.com/trassleep.htm>) são aproximadamente coincidentes no que concerne à classificação dos transtornos do sono na criança (transtornos do sono no lactente, recusa a ir para a cama, acordar a meio da noite, pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo, insónia e hipersónia).

Os problemas relacionados com o sono são cerca de 8 a 10% das preocupações colocadas pelos pais aos pediatras (Linscheid, 1992).

Num bebé os ciclos de sono – vigília são substancialmente mais curtos que num adulto. O ritmo circadiano começa apenas a organizar-se por volta do terceiro – quarto mês de vida. Cerca de um ano de idade, a quase generalidade das crianças são capazes de dormir cinco ou mais horas durante a noite, com longos períodos de vigília diurna.

⁸⁶ A médica Berta Nunes (1997) refere fenómeno semelhante em Vales, concelho de Alfândega da Fé. Em Malhadal (PN), M. Assunção Vilhena (1988:43) regista situação idêntica: “Era assim lá no casal: todos os cachopos e mesmo homens solteiros dormiam nos palheiros”.

⁸⁷ Francisco Marcelino (2001:26) e acrescenta “à noite, dormia-se nú ou quase”.

Uma criança, devido ao padrão de sono que a caracteriza, pode acordar frequentemente durante a noite e após um pequeno período de actividade motora, sem choro, retoma o sono. Este padrão é comum durante o primeiro ano de vida que é considerado como de ajuste (Nlinscheid e Rasnake, 1992).

Os médicos referidos defendem que *“o fenómeno de ajuste entretanto, é frequentemente a raiz de muitos problemas de sono com base no comportamento que não são relatados até que a criança seja mais velha. Uma prática comum de pais com filhos recém-nascidos é colocar o bebé para dormir no quarto com eles. Algumas vezes, na verdade, em sua própria cama. O despertar nocturno no qual o bebé se agita apenas levemente é ouvido pelos pais devido à proximidade física e provavelmente é interpretado como a criança necessitando de tranquilização ou amamentação. Se a criança é levantada, alimentada ou embalada durante esses breves períodos de vigília, ela pode, na verdade, tornar-se mais alerta do que fosse deixada para voltar a dormir por si própria. Se a criança está dormindo num outro quarto, os pais podem não ouvir a actividade da criança e ela aprende a voltar a dormir sem interferência parental”* e ainda *“durante o primeiro ano de vida, as preocupações dos pais com relação ao sono geralmente se focalizam no dormir toda a noite”* (Nlinscheid e Rasnake, 1992:307).

Se a prática anterior for continuada a criança desenvolve um padrão de despertar habitual, esperando de cada vez conforto dos pais sob a forma de alimento e de afecto. E, enquanto tal não acontece a criança tem níveis de ansiedade elevada que se podem manifestar através do choro.

O transtorno mais comum, para a população estudada, é o caso do bebé que dorme por períodos de curta duração, acordando com choro difícil de debelar. Este facto afecta, de modo profundo, a vida familiar e é motivo de preocupação para os pais. Outro problema identificado pela população, e não menos temido, é o sono trocado. Esta entidade consiste em dormir durante o dia e permanecer acordado e a chorar durante a noite.

Outros transtornos, clinicamente identificados, não foram verbalizados como problemas pela população devido, provavelmente, à sua baixa prevalência e rápida resolução.

No trabalho de Aida Wadhoomall e equipa (1987), relativo à área de Castelo Branco, verificamos que a perturbação do sono ocupa o nono lugar, numa lista de 10 principais motivos, registados na consulta de saúde mental infantil, com 1,93% (4 casos). No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Pedopsiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, e no que concerne à alteração de sono, foi encontrada a taxa de 0,9%, sobre o total dos 107 motivos inventariados, relativo a 80 crianças (Silva, 1995)⁸⁸. Há crianças que recorrem à consulta por dois ou mais motivos.

Durante um ano (1996-1997) o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Crianças Maria Pia (Porto) identificou os motivos que levaram a criança a recorrer a esta urgência e a perturbação de sono surge em 10º lugar com 4,28% do número de casos (Silva *et al.*, 1997).

Com alguma frequência, as perturbações do sono (como a insónia, por exemplo) são sintomas de depressão na infância e na juventude. No trabalho de Alda Coelho e equipa (1993) verificamos que as perturbações do sono ocupam o sétimo lugar entre os principais sintomas da depressão infanto-juvenil.

⁸⁸ Estudo realizado no período de um ano (Maio de 1992 a Maio de 1993).

Na *Etnografia Portuguesa*, Leite de Vasconcelos (1982:36) refere que quando uma criança tem dificuldade em dormir são as feiticeiras que lhe estão a apertar o corpo. Consiglieri Pedroso (1988:268) regista que “*as crianças não sossegam enquanto estiver ao relento qualquer peça do seu vestuário*”.

Nesta região, a população comum atribui o problema do sono da criança à acção maléfica das bruxas. Diziam-nos as informantes que “*quando a criança não dormia diziam que era acedente*” (Proença-a-Velha - IN); ou “*quando a criança não dormia durante a noite diziam que era bruxas que andavam com ele*” (Rosmaninhal - IN); ou ainda, “*eu cheguei a levar pancada do meu pai. Ai, nom dorme nem deixa dormir. Qu’raio tem a cachopa, parece que anda embruxada. Chorava durante a noite*” (Sarnadas - VVR).

Se o familiar da criança já ouviu a perspectiva de uma mulher de virtude atribui ao transtorno uma outra causa, “*quando a criança dorme mal é um espírito que está na criança*” (Fratel - VVR).

As mulheres de virtude ouvidas são unânimes em reconhecer que quando uma criança não dorme, chora ou grita insistentemente, durante a noite, é porque foi possuída por um espírito. Por este facto há uma enorme correlação entre este subcapítulo e o intitulado *Acção do Sobrenatural sobre a Criança*.

Dizia-nos uma mulher de virtude: “*quando é o espírito a criança está totalmente a dormir e é picada. É picada por aquele espírito. Acorda em despertina e a criança quanto mais estão a animar mais a criança pula. Não obedece àquele carinho que lhe dão. Está agora bem e de um momento para o outro começa a chorar e não tem o sossego que deve ter*”.

Não foi encontrada na bibliografia, nem no material recolhido através das entrevistas, uma etiologia específica para o sono trocado.

No tratamento do transtorno de sono infantil deve peneirar-se “*cinza do lume com a peneira às avessas e deita-se um pouco dela, peneirada, na água do banho que a criança vai tomar; ou leva-se à fonte servindo de rodilha debaixo do cântaro uma camisinha sua, em uso. A informadora acrescenta: uma mulher coou a água em que um menino se banhou e encontrou lá muitos cabelos*” (Leite de Vasconcelos, 1982:36).

Armando Leão (1945:28) propõe que seja a madrinha⁸⁹ do baptismo a pegar “*numa camisinha da criança, põe-na (do avesso) sobre o ombro, colocando-a em cima do cântaro, com que vai à fonte à água; de volta entrando em casa despeja a água, vira-se a camisa do direito e veste-se na criança*”.

Neste caso, a cura consegue-se através da utilização de práticas mágicas, do mesmo teor das que deram origem à insónia, como: roupa do avesso *versus* roupa do lado direito; cântaro cheio *versus* cântaro vazio, água que se recolhe, água que se despeja, etc.

Na área de Fratel (VVR), quando uma criança não dormia levava-se a um soldador que lá vivia. “*Levei lá um dos meus e o soldador disse que era mal que lhe faziam. Mandou então que se*

⁸⁹ Simbolicamente a madrinha é considerada como uma mãe.

*fizesse a seguinte mezinha: queimar vides e a cinza obtida amassá-la com água benta e colocar a massa obtida em cima da barriga da criança. A partir daí já dormia a qualquer hora*⁹⁰.

Frequentemente, o choro no lactente está relacionado com a situação de cólica abdominal. Nesta situação, a eficácia da prática anterior pode estar relacionada com a massagem do abdómen da criança e pela aplicação do produto. A eficácia é superior se a massa assim constituída estiver aquecida. De sublinhar a importância da cinza nestes rituais.

Na Bairrada (PN) as crianças que dormiam mal eram levadas à bruxa cumprindo depois o tratamento proposto.

Produtos com álcool surgem também no tratamento do problema de sono na criança. Por exemplo, Berta Nunes (1997:180) refere que *“há duas ou três décadas atrás até aos bebés se dava «sopas de cavalo cansado» (sopas de vinho), para os alimentar e pôr a dormir”*. Num passado com poucas décadas, as crianças que dormiam mal, nalgumas áreas dos concelhos de Proença-a-Nova e Sertã *“davam-lhes vinho, para as embebedarem”*. Nalgumas ocasiões chegámos a ouvir falar de chuchas de trapo embebidas em aguardente e açúcar para tranquilizar a criança. A atitude dos pais era culturalmente compreensível porque associada ao álcool andava a ideia de pureza e de alimento que fornece força.

Em Alvaiade (VVR) e em S. Domingos (CB), inventariámos uma outra prática, habitualmente mais associada ao tratamento das crianças bravas, para tratar o problema do sono e dos sonos trocados. Uma criança brava é uma criança que chora insistentemente e que não dorme durante a noite. Relata-nos uma mãe, acerca de um dos seus filhos: *“diziam-me que para ele não chorar, para ele dormir, para ele ser bonzinho vai deitá-lo no altar. Eu fui à missa e levei-o. Quando o padre abalou e as pessoas abalaram fui eu deitei-o no altar e ele deixou-se dormir no altar. Olhe, eu toda satisfeita. É este o remédio. E estive, estive à espera que ele acordasse. Pois, deixei-o lá a dormir a ver se ele sarava. Ali estive, ali estive, à espera que ele acordasse. E quando ele acordou atão é que era chorar. Bem rendeu eu estar à espera e ele a dormir em cima do altar”*.

“O meu neto mais velho eu rebolei-o no altar da Senhora dos Remédios em Alfrívada (VVR). E o meu menino tinha apenas um mesinho. Nós aqui não chamamos crianças bravas. Fazemos isto só porque a criança é muito chorona. Traz os sonos trocados, dorme de dia depois de noite não deixa dormir os pais. Fomos lá dia 8 de Setembro, dia da festa. Então eu disse assim:

- Ah atão o menino é tão chorão, tão chorão, vão rebolá-lo aqui no altar da Nossa Senhora a ver se ele se faz mansinho.

- Eu também te rebolei a ti no altar de Santa Rosa (Capela de S. Domingos – Sarzedas). Acrescenta a mãe da informante que estava junto.

Eu pus a criança em cima do altar e pensei «ah mê filho a ver se tu não choras tanto, se te fazes mais mansinho”.

⁹⁰ Regionalmente, a cinza era utilizada como elemento branqueador na barreira. Logicamente, se era capaz de remover sujidade seria também capaz de limpar a criança de algo que a obscurecesse (espírito). A acção da cinza era complementada pela da água benta.

Como escrevemos anteriormente uma criança anda com o sono trocado quando dorme de dia e chora de noite.

Para tratar esta situação Consiglieri Pedroso (1988:205) anota que “*lavam-se os cueiros, torcem-se e deixam-se toda a noite na asa de um cântaro, onde secam por si mesmo. No dia seguinte, se não estão bem secos, secam-se de todo e põem-se na criança. A operação deve repetir-se três vezes*”. No Barroso, António Fontes (1992:62) observou que “*ao deitar, ata-se toda a roupa na asa de um cântaro, até ao dia seguinte*”.

Em Monsanto (IN) deve colocar-se “*três noites um cueiro sobre o telhado*” (Buescu, 1984:72). Em Lagar Martins, arredores de Monsanto (IN), “*colocavam-se os cueiros da criança à lua, em cima do telhado*” (Monsanto - IN).

Nalguns locais do Sul da Beira não encontramos terapêuticas específicas para esta entidade, “*não fazíamos nada*”. Noutras comunidades não permitiam que a criança dormisse durante o dia, “*distraíam-se. Não se deixavam dormir de dia para dormir melhor durante a noite*”.

Em qualquer das situações anteriores e com o propósito de minimizar, no seio familiar, os efeitos negativos do choro das crianças e para facilitar o adormecimento, as mães embalavam a criança, nos braços ou no berço, e cantavam-lhe cantigas de embalar. Esta prática foi registada em todo o país.

Para a letra dessas quadras passa toda a vivência social, as dificuldades da vida a ternura das mães e o pedido aos Anjos, à Virgem Maria e ao sono para adormecerem a criança.

Das muitas quadras documentadas transcrevemos algumas pela sua beleza ou pela importância social do seu conteúdo.

*Dorme, dorme, meu menino
Qu'o teu pai já está na cama.
Nós vamos dormir também
P'ra descansar quem nos ama.*

*A mãe se ausentando
Disse à filha mais velhinha
Ficas tu em meu lugar,
Guardas a nossa casinha.*

*O menino pequenino
Está no berço a chorar.
A minha mãe, coitadinha,
Cantando a embalar.
Vilhena (1995:258 e 261)*

*À... À... À... À...
O meu menino tem sono,
Mas ele não lhe quer vir.
Venham os anjos do Céu
Ajudá-lo a dormir.*

À... À... À... À...
(Matos, 1983:76)

*Quem tem filhinhos pequenos
Sempre lhes há-de cantar.
Quantas vezes a mãe canta
Com vontade de chorar.*
(Oliveira, s/d:203)

O transtorno do sono na criança, acompanhada de choro, era e é um sintoma altamente perturbador para todo o ambiente familiar. Para o facto não excluimos causas orgânicas. Do que pudemos constatar cremos, entretanto, que estamos frequentemente perante práticas que tendiam a não resolver o problema.

2.5. Transtornos de eliminação – enurese nocturna

Segundo a DSM-IV, a enurese é a emissão repetida de urina (pelo menos duas vezes por semana, durante três meses) para as roupas pessoais ou da cama, com carácter involuntário ou intencional (raramente), numa idade na qual o controlo vesical já devia existir.

A enurese é um fenómeno comum à generalidade das culturas. Surge pela primeira vez descrita no Papiro de Ebers (1550 a. C.) e apesar dos milénios que nos separam continua enigmática em muitos aspectos.

A enurese pode ser classificada nos seguintes subtipos: nocturna, diurna e mista. A enurese nocturna é entendida pela emissão de urina durante o primeiro terço da noite e é mais frequente nos rapazes, do que nas raparigas, na relação de 3/2. É este subtipo que abordaremos ao longo do texto, por ser o único identificado como problema pela população alvo, ainda que o limite temporal seja alargado para todo o período nocturno, não se restringindo ao primeiro terço da noite.

A enurese diurna é a emissão de urina durante as horas de vigília do sujeito e é mais frequente nas raparigas. A enurese mista é a combinação dos dois subtipos anteriores.

A enurese pode ainda ser subdividida em primária e secundária. Na primeira, a criança nunca conseguiu o controle esfinteriano. Na segunda, há uma recaída após um período de controlo igual ou superior a seis meses. A população estudada não a dicotomiza e ouvimos testemunhos onde constatámos a presença de ambas as categorias.

Calcula-se que a enurese nocturna afecte 15% de crianças aos 5 anos, 7% aos 10 anos, 3% aos 12 e 1% aos 20 anos (Barreira, s/d:2).

A enurese é motivo comum da consulta pediátrica e alvo de preocupação por parte da criança e da família, pelo desconforto que acarreta. Na consulta de Saúde Mental Infantil do Centro de Saúde Mental de Castelo Branco foi o terceiro motivo de consulta, entre 1985 e 1987, com 7,24% sobre o total (Wadhoomall *et al.*, 1987). Em Santarém, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Pedopsiquiatria, surge com o valor de 7,4% sobre os 107 motivos de pedidos de consulta inventariados (Silva, 1995).

Segundo Alda Coelho e outros (1993) a enurese é o nono sintoma mais frequente na depressão na infância e na adolescência.

Leite de Vasconcelos, nas *Tradições Populares de Portugal* (p.107), regista que “a criança ficará a urinar na cama tantos anos quantos forem os pingos da água baptismal que caírem no chão (Guimarães)”.

Em termos de etiopatogenia aceita-se que a enurese seja multifactorial. Implicados no problema têm sido associados factores psicológicos⁹¹, genéticos, distúrbios de sono, urodinâmicos e atraso na maturação (Madalena, 1999). Há elevada incidência familiar. Isto é, os filhos de pais enuréticos têm 44% (um dos progenitores) ou 77% (ambos os progenitores) de probabilidade de sofrerem o mesmo sintoma.

Não é variada a causa da enurese nos registos etnográficos. Leite de Vasconcelos (1982:40 e s/d:71) Consiglieri Pedroso (1988:150) registam que “as crianças que brincam à noite com o lume mijam à noite na cama (Beiras, Minho, Lisboa, Óbidos)”. Prática semelhante relata António Fontes (1992:70) para a área do Barroso.

Regionalmente, constatámos a ausência de bibliografia no que concerne à etiologia deste sintoma. A generalidade dos entrevistados, pronunciaram-se mais acerca dos tratamentos do que da causa, e apenas duas informantes o fizeram, embora com pouca convicção.

Dizia uma das informantes, reconhecida como vidente: “às vezes podem ser medos que a criança tenha ou pode estar espirituosa⁹²”. Uma segunda informante opinou que “pode ser doença de nervos”. Muitos autores reconhecem a importância do factor psico-afectivo na etiologia da enurese primária (Madalena, 1999; Matos, 1998; Vale, 1985; Romeu, s/d; Psicologo Infantil, s/d, etc.) tal como as informantes.

A ausência de uma única e consensual teoria para explicar a etiologia da enurese pressupõe, paralelamente, a existência de vários tipos de tratamento.

A enurese é, em termos gerais, uma situação benigna e tende a evoluir para a cura, paralelamente com a idade da criança. Aos 18 anos a percentagem de enuréticos é inferior a 1% no sexo masculino e praticamente nula no sexo feminino.

Hoje, os dois grandes modelos de tratamento utilizados são o comportamental e o farmacológico.

Incluem o primeiro modelo o alarme sonoro, o treino vesical e o reforço positivo. Do segundo, fazem parte a desmopressina, os antidepressivos tricíclicos (imipramina) e os anticolinérgicos.

Podemos constatar que nas obras etnográficas clássicas, de cariz nacional, há uma ausência de registos para o tratamento do sintoma em causa. O que não se verifica para a sua etiologia, como vimos.

Na área em estudo parte dos informantes desconhecem qualquer tratamento para este sintoma.

⁹¹ Há quem defenda apenas causas orgânicas para a enurese infantil (Barreira, s/d, El País, 23/10/2001).

⁹² Pessoa que incorporou o espírito de um indivíduo morto.

Das práticas terapêuticas recolhidas constatámos também a utilização dos dois modelos de tratamento mencionados, ingestão de produtos e comportamental.

Relativamente ao primeiro, e na perspectiva etnográfica, Henriques *et al.* (1990) e Osório e Henriques (1992) registam uma mesma prática. Assim, *“quando se mijar frequentemente na cama, e já se é crescido, está indicado dar a comer ao visado ratos pequeninos fritos, guisados ou cozidos, depois de previamente esfolados. É óbvio que o visado não tem conhecimento do que come”* (Henriques, 1990:57). Esta prática, tida como muito eficaz, foi recolhida em Vila Velha de Ródão, Retaxo e Perna do Galego⁹³. Com o mesmo objectivo Barry Garfinkell (1992:280), tendo como fonte M. A. Salomon, refere que *“um outro tratamento relatado era dar aos bebés camundongos cozidos”*⁹⁴.

As fórmulas restantes, do tratamento do sintoma através da ingestão de produtos, foram obtidas junto de duas senhoras tidas pela comunidade como videntes.

Dizia-nos a primeira⁹⁵ *“mas o meu marido tem um livro Lunário Perpétuo que manda comer fessura de cabrito, assada, ou miolos de lebre bem mexidos com vinho branco e dar aquilo à criança. Ou então, bexiga de porco bem lavada e assada e dar isso à pessoa que faz isso, dizem que é bom”*⁹⁶.

A lebre e o vinho aparecem também em registos de L. B. Glicklich, referido por Garfinkell (1992:280), que menciona *“uma bebida feita de testículos de lebre colocados no vinho”*.

A segunda vidente⁹⁷, recomenda chá de laranjeira preparado do seguinte modo *“cinco folhas de laranjeira num litro de água, mas tira-se o pézinho e o bico da folha. Quando a está a rebolar, a ferver, num litro de água pôr três pingos de azeite para dentro. Beber uma chávenzinha à noite, ao deitar, e outra de manhã, em jejum, ao levantar”*⁹⁸.

Relativamente ao modelo comportamental o tratamento consistia em açoitar a criança e exercer sobre ela enorme pressão psicológica. Diziam os informantes *“batiam à criança para emendar”, “levavam porrada para ter medo”, “davam-lhes umas nalgadas no cu”*⁹⁹. Os maus tratos psicológicos consistiam em vexar a criança com adjectivos pouco lisonjeiros como *porco, mijão* e outros. A família (pais, irmãos) era a responsável por estas atitudes em relação à criança. Quando a situação era referida, na presença do visado, logo se acrescentava: *“oh, ele até há-de mijar a cama na noite do casamento”* ou *“até há-de mijar as pernas da mulher na noite do casamento”*, o que era sentido como humilhação suprema, por entrar no campo da sexualidade.

⁹³ Nesta região, o rato recém-nascido frito em azeite é também utilizado, com grande eficácia, nas otalgias; como regista Conceição Ferreira (1997:39) *“se os bebés gritavam com dores de ouvidos (que detectavam facilmente), colocavam-lhes no ouvido o líquido resultante de ratinhos vivos, acabados de nascer e fritos em azeite. Por incrível que pareça iam à procura de ninhinhos de ratos que tivessem ratinhos recém-nascidos. Mais de uma vez me disseram que era grande remédio para este mal”*.

⁹⁴ Camundongos são uma espécie de pequenos ratos.

⁹⁵ Doméstica, trabalhadora rural e analfabeta.

⁹⁶ O Lunário Perpétuo que consultámos (Cortez, 1905:292) recomenda *“comer a miudo, figado de cabrito assado, ou beber vinho com miolos de lebre, ou bexiga de porco ou porca”*.

⁹⁷ Viúva, 87 anos de idade.

⁹⁸ Este preparado é prescrito para vários problemas apresentados.

⁹⁹ No site brasileiro http://www.soutomaior.eti.br/mario/paginas/cro_medp.htm propõem o seguinte tratamento *“nada como dar umas capadas na criança com um muçu vivo”*.

A enurese era aceite em sujeitos com o estatuto de criança. Os sujeitos mais velhos, sem protecção estatutária, eram severamente reprimidos porque, socialmente, tinham deixado de ser crianças e a enurese era identificada com o mundo infantil. A expectativa social com o adulto era a de não urinar a cama. Logo, a repressão era no sentido do sujeito assumir o papel que socialmente detinha.

Pela religiosidade da população e insucesso das terapias experimentadas *“havia pessoas que até faziam promessas para que os filhos deixassem de mijar na cama”*. Regionalmente não foi identificada figura sacra específica para este fim. As pessoas faziam-no à imagem da sua maior devoção. Barry Garfinkell (1992) identificou a Santa Catarina de Alexandria e São Vito para o alívio do sintoma, figuras desconhecidas no culto regional.

O impacto negativo do sintoma, em termos familiares, a ineficácia das prescrições anteriores e a violência sobre a criança, que acabava por ter um efeito inverso do pretendido, acabava, ocasionalmente, por abrir caminho para a intervenção do médico.

Um dos médicos ouvidos relata que *“há muitas famílias que escondem. A própria criança não quer que se diga. Quando os meninos vêm à consulta, algumas vezes, os pais entram antes para não dizer isto à frente dos meninos. Porque lhes é dramático”*.

Outro médico descreve do seguinte modo a situação: *“ah, isso era um desastre. Apareciam, infelizmente, depois das crianças serem altamente açoítadas. Era um desastre... A criança depois sentia-se diminuída e cada vez fazia mais. Depois a criança já não fazia só durante a noite como fazia durante o dia. Porque a criança entrava em perturbação psicológica. Ele ia para a cama, já sabia que ia fazer, depois já não dormia, depois passava pelo sono e fazia, depois já sabia que ia ser açoitado, depois até já fazia de dia.*

As crianças apareciam com uma desorganização psicológica muito grande. Aqui o prejuízo psicológico é muito superior ao da dor física. A criança era enxovalhada pelas pessoas mais próximas e pela família”.

Um enurético era gerador de angústia e de conflitos no seio da família: era a palha centeia das enxergas que apodrecia e a situação de conflitualidade gerada entre os irmãos ocupantes da mesma cama. Vejamos dois exemplos. O primeiro é um depoimento: *“nós éramos quatro, todos dormíamos na mesma cama, dois para os pés e dois para a cabeceira. Se um mijasse a cama era começar à pancada de noite e as mães da gente depois levantavam-se davam pancada a todos”*. O segundo é um caso relatado na área do concelho de Proença-a-Nova. Quatro irmãos de uma família remediada dormiam numa única cama, sofrendo um deles de enurese. Todos os dias acordavam molhados. Todos os métodos e terapêuticas tinham falhado. Por último, já desesperados, resolveram atar o pénis do enurético com um fio. Na manhã seguinte, devido à dor e a edema, os pais tiveram que chamar o barbeiro do Sobrinho dos Gaios para resolver a situação.

2.6. Transtornos alimentares - fastio

Antes de abordarmos as alterações ao padrão alimentar parece-nos útil chamar a atenção para os textos relativos à alimentação da criança incluídos em *Histórias na Primeira Pessoa e Outras*. Pensamos que reflectem os hábitos alimentares das crianças na região, a escassez alimentar que

vigorou na primeira metade do século XX e a hierarquia da distribuição de alimentos, em contexto familiar. Esta contextualização sumária permitirá uma melhor compreensão da temática abordada.

A alimentação humana permite o aporte de substâncias nutritivas que se transformarão em fonte de energia para todos os fenómenos vitais do organismo.

Nos grupos humanos, além desta função primordial, a alimentação desempenha funções diversas na área do económico, do social, do religioso, do simbólico e noutras. Assim, a alimentação e os alimentos são um elo de identidade, de coesão e de relação entre o eu e o outro.

Ao nível das perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância, ou do início da segunda infância, a DSM IV inclui: a pica; o mericismo e a perturbação da alimentação da primeira e segunda infância. A DSM IV, na secção atrás mencionada, não inclui a anorexia e a bulimia nervosa, já que as remete para o capítulo relativo a perturbações do comportamento alimentar. Optámos também por não o fazer, nem nesta área do trabalho nem noutra qualquer, em virtude de não termos identificado, no material recolhido, situações compatíveis com estes diagnósticos.

A pica é a ingestão, persistente (pelo menos durante um mês), de substâncias não nutritivas e não sancionadas culturalmente. O tipo de substâncias ingeridas pode variar com a idade. As crianças mais novas ingerem, com maior frequência, tinta, gesso, roupa, cabelo, etc. e as mais velhas, areia, insectos, excrementos de animais¹⁰⁰ e outras substâncias. Os adolescentes e os adultos consomem terra¹⁰¹ e argila. A pica surge frequentemente associada a deficiência mental.

É relativamente comum as crianças com cerca de dois anos mastigarem, e por vezes ingerirem, substâncias não nutritivas (terra, excrementos de animais, pequenos bichos, etc.). Este facto não implica o diagnóstico de pica devido à não persistência do sintoma. Foram-nos noticiados vários casos de crianças que faziam a ingestão destes produtos sem que isso gerasse preocupação nos pais, em virtude da sua excepcionalidade ou face à rápida remissão do sintoma. Nestas circunstâncias cremos estar perante *“uma parte comum da aprendizagem exploratória, ou um reflexo da incapacidade de uma criança pequena de diferenciar alimentos de objectos não comestíveis”* (Popper, 1992:502).

O mericismo é a regurgitação e mastigação repetidas (nada o justificando do ponto de vista orgânico), durante um período de tempo nunca inferior a um mês, após um lapso de tempo de funcionamento normal. *“Os alimentos parcialmente digeridos voltam à boca, sem náuseas, vômitos, repugnância ou outras perturbações gastrointestinais associadas. Os alimentos são então cuspidos ou, mais frequentemente, mastigados e deglutidos outra vez”* (American Psychiatric Association, 1996:99). A criança parece retirar desta actividade algum prazer. A esta situação são atribuídas causas orgânicas e ambientais. É uma patologia rara e tida como um problema potencialmente grave, com cerca de 25% de mortalidade. Durante o trabalho de campo não identificámos sintomatologia enquadrável neste diagnóstico.

¹⁰⁰ Henriques, 1998:68 regista um caso ocorrido com uma mulher grávida.

¹⁰¹ Ferreira, 1997:24 regista o caso de uma mulher grávida que *“desejou terra molhada do cemitério e o marido não teve outra alternativa senão satisfazer o seu pedido, apesar de ser noite e ter de acordar o homem responsável pelo cemitério”*. Popper, 1992:502 regista que *“aproximadamente 60% das mulheres grávidas em classes sócio- económicas baixas apresentam ingestão persistente de materiais não nutritivos”*.

A perturbação da alimentação da primeira e segunda infância é caracterizada pela dificuldade da criança (inferior a seis anos de idade) em se alimentar adequadamente, consubstanciada na incapacidade para aumentar o peso ou na perda significativa do mesmo. Para este diagnóstico há que excluir causas orgânicas, falta de alimentos ou perturbação mental da criança que melhor a explique.

As crianças com esta perturbação são “*particularmente irritáveis e difíceis de consolar durante a alimentação. Podem aparecer apáticas e distanciadas e podem também apresentar problemas de atraso de desenvolvimento*” (American Psychiatric Association, 1996:101).

Um dos sintomas mais frequentes da perturbação alimentar da primeira infância é a recusa alimentar. Entretanto, este sintoma surge quase sempre associado a outros como: birras às refeições; lentidão ou recusa em abrir a boca ou em engolir; regurgitações ou vômitos e selectividade alimentar extrema.

Do ponto de vista etiológico, segundo Maria J. Gonçalves (1998:201) podemos “*considerar 2 tipos de anorexia. O primeiro, tem por base etiológico o conflito mãe – criança e o segundo, que tem por base etiológico a carência e o «vazio relacional».* Os autores franceses chamam à primeira forma clínica «*anorexia de oposição*», em contraste com a segunda, chamada «*anorexia de inércia*». O quadro clínico que acabámos de descrever configura mais frequentemente a forma de anorexia de oposição, enquanto no segundo tipo, a anorexia de inércia, a dificuldade caracteriza-se mais frequentemente que no primeiro caso por uma recusa passiva da alimentação. O bebé não pega no peito ou na tetina e, quando forçado, não se opõe activamente, mas resiste passivamente. Mantém a boca aberta, mas não deglute e regurgita os alimentos de imediato, tudo isto acompanhado de um choro lamuriento”. Ressalta do trabalho referido a importância de factores sociais, familiares e o tipo da relação mãe – filho na génese da perturbação alimentar.

A recusa alimentar, regionalmente designada por fastio, é o sintoma mais frequente da perturbação alimentar da primeira infância. Este problema está ausente na bibliografia clássica da etnografia portuguesa.

Na área de Sintra, a criança devia beber água do próprio banho para tratar a anorexia e o emagrecimento (Silva, 1995).

O fastio pode ser entendido como recusa alimentar, falta de apetite e dificuldade em fazer ingerir alimentos à criança. As crianças com este sintoma têm uma idade que ronda, geralmente, entre os dois e os seis anos. A ciência moderna designa esta patologia como anorexia da primeira infância.

O diagnóstico era feito, sem dificuldade, por quem acompanhava a alimentação da criança. Não era importante a alteração do peso da criança, para o estabelecimento do diagnóstico, salvo se consubstanciado num emagrecimento acentuado. A criança não era pesada.

A falta de alimentos era tão grande que houve informantes que chegaram a negar a existência do sintoma, ou que fosse uma preocupação para os pais. Disse-nos uma das informantes:

“*Hum, não havia fastio. Havia cá agora fastio. A minha avó, e outras mulheres por aí, quando a gente lhes dizia:*

- *Oh vó tenho fome.*

Ela respondia :

- *Rais ta partam, tens tripas até aos artelhos.*

E acrescentava:

“Eu cheguei a levar pancada do meu pai de non dormir. Chorava durante a noite, talvez até fosse fome. As mães comiam mal e trabalhavam muito e não havia as coisas que há agora para dar aos miúdos”.

Outros informantes defenderam inclusivamente que apenas os ricos sofriam de fastio, “os pobres comiam tudo”.

As causas inventariadas para o sintoma fastio foram em número reduzido. Na perspectiva da nossa população a maioria das situações são de causa desconhecida, outras vezes a criança está ogada, ou tem uma qualquer doença orgânica, ou está espirituosa, ou foi vítima de mau olhado ou mal de inveja, a criança ou o biberão através do qual se alimenta.

O diagnóstico de anorexia, em situações de ogado ou de doença orgânica, era geralmente feito por uma pessoa da comunidade, geralmente do sexo feminino e já com alguns anos de vida (benzedeira) ou, muito raramente, por um médico, quando se tratava de doença orgânica.

A recusa alimentar, nas crianças, era uma das principais motivações que levavam os pais a contactar uma mulher de virtude (Carvalho, 1989)¹⁰².

A mulher de virtude identificava causas espirituosas, se um espírito incorporara a criança ou se esta tinha sido vítima de mau olhado ou mal de inveja.

A criança invejada (o mesmo que acedente ou mau olhado) “*é o caso de uma pessoa chegar ao pé de uma criança e não dizer «benza-te Deus», pode fazer mal a uma criança. Todas as pessoas que dissessem «benza-te Deus que maus olhos te não vejam», já ninguém faz mal a coisa nenhuma*”.

“... Às vezes o biberon pode ser invejado. E aquelas que são amamentadas pelas mães podem estar a amamentar os seus filhos e passar uma pessoa e tirar-lhe o leite, à mãe. Secar-lhe o leite. É o mau olhado e o mal de inveja”.

As fórmulas de tratamento da recusa alimentar, na criança, podem, em termos gerais, ser divididas em três grandes grupos:

- ingestão de substâncias;
- ritual oral e gestual, realizado por pessoa de virtude;
- negociação com o sagrado.

¹⁰² Sobre este assunto ver, neste documento, o subcapítulo Terapeutas.

Ao nível da ingestão de substâncias, para o tratamento do fastio, era costume, em Perais (VVR) e em Vila Velha de Ródão, beber-se água do rio Tejo; na Bairrada (PN) dava-se a beber caldo de galinha preta; no Rosmaninhal, Penha Garcia e Vila Velha de Ródão davam à criança chá de fel da terra¹⁰³ (*centaurium minus*); em Malhadal (PN) usavam chá de macelas¹⁰⁴ (*anthemis nobilis*) (Vilhena, 1988) e em Alameda (CB) utilizavam chá de marcelinas para o mesmo fim. Uma das mulheres de virtude ouvidas recomendava “*cinco folhas de malva*¹⁰⁵ (*malva silvestris*), *mas tiram-lhe o pé para ficar só o redondinho da malva. E pôr as malvas a ferver num litro de água. A folha está a arreboliar, a ferver, e põe-se três pingos de azeite para dentro da água das malvas e depois dar-lhe uma chavenzinha*”.

O ritual oral e gestual, realizado por pessoa de virtude ou padre, faz-se quando a criança está espirituosa, ou foi vítima de mau olhado ou mal de inveja. A criança está espirituosa quando um espírito a incorpora. Nestas circunstâncias, esclarece uma mulher de virtude: “*é coisa de fazerem uma oração e de fazerem um defumadoiro. Há defumadoiros de muita qualidade. Mas aquele meu é importante. É de misturinhas. É incenso e de mirra, que foi dado ao nosso Senhor de presente. O alecrim verde é muito importante para esse defumadoiro. Depois, para a maldade está a arruda. Tudo misturado, são cinco parcelas. Eu quando mando fazer esse defumadoiro mando sempre meter essas cinco parcelas que é em louvor das cinco chagas de Cristo que possam aliviar todo o sofrimento. Nossa Senhora também incensou o seu amado filho*”.

Outras mulheres de virtude preconizam outro tipo de exorcismo ou “*precisa de ser rezada*”. O ritual é descrito mais à frente.

Benedita Araújo (1997:51) regista que “*algumas vezes, porém, torna-se necessário chamar quem benzesse a criança por não querer «pegar» no peito. Assim procedeu, em meados do século XVIII, Domingas Nunes, moradora em Messejana, que, vendo o seu filho muito enfermo e sem querer tomar o peito, mandou proceder à bênção da boca do menino e a benzedura dos seus seios, «e logo o menino melhorara e tomara os peitos»*”.

A negociação com o sagrado é estabelecida entre o familiar da criança, quase sempre mãe ou avó, e a divindade. A negociação consistia na entrega de uma quantidade, previamente estipulada, de bens ou dinheiro à divindade em troca da satisfação do serviço solicitado.

Na região, a única divindade identificada para curar o fastio foi São Gens, também conhecido pelo Santo da Fome, com imagem em Moitas, concelho de Proença-a-Nova, e em Santos, concelho de Mação. Esta última imagem, que está fora da área de estudo, foi referida pelas populações que vivem no limite do concelho de Proença-a-Nova com o de Mação. No dia da sua festa, e no cumprimento de promessas contra o fastio, oferecem, depois da missa e à porta da igreja, capeludas aos inocentes, crianças com menos de sete anos.

Segundo Dias (1966:278-279)¹⁰⁶, “*no Domingo de Pascoela, tem lugar a festa de S. Gens, na Mouta (Proença-a-Nova). Acorrem ali muitos romeiros a cumprir promessas contra o fastio, promessas que geralmente constam de distribuição de pãezinhos e castanhas, etc. o que chama muitos pobres à romaria. Quando falta o apetite diz, ainda hoje o povo: «promete umas migas a*

¹⁰³ Tecedeiro (1996), recomenda, igualmente, as hastes floridas desta planta para o mesmo fim.

¹⁰⁴ Tecedeiro (1996) não a indica para a anorexia.

¹⁰⁵ Relativamente às folhas de malva, Nunes (1999) e Tecedeiro (1996) não a indicam como terapêutica para o tratamento da anorexia.

¹⁰⁶ Em Dias (1970:173) volta-se a fazer referência a esta festa.

S. Gens». De facto em tempos distantes cumpria-se a promessa da miga, hoje, como se disse, constituída pela distribuição de géneros aos pobres”.

Relativamente a esta festa F. Henriques (1990:68) regista também o seguinte: *“prometia-se um pão a São Gens da Moita. O pão resultante deste tipo de ofertas era posteriormente partido em fatias e dado aos pedintes”*¹⁰⁷.

As promessas eram feitas para debelar o fastio das crianças e dos adultos. *“Os pais quando se viam muito aflitos encomendavam o menino a São Gens. E prometiam vir aqui ou para mandar dizer uma missa ou trazer uma esmola aos inocentes”*, diz uma informante.

As promessas eram quase sempre cumpridas no dia da festa do santo.

A promessa comum consistia em oferecer pão ou castanhas¹⁰⁸ a São Gens, *“conforme a vontade das pessoas”*. Os pães eram de trigo, quando no quotidiano se comia centeio ou broa, um pouco maiores que hoje os papossecos e designavam-se merendas¹⁰⁹. Outros devotos em vez de merendas partiam o pão às fatias e ofereciam-no.

No final da missa a pessoa que havia feito a promessa colocava-se à porta da igreja e oferecia pão às crianças presentes. Ía também perguntando às pessoas adultas, que saíam da missa, se tinham filhos. Se a resposta era positiva davam um número de fatias de pão correspondente ao número de crianças pequenas.

Disse-nos uma das informantes que *“agora a maior parte das pessoas dão dinheiro. O pão agora já está mais perdido, já porque... vinham aqui da Sobreira, do Pucariço, da Atalaia, pessoas já assim de idade. Vinham aqui à festa das Moitas com o seu saquinho para levarem uma sacada de pão para casa.*

Não eram só pedintes, eram também outras pessoas que viviam mal. Já sabiam que aqui havia a tradição de dar pão e então as pessoas pobres dali vinham, traziam um saquinho e vinham para ali para a porta da igreja. Isto era no dia da festa”.

A oferta de castanhas *“era um senhor aqui da serra, de cima, que lá tinha a intenção dele. E então, no dia da festa vinha cá, trazia uma sacada muito grande de castanhas, em cima de um cavalo, e chegava ali... a malta já sabia... todos os anos vinha... e então a malta ía toda para o pé da igreja. A malta e as pessoas grandes. Noutros tempos era diferente... ele espalhava ali as castanhas no meio do mato”*¹¹⁰. *Eu era muito miúda e lembro-me de o ver andar a atirá-las. Não era dar na mão. Era espalhar.”*

O hábito de pão mantém-se, mas mais atenuado, diríamos que faltam receptores. O que no passado era a excepção, comer pão trigo e *“encher a barriga”*, é hoje comum.

¹⁰⁷ Em Sarzedas (CB) era também costume quando alguém ficava severamente doente *“prometer um grande tabuleiro de papas que eram distribuídas pelas crianças junto à capela de Santa Margarida”* (Oliveira, s/d:159).

¹⁰⁸ Também na romaria de São Domingos (Sarzedas – CB) era costume, no cumprimento de promessas, depois da missa e da procissão distribuir castanhas piladas que *“eram espalhadas (às vezes pelos festeiros que as lançavam ao ar como quem semeia) e apanhadas por quem quisesse”* (Oliveira, s/d:144).

¹⁰⁹ Em Sarzedas (CB) ofereciam pelos Santórios (1 de Novembro) pequenos pães de milho a que chamavam merendas ou merendinhas (Oliveira, s/d).

¹¹⁰ Área existente em frente da igreja que estava coberta de mato.

A criança com fastio quase sempre acompanhava os pais no cumprimento da promessa.

Dizia-nos uma das informantes: *“o meu Chico quando tinha três ou quatro anos não comia, tinha muito fastio. E as pessoas diziam para mim:*

- Senhora professora, levamos o menino a São Gens.

Depois eu vinha lá para a rua, a dar-lhe de comer que ele não comia, e elas voltavam a dizer:

- Oh minha senhora, isso não vale a pena, vamos ao São Gens.

Íamos lá e beijávamos o São Gens e ele depois já comia”.

O raio cerimonial da festa de São Gens, nas Moitas, abrange todo o concelho de Proença-a-Nova e áreas vizinhas do concelho de Vila Velha de Ródão, de Castelo Branco e de Mação.

Em Proença-a-Velha (IN) para combater o fastio persistente costumava-se fazer uma promessa à divindade à qual se tivesse maior devoção *“que aqui é o Santíssimo que cá temos mais valente”*.

Para o seu cumprimento faziam bicas e davam-nas às crianças. Quem *“dava a biquinha aos inocentes estava no alpendre da capela do Senhor do Calvário, no dia de festa da imagem ou num dia de missa nessa capela”*.

Estes rituais, do ponto de vista social, são também uma redistribuição de bens alimentares, sempre escassos.

Os bens alimentares distribuídos nestas circunstâncias tinham carácter sagrado. Não só pelo espaço da sua distribuição, como pelas suas propriedades curativas e pela santidade do proprietário destes bens. Os alimentos em causa eram propriedade do santo e a sua posse advinha da satisfação de um pedido feito sob a forma de promessa.

A entrega destes alimentos nos santuários e a sua redistribuição permite confirmar e restabelecer a relação entre o homem e a divindade e entre o homem e o homem.

Para a região de Viseu, Olinda Sardinha (1991:24) faz referência à Nossa Senhora do Fastio venerada, como atestam as ofertas de ex-votos de colheres e tigelas, em 1896, no Paço Episcopal de Viseu.

Hoje, tem-se como certo que grande número das recusas alimentares infantis estão fortemente correlacionadas com a comunicação existente no interior do sistema familiar. A recusa alimentar da criança pode tornar-se num dos importantes focos de ansiedade dos pais. No dizer de Pons (1993:14) *“todas las madres desean ser queridas por sus hijos y suelen valorar inconscientemente ese cariño según su prole acepte o no la comida que se ofrece”*. Por este facto as crianças podem descobrir o ascendente, o poder, que passam a ter sobre as suas famílias.

As perturbações alimentares (anorexia e a polifagia, mais comum a primeira que a segunda) estão entre os principais sintomas detectadas em crianças diagnosticadas com depressão. Alda

Coelho e colaboradores (1993) registam esta perturbação ocupa o décimo lugar entre os sintomas mais comuns da depressão da infância e da juventude.

Este sintoma pode, igualmente, ser expressão de medo e revolta sobre quem exerce sobre elas poder discricionário.

2.7. Perturbações do comportamento – crianças bravas

Pela sua especificidade as crianças bravas surgem como entidade autónoma. No âmbito dos transtornos de conduta surgem as temáticas convencionais como as crianças que roubam, as fugas e outras.

Incluimos nesta área as crianças bravas, devido à designação e porque, popularmente, é colocado o assento tónico numa conduta altamente perturbadora, como é o choro frequente.

Porventura, se atendêssemos preferencialmente aos sinais, estas crianças poderiam ser incluídas na acção do sobrenatural sobre a criança (2.8.) ou nos transtornos do sono (2.4.).

2.7.1. Perturbações do comportamento

As perturbações do comportamento na DSM IV estão divididas em dois subtipos, com base na idade do início da perturbação (início na infância e início na adolescência) e em três graus de gravidade (ligeira, moderada e grave).

Para o diagnóstico, perturbação do comportamento, exige-se a presença mínima de três critérios apontados pela DSM IV, no último ano, e a presença de um deles nos últimos seis meses.

A mais importante característica da perturbação de comportamento reside no seu carácter repetitivo e na persistência da violação das normas sociais ou dos direitos básicos dos outros.

Há um predomínio do sexo masculino sobre o feminino nas perturbações do comportamento. A proporção é ainda maior nas perturbações com início na infância. A prevalência pode ser superior nos meios urbanos em relação aos rurais.

A DSM IV divide os critérios de diagnóstico de perturbação de comportamento em quatro grandes áreas: agressão a pessoas ou animais; destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave das regras.

As primeiras condutas agressivas da criança iniciam-se entre o segundo e o terceiro ano de vida, quando frustrado pela não satisfação dos seus desejos.

As condutas agressivas infantis podem ter carácter autoagressivo ou heteroagressivo, físico ou verbal. Subjacentes a tais condutas estão, geralmente, uma baixa auto-estima, uma cópia da vivência no ambiente familiar, um modo de dominar o grupo ou mesmo um elevado nível de angústia.

Creemos que algumas das crianças da área em estudo se poderiam incluir nalgum dos sete critérios que incluem o primeiro grupo¹¹¹, agressão a pessoas ou animais. Mas tal não é apontado pela população. A realidade social era muito diferente da actual e os critérios não foram estabelecidos para essa época. Uma criança que tivesse um comportamento impróprio em relação a um adulto, que as regras sociais não sancionassem, era severamente espancado pela família, pela «vítima», ou por ambos. Uma antiga professora primária, de um meio rural isolado, referiu o caso de uma criança *“maiorzita, que eles na altura eram maiores”*, que a chegou a ameaçar. Diz então a professora *“eu também lhes metia medo. Dizia que caso se portassem mal iam para o Reformatório de São Fiel”*.

As lutas com elementos do mesmo grupo etário não eram contabilizadas, embora fossem frequentes e podendo atingir elevado grau de brutalidade. Porque, *“hoje deste tu, amanhã dou eu”* ou *“quem vai à guerra dá e leva”*. Ao invés, a crueldade física sobre animais não era motivo de preocupação. Podia açoitarse brutalmente qualquer animal sem que daí viesse mal.

A segunda grande área é a destruição de propriedade¹¹². Uma criança que deliberadamente destruísse propriedade alheia, por qualquer meio, era severamente punida com pancada e os pais obrigados a pagar os prejuízos causados pelo filho. Desde que não houvesse patologia mental subjacente havia tendência para a desvalorização e esquecimento do acto, por parte da comunidade, e mesmo a prognosticar um comportamento calmo / adequado socialmente enquanto adolescente e adulto. No trabalho de campo foram-nos referenciados dois rapazes que deitaram fogo a palheiros, mas o acto foi desvalorizado porque depois *“tornaram-se bons rapazes”*.

A terceira área é a violação grave de regras¹¹³. O critério das faltas à escola deixa de o ser porque não era obrigatória a presença dos alunos. Quando estes faltavam nem sempre havia comunicação entre a escola e os pais do aluno. Vejamos o depoimento de Luis Henriques (Henriques, 1990:19 e 20): *“a respeito d’irmos à escola, nom éramos obrigados, só ia quem queria e depois ... S’era tempo d’armar abuises, no fim da ceifa, íamos p’la quêla serra armar abuises e apracíamos im casa só de noite. Dissemos qu’íamos à ‘scola. Im certo tempo íamos p’la r’bêra acima, p’la Fróia acima ós peixes e dissemos que fomos à ‘scola”*.

As fugas de casa também não eram raras, por motivos diversos, mas não são tema corrente na bibliografia etnográfica. Consiglieri Pedroso (1988:141) regista que se *“deve queimar o umbigo de uma criança, quando lhe cai alguns dias depois de nascida, a fim de que não fuja de casa”*. Uma das nossas informantes contou o seguinte caso: *“aqui um rapazito de uns 12 anos fugiu além para uma horta. Foram criados com uma avó e a avó batia-lhes muito e ele fugiu. Por fim esteve além numa horta, numa choça, muito tempo, depois é que deram lá com ele.*

Quando regressava era sova, depois ele não vinha para casa com medo disso”.

¹¹¹ “1- com frequência insulta, ameaça ou intimida as outras pessoas; 2 – com frequência inicia lutas físicas; 3 – utilizou uma arma que pode causar graves prejuízos físicos aos outros (pau, faca, garrafa, etc); 4 e 5 - manifestou crueldade física para com pessoas ou animais; 6 – roubou confrontando-se com a vítima; 7 – forçou alguém a actividade sexual”, DSM IV, p.92-93.

¹¹² “8 – Lançou deliberadamente fogo com intenção de causar prejuízos graves; 9 – destruiu deliberadamente a propriedade alheia”, DSM IV, p.93.

¹¹³ “13 – com frequência permanece fora de casa de noite apesar da proibição dos pais, iniciando este comportamento antes dos 13 anos de idade; 14 – fuga de casa durante a noite, pelo menos duas vezes, enquanto vive em casa dos pais ou em lugar substituto da casa paterna (ou só uma vez sem regressar durante um tempo prolongado); 15 – faltas frequentes à escola com início antes dos 13 anos”, DSM IV, p.93.

Frequentemente, nas situações de fuga há como que uma desculpabilização social do fugitivo e uma culpabilização da família. Diziam: “*se ele fugiu por alguma razão foi*”.

A quarta grande área é o roubo e violação grave das regras¹¹⁴. Nas comunidades rurais desta região, o roubo era algo que marcava profundamente o indivíduo que roubava e a respectiva família, independentemente da idade do sujeito que cometia o delito. Este problema está intrinsecamente ligado aos valores das sociedades mediterrânicas.

O roubo na criança pode surgir por impulso, por culpabilidade, por agressividade, como compensação de carência afectiva, ou para atingir o protagonismo perante os seus colegas.

Relativamente à etiologia que leva um indivíduo a roubar Consiglieri Pedroso (1988:138) escreve que “*deve guardar-se muito bem o umbigo das crianças porque se os ratos dão com ele, tornam-se elas ladras*”. Situação etnográfica idêntica é mencionada no Minho por Pina Cabral (1989:140). Nas *Tradições Populares de Portugal*, Leite de Vasconcelos (s/d:235) escreve algo semelhante: “*não é bom deixar levar aos gatos a embiga (sic) ou cordão umbilical, porque a criança ficará ladra, (Famalicão)*”. O padre António Fontes (1992:121) regista que “*a criança não se deve passar por cima da mesa onde se come, porque sai ladra*”.

Teresa Joaquim (1983: 197 e 201) regista ainda que as unhas das crianças até um ano “*devem ser cortadas pela madrinha para que a criança não seja ladra*” e “*o berço do primeiro filho deve ser dado. Se for comprado a criança sairá ladra*”.

Se a criança tiver tendência para roubar, a mãe, a fim de a tratar, deve apanhar um rato, fervê-lo numa sopa até que fique dissolvido e dar a sopa a comer à criança, que não deve saber que come. Do ponto de vista simbólico, se um rato rouba o cordão umbilical não se efectiva, completamente, a separação da criança da sua progenitora, logo a socialização também não se completa. Por este facto os desejos (de roubar) da criança têm carácter impulsivo. Com a inversão da situação - a criança comer o rato - há uma reposição da normalidade (Cabral, 1989).

No Teixoso, aldeia do concelho da Covilhã, “*curam-se as pessoas do vício de roubar, deitando-se-lhes sangue de rato no vinho*” (Dias, 1963:191).

O roubo, tendo a criança como protagonista, não está muito representado na literatura etnográfica. Talvez não correspondesse a uma preocupação social maior. Os roubos de fruta protagonizados por crianças, numa época de extrema necessidade e fome, mais parecem roubos rituais. No romance etnográfico *A Flor do Feto Real*, Maria Assunção Vilhena (1988:41) regista o seguinte: “*quando ia para longe de casa, lá para a serra, tinha de se contentar com a broa que a mãe lhe punha no saco. Em compensação, ia à fruta das hortas dos vizinhos. Quantas maçãs, cachos de uvas e marmelos, o terrível canivete não cortou para gáudio do seu dono!!!*”. Registos semelhantes foram obtidos durante as entrevistas.

Sendo o roubo um pecado grave diz-se na Beira que «roubar para comer não é pecado».

¹¹⁴ “10 – arrombou a casa, a propriedade ou o automóvel de outra pessoa; 11 – mente com frequência para obter ganhos ou favores ou para evitar obrigações (por exemplo vigariza os outros); 12 – rouba objectos de certo valor sem confrontação com a vítima”, DSM IV, p.93.

A atitude dos pais perante um objecto roubado pelo filho consistia em obrigá-lo a devolver esse objecto em casa do legítimo proprietário. A devolução era feita pela criança que cometera a falta. Socialmente, a culpa recaía sobre os pais. Vejamos o relato de uma mãe: *“um dia o meu filho chega-me cá com uma bolazinha e eu perguntei-lhe:*

- Onde tu foste buscar essa bola?

- Achei-a na rua.

- Vai levar essa bola onde tu a encontraste.

Mas fui atrás dele. Chegou à porta de onde a tinha trazido e mandou-a para dentro de casa. Coisas que não eram deles eu não consentia nada em casa”.

Socialmente, os pais são culpabilizados pelas perturbações de comportamento das crianças. *“Havia logo quem dissesse que era falta de educação”*; logo, eram censurados e alvo de coacção social. Consequentemente, as crianças eram quase sempre cruelmente punidas, para o que muito contribuía a forte pressão social exercida sobre a família.

2.7.2. Crianças bravas

A designação de criança brava não corresponde a nenhuma entidade nosológica da medicina oficial.

A população das áreas rurais do Sul da Beira identifica a criança brava através do sintoma, ou sintomas, que apresenta durante um período de tempo de algumas semanas. O diagnóstico é feito pelos pais em crianças que raramente ultrapassam um ano de idade.

A entidade etnográfica denominada criança brava ou chorona (Joaquim, 1983) tem uma distribuição nacional, ainda que raramente sejam indicados os principais sintomas que a caracterizam.

O etnólogo Leite Vasconcelos (1982:22) regista as designações *«muito choro»* e *«braveza»* para situações que correspondem à de criança brava. A primeira é *“quando uma criança chora”*. Para a segunda não apresenta elementos identificadores. Entretanto, as terapias correspondem às indicadas para as crianças bravas. A professora Paula Godinho (1990:209) identifica a criança brava por oposição à criança mansa que caracteriza como tendo *“carácter dócil (são muito temidos os vizinhos de mau feitio: «antes um mau ano que um mau vizinho»”*. Consiglieri Pedroso (1988:215) identifica criança brava *“quando uma criança é muito má”*.

A criança brava, na área de estudo, é considerada, quase sempre, como uma criança que perturba profundamente o ambiente familiar, através, essencialmente, do choro. A situação é agravada com a continuação do padrão de choro durante a noite.

A ciência moderna associa o choro frequente e a labilidade da criança à sua prematuridade emocional.

Em 1925, em artigo publicado no jornal Acção Regional, J. Lopes Dias identifica as crianças bravas como *“crianças que choram muito...”*.

Em Monsanto (IN; Buescu, 1984:72), o menino é bravo quando *“custa muito a criar”*. Na aldeia de Penha Garcia (IN) a criança brava era *“o bebé que chorasse muito”* (Ferreira, 1997:34 e 38) ou *“são as crianças zangadas, os mais chorões”*.

Em Rabacinas (PN), Francisco Henriques (1993:11) identifica criança brava como *“criança que chora muito, que exige muita atenção da parte dos pais, irrequieta”* (Henriques 1993:11). Para Assunção Vilhena (1995:277 e 409), que investiga o concelho de Proença-a-Nova, eram *“crianças difíceis”*. Na Bairrada (PN) eram *“as crianças que por tudo e por nada ganhavam birras e choravam muito”*. Nas Moitas (PN), segundo um dos nossos informantes, eram crianças *“que não deixavam dormir os pais durante a noite; mesmo de dia choravam muito e ele não está doente e ele chorava e não deixava dormir os pais e depois diziam «o meu filho é muito bravo»”*.

Mais raramente, o conceito de criança brava alarga-se a crianças um pouco mais velhas (quatro ou cinco anos) com condutas consideradas antisociais na respectiva comunidade.

Uma das entrevistadas contou-nos o seguinte: *“o filho do meu vizinho era muito irrequieto. Andava por cima dos telhados. O pai batia-lhe muito e dizia-lhe que ele não era bom da ideia. Alguns vizinhos diziam que aquilo passava com a idade e diziam:*

- O menino vai com a idade.

- Não vai não, ele não é bom da ideia, dizia o pai.

Ele agora tem 16 anos e é a bondade das bondades.

Ele era do pior, do pior.

Eu tenho ali um palheiro com umas cabrinhas e ele andava sempre em cima do telhado. Eu só desejava que ele abagasse para baixo, mas que não se aleijasse. E devia lá estar um dia de castigo, mas que não se aleijasse”.

A literatura etnográfica não é rica no registo das causas subjacentes à entidade criança brava. Nas *Tradições Populares de Portugal*, Leite de Vasconcelos (s/d: 234) informa que no Minho *“a mulher que tem um filho pequeno não consente que lhe baloicem o berço vazio, pois isso o tornaria bravo”*. Registo de conteúdo idêntico faz Consiglieri Pedroso (1988).

Até meados do século passado era costume as puérperas não amamentarem os filhos nos dois ou três primeiros dias após o nascimento destes; na sua perspectiva o leite não era bom. Por este facto pedia-se a colaboração de uma vizinha que o amamentasse¹¹⁵. Aceitava-se também que a criança herdava algumas das características da mulher em que mamara a primeira vez. Assim, se a mulher fosse mansa a criança seria mansa, se fosse brava ela seria igualmente brava (Nunes, 1997).

Para as situações de muito choro *“foi culpa do padre que a baptizou, porque faltou com três pedrinhas de sal, ao meter-lho na boca”* (Vasconcelos, 1982:22).

¹¹⁵ Mesmo nas pequenas comunidades havia sempre mulheres a amamentar, devido ao elevado índice de natalidade.

No Sul da Beira Interior, mais precisamente no Ladoeiro (IN), Jaime Lopes Dias (1944:181) regista que *“quem tiver filhos pequenos não deve emprestar ou dar lume às vizinhas. Tornar-se-iam bravos ou chorões”*¹¹⁶.

No dia do baptismo de uma criança, em algumas aldeias do concelho de Proença-a-Nova, a madrinha só lhe pegava depois de sacramentada. Se lhe pegasse antes a criança tornar-se-ia brava (Henriques, 1993).

A maioria dos nossos informantes não conseguiu apontar uma etiologia para a entidade criança brava.

Ainda assim, em Perna do Galego (S) é atribuída uma causa hereditária: *“o pai e a mãe tinham muito génio e a criança nascia assim”*. Uma das mulheres de virtude que contactámos atribuiu-lhe causa embrionária, afirmando que *“já vem do ventre da mãe. Isso já vem do ventre da mãe. Uma mulher grávida im apanhando nervos, uma inquietação com qualquer coisa os nervos ficam na criança. Nunca se deve apoquentar uma mulher que esteja grávida, que esteja c’um filho a gerar dentro dela, qu’os nervos ficam dentro dela”*.

Em alguns locais o comportamento da criança brava é atribuído à possessão por espírito: *“o meu filho (neto) é muito mau, é por causa de um espírito, a minha filha até teve que ir com ele a uma bruxa, o menino é mau porque tem um espírito”*. Ou, *“diziam que era um espírito que a criança trazia”*. Nesta linha de ideias, acrescenta uma mulher de virtude que *“não estando a criança doente é um mansinho, é um cordeiro. Quando ela começa a estar atacada aquilo carrega-lhe muito... ninguém pára com essa criança. Assim qu’ela foi tratada começou logo a melhorar”*.

Para o tratamento das crianças bravas temos as vertentes religiosa e laica. A primeira, que prevalece, utiliza nos seus rituais as imagens sagradas, os espaços e os oficiantes da igreja católica. A vertente laica não utiliza os recursos da igreja.

Com funções que nos parecem mais de tratamento que de prevenção Consiglieri Pedroso (1988:141) refere que *“quando a criança vem da igreja, depois do baptizado, deve deixar-se dormir com o fato que levou, para a tornar mansa”, “deve deitar-se-lhe por cima o casaco do padrinho”,* ou ainda *“perfumando-a em cruz com alecrim e louro fica muito mansinha”* (p.215). Além das prescrições anteriores e outras de carácter mais preventivo, mencionadas por Adolfo Coelho (1993), Leite de Vasconcelos (s/d: 237) escreve que *“para amansar as crianças bravas conheço dois meios:*

- 1º batem com as cabeças delas na do animal que S. Marcos, padroeiro de S. Marcos da Serra, tem aos pés, pausando as pancadas com estes versos:

*Mé senhor san Marcos
Que amansás toiros brabos,
Amansai-me este filho,
Que é pior q’a todo-los diabos.*

¹¹⁶ Pedir lume às vizinhas para acender o fogo do lar era prática comum em toda a área rural do Sul da Beira. *“Nem dinheiro havia para comprar fósforos”*, diz-nos um informante.

Na obra *Tradições Populares de Portugal*, Leite de Vasconcelos refere crença semelhante para as áreas de Famalicão, Vouzela e Guimarães, sem entretanto apontar a razão. Escreve o autor (s/d: 73) *“não é bom ir pedir lume à casa onde houver uma criança por baptizar”*.

- 2º Levam as crianças a uma capela de S. Gonçalo, pondo-as em cima do altar enquanto a madrinha (e parece que a mãe) dão nove voltas à capela; depois com o cajado do santo dão nove pancadinhas no rabistel das crianças”. O mesmo etnólogo (1982:22) regista ainda: “recorre-se a Santa Catarina..., costumam oferecer um galo branco¹¹⁷ a Santo Apolinário... veste-se-lhe a camisinha às avessas”.

Para o tratamento do problema de muito choro, entidade que como escrevemos pode corresponder à criança brava, Leite de Vasconcelos (1982:22) preconiza que “*não se lhe bata (à criança)... na véspera de S. João, à meia-noite, vai a madrinha buscar água de sete nascentes, em partes iguais (até a medem às colheres), dissolvem-se nela três pedras de sal (talvez bento); a criança beberá esta água antes de nascer o Sol, na manhã de S. João*”.

No Sul da Beira Interior as mais importantes formas de tratamento das crianças bravas consistem em pô-las em contacto físico com o sagrado, o altar de igreja ou capela ou a imagem de uma divindade.

Numa comunidade e para um determinado problema de saúde podem coexistir várias formas de tratamento.

Iniciamos a apresentação dos diversos modos de tratamento com o caso das crianças que são colocadas em contacto com o altar. Chamamos a atenção para as pequenas particularidades de que esta prática se reveste em cada comunidade.

Num artigo publicado em 1925¹¹⁸ Jaime Lopes Dias regista: “*para que as crianças não sejam bravas é velho costume em Castelo Branco levar as crianças que choram muito à capela de São Marcos e ali colocá-las sobre o altar para que se tornem sossegados e deixem de incomodar as mães...*”. Registo idêntico surge no vol. 1 da *Etnografia da Beira* (Dias, 1944:181)¹¹⁹.

¹¹⁷ Na área de Vila Velha de Ródão, Proença-a-Nova e Castelo Branco é costume oferecer um galo branco a São Domingos (Sarzedas) no cumprimento de promessas para o tratamento de crianças gagas.

¹¹⁸ Jornal Acção Regional, 31 de Dezembro de 1925, nº 55, Castelo Branco.

¹¹⁹ Diogo Freitas do Amaral (2000:20 e 21), na obra *D. Afonso Henriques – Biografia*, regista uma prática semelhante o que permitiu, segundo a lenda, a cura de uma enfermidade de que sofria o príncipe.

“*Nasce bom e são, o príncipe D. Afonso? A lenda diz que não, sustentando que veio à luz aleijado, e que só por um milagre de Nossa Senhora ficou são e escoreito.*”

...

“*Veio a Rainha (D. Teresa) a parir um filho grande e formoso, que não podia ser uma mais (bela) criatura, salvo que nasceu com as pernas tão tolhidas, que, pelo parecer dos médicos e de todos, julgavam que nunca poderia ser são delas.*”

...

“*E estando D. Egas deitado uma noite dormindo, tendo já o menino cinco anos, apareceu-lhe Nossa Senhora e disse:*

- *D. Egas, dormes?*

- *Ele, acordando com esta visão e voz, respondeu:*

- *Senhora, quem sois vós?*

- *Ela disse:*

- *Eu sou a Virgem Maria, que te mando que vás a um tal lugar (dando-lhe logo os sinais dele) e faz aí cavar, e acharás lá uma igreja, que noutro tempo foi começada em meu nome, e uma imagem minha. Faz reconstruir a igreja e a imagem feita à minha honra, e isto feito, farás aí vigília, pondo o menino que crias sobre o altar: e sabe que se curará, e será são de todo. (...).*

(...) *E assim que foi manhã, levantou-se logo e foi com muita gente àquele lugar que lhe fora dito: e mandando aí cavar achou aquela igreja e imagem, pondo em obra todas as coisas que Nossa Senhora lhe mandara, à qual aprouve, por sua piedade, logo que o menino foi posto sobre o seu altar, ser logo curado e são das pernas, sem nenhum aleijão, como se nunca tivesse tido nada.*”

Consiglieri Pedroso (1988:156) regista também um ritual de previsão do futuro de uma criança, se ela sobrevive ou se morre a uma situação de doença, e que consiste em deitar a criança em cima do altar de Santa Anta, do seguinte modo “*quando há uma criança doente e se quer saber se ela vive ou morre leva-se a uma igreja e deita-se no altar de Santa Anta. Se a criança chora, morre, se se cala vive*”.

Em Monsanto (IN) rebola-se ou deita-se a criança sobre um qualquer altar (Buescu, 1984:72) ou sobre o altar da Nossa Senhora do Rosário (Dias, 1953:223) e em Salgueiro do Campo (CB) é sobre o altar de Nossa Senhora do Rosário” (Agostinho, 1982:153).

Em Proença-a-Velha, Penha Garcia (IN) e Proença-a-Nova (Soares, 2001) é também costume deitar ou rebolar as crianças bravas sobre o altar.

Em Monsanto e em Penha Garcia (IN) esta prática tinha lugar no dia do baptismo e cremos que teria uma função mais profilática. Isto é, para que a criança não se tornasse brava.

Em Castelo (S), segundo Jaime Lopes Dias (1948:25), “as crianças bravas amansam pondo-as sobre qualquer altar e dando-lhes dois acoites”.

As gentes de Montes da Senhora e Rabacinas (PN) costumavam rebolar a criança “sobre o altar-mor de um extremo (A) ao outro (B) por três vezes seguidas (A-B, B-A, A-B). Esta prática realizava-se no dia do baptizado” (Henriques 1993:11). No Pucariço (PN) “se a criança era muito chorona, no dia do baptizado, embrulhavam-na na toalha com que a tinham limpo ao receber a água do baptismo e rebolavam-na no altar de Nossa Senhora para ficar mansinha” (Vilhena, 1995:277).

Em Oleiros, Jaime Lopes Dias (1955:226) regista a informação de um ritual que contém todos as formas anteriores (rebolar sobre o altar, açoitar a criança e marrar com o touro), ao qual se refere do seguinte modo: “para que as crianças bravas amansam levam-nas à capela de S. Marcos, rebolam-nas ali sobre o altar, dão-lhe dois açoutes no sítio onde as costas perdem o nome e batem-lhes com a cabeça na cabeça do touro que a imagem do santo tem aos pés”.

Um dos padres com quem contactámos desconhece a interpretação dada ao ritual de colocar / rebolar as crianças bravas sobre o altar. Mas observa que, com alguma frequência, no final da cerimónia de baptismo uma das mulheres vai com a criança e coloca-a sobre o altar, “mas nunca me apercebi porquê. Eu entendo isto como um gesto de devoção”.

O baptismo religioso parece não ser suficiente. A criança tem que entrar em contacto, fisicamente, com qualquer área sagrada para se carregar de uma energia específica de cariz protector.

O baptismo, além de rito religioso é também um rito de integração social e de purificação. Permite à criança o abandono do mundo fechado da família, que integrava até aí, para passar a fazer parte da comunidade humana mais vasta. De purificação, porque se desliga finalmente das impurezas associadas ao nascimento.

Outra forma de tratamento das crianças bravas consistia em bater com a cabeça numa imagem sagrada ou no cruzeiro existente no adro da capela de nossa Senhora do Almurvão. As imagens sagradas usadas para este fim são as que localmente protegiam e amansavam o gado bravo (tours e vacas).

Escreve Jaime Lopes Dias (1944:181) que “no Ladoeiro levam-nas à igreja e batem-lhes três vezes com a cabeça na imagem de Santo Antão”¹²⁰ e em Idanha-a-Nova “levam-nas à capela da

¹²⁰ Nesta comunidade, Francisco Henriques (1997) identificou a imagem de Santo Isidro como a protectora do gado vacum.

Senhora do Almotão e batem-lhes com a cabeça na imagem de São Romão, ou no cruzeiro que fica em frente do arraial” (Dias, 1944:181). Para o Pergulho (PN), o mesmo autor (Dias, 1970:234) diz-nos que “São Marcos é o advogado dos touros bravos. ... Há na capela um touro de madeira onde os chefes de família levam as crianças bravas para baterem com as cabeças delas na cabeça do touro, que assim se farão mansas”. Assunção Vilhena (1995:277 e 409) complementa a informação com o seguinte registo “quando as crianças eram difíceis – bravas, como cá dizem, acreditam que se levassem a «marrar» no touro que S. Marcos tem aos pés, a criança ficava «mansa»”.

São Marcos é o orago da igreja de Pergulho, Proença-a-Nova¹²¹. Tinha festa no dia 25 de Abril de cada ano, hoje transferida para o Domingo mais próximo daquela data. A festa coincidia com uma feira de gado, que se realizava numa área próxima da igreja.

São Marcos, na área dos concelhos de Proença-a-Nova, Vila Velha de Ródão e em parte do concelho de Castelo Branco, era o protector dos bois, independentemente do seu temperamento (bravo ou manso). No dia da festa todos os bois da região iam ao local, davam três voltas à igreja¹²² acompanhados do dono que no final entrava na igreja para esmolar o santo.

O ritual das pessoas era semelhante ao dos animais. Findas as três voltas à igreja entravam para ir marrar com o touro e dar uma contribuição monetária ao santo. “Era um santo que apanhava muito dinheiro, no tempo que havia pouco, hoje toda a gente tem”, informa-nos uma entrevistada.

Hoje, a imagem já não tem o touro a seus pés. “A minha avó diz que esconderam o touro porque ia toda a gente lá a marrar com o touro que até já tinha um corno partido”.

Se a criança era muito brava os pais prometiam levá-la a São Marcos para marrar com o touro, para amansar. “Mas o Sr. Vigário, que está lá agora, não gostava. Não gostava disso e tirou de lá o touro... É que depois andavam à volta da igreja com os bois para fazer as promessas e também não queria que andassem lá. Depois começou a dizer que à hora da missa não queria lá ninguém em volta da igreja. É que andavam com campainhas e estavam na missa e faziam muito barulho...”

As pessoas prometiam e vinham lá com aquela fé”.

¹²¹ Na Castanheira, a Norte de Sobreira Formosa, existe uma outra igreja cujo orago é São Marcos. Sobre esta festa Maria Assunção Vilhena (1988:141) regista o seguinte: “25 de Abril, era dia de S. Marcos, santo protector dos bois e patrono da capela da Castanheira. Ia realizar-se a grande festa em honra do Santo, nesse ano com missa cantada, bênção dos animais e procissão. A essas cerimónias acorriam os lavradores das redondezas com os bois: uns apenas para receber a bênção, outros também para pagarem promessas feitas por ocasião de doenças graves dos animais. O velho Esteves não podia faltar, pois estava em dívida para com S. Marcos. Quando os bois tiveram uma terrível infecção nos olhos... ele prometera ir à festa quando chegasse o dia próprio, oferecer uma garrafa de azeite para alumiar o santo, assistir a todas as cerimónias e dar seis voltas à capela, levando pela rédea o Cabano e o Gravito”.

Em Sarzedas, havia também culto e festa a São Marcos. Sobre o ritual da bênção dos bovídeos escreve Acácio Oliveira (s/d:139) o seguinte: “sendo S. Marcos o «advogado» (protector) dos bois a ela não faltavam os donos do gado bovino das redondezas que se faziam acompanhar dos seus «ganhões» guiando, de aguilhada em punho, os carros puxados pelos bois, para que os animais fossem abençoados pelo Santo. Tais carros eram sempre enfeitados com ramos e papéis de cor e levavam familiares dos proprietários dos bovídeos... Em tempos mais recuados houve até prémios para os carros que se apresentassem melhor ornamentados. Aos carros de bois juntavam-se frequentemente carroças tiradas por muares havendo agricultores que se esforçavam no sentido de as suas carroças levarem o maior número possível de crianças”.

¹²² Ver o trabalho de Carlos Abafa (1997), *São Marcos na Religiosidade de um Povo*, Ibn Maruán, nº7 e Leite de Vasconcelos (s/d: 212-214) onde o touro é alvo de ritualidade vária com o objectivo de o amansar.

O raio cerimonial desta imagem estendia-se a todo o concelho de Proença-a-Nova e aos concelhos vizinhos.

“As crianças que eram bravas a gente prometia-as a São Marcos e ia-se com elas a marrar no touro e elas ficavam mansinhas”.

As promessas eram cumpridas nos dias da festa e, pelo que pudemos constatar, todas as pessoas marravam com o touro, *“diziam que era bom”*, independentemente do temperamento, da idade ou de uma qualquer promessa. Por este facto não era vergonha qualquer criança brava, ou com comportamentos antisociais, marrar com o touro.

“Quem começou a criticar foi o padre Alfredo. Começou a dizer «temos que tirar daqui o touro. Estão aqui a marrar com o touro toda a tarde»”.

Foi-nos frequentemente mencionada a eficácia deste ritual para a cura das crianças bravas.

Este ritual, destinado a amansar crianças e animais, ajuda a confirmar o que vimos constatando há muito tempo que é a paridade / indiferenciação / promiscuidade existente entre o homem e alguns dos seus animais domésticos (bois, cavalos, burros e mesmo porcos). Para muitas das unidades familiares, por muito que hoje nos custe a aceitar, era mais difícil aceitar / suportar os transtornos da morte de um animal doméstico de grande porte do que de um filho de tenra idade.

Na área do concelho da Sertã encontraram-se terapias substancialmente diferentes das compiladas para a área em estudo. Por exemplo, em Arnóia (S), para amansar crianças bravas, segundo Jaime Lopes Dias (1967:301), *“colocam-nas dentro de um cesto ou canastra, cobrem-nas com outro cesto ou canastra, e fazem saltar sete cabras por cima”*. Em Perna do Galego *“era aventar a criança para o fundo da cama”* (dos pais, naturalmente).

O médico José Lopes Dias Júnior (1924:20) refere o uso do vinho e de outras bebidas alcoólicas *“em muitas aldeias sertanejas”* para *“sossegar os gritos das crianças”*.

Incluímos, nas poucas linhas que se seguem, um conjunto de práticas relacionadas com a prevenção do aparecimento de sintomas compatíveis com a criança brava. Observamos, em termos gerais, que a ritualidade usada não difere, substancialmente, da utilizada no tratamento. Diferente é o momento da sua aplicação. Para uma prática ter valor preventivo deve ser implementada antes da declaração dos sinais.

Adolfo Coelho (1993:459), no vol. 1 da sua *Obra Etnográfica*, apresenta duas destas fórmulas *“... No Pedrógão dão a beber ao recém-nascido a água em que são lavados para os tornar mansinhos; o mesmo resultado se alcança dando-lhe sobre um altar três palmadinhas...”*¹²³ e *“... é bom para que as crianças sejam mansas fazê-las dormir um sono sossegado com o fato do baptismo”*. Estas fórmulas são também usadas como tratamento.

Benedita Araújo (1997) apresenta outra modalidade destinada a garantir que a criança nasça mansa e que consiste em (a mãe) rezar, diariamente, um número ímpar de rezas, durante a gravidez, principalmente nos três primeiros e nos três últimos meses, que são também os de maior risco; fazendo isto alcança os favores de Maria Santíssima.

¹²³ Consiglieri Pedroso (1988:137) regista prática semelhante.

“Para que de futuro fosse mansa... (como escreve Paula Godinho 1990:209) ...a madrinha rolava-a no altar no final do baptismo”.

Em Escalos de Baixo, Jaime Lopes Dias (1966:273) regista um ritual que nos parece mais de cariz preventivo: *“para que as crianças não fiquem bravas, deitam-nas no altar de S. Luis”.*

2.8. Acção sobrenatural sobre a criança

Este é um dos capítulos que a medicina oficial não documenta. É também uma área complexa devido à diversidade dos agentes, à variedade e interpretação dos sintomas apresentados, à extensão e subjectividade do fenómeno e à nomenclatura utilizada.

É um fenómeno de distribuição nacional embora tenha particularidades regionais e locais.

Enquadram-se nesta área do trabalho as situações de crianças que apresentam um conjunto de sintomas cuja causa se atribui a uma entidade sobrenatural. Não impede, entretanto, que perante uma mesma situação se atribuam outras etiologias, como constata F. Henriques (1998:64) para os adultos.

2.8.1. Entidades sobrenaturais

Entenda-se por sobrenatural o que, segundo os intervenientes, não tem uma explicação racional, o que está fora da ordem natural criada por Deus.

As entidades sobrenaturais que mais frequentemente interferem com a saúde e bem estar da criança são: as bruxas, tidas como o seu principal inimigo; os espíritos de mortos; a lua; o demónio e as feiticeiras.

2.8.1.1. Bruxas

A bruxa é considerada um dos principais inimigos da criança. Tem o poder de interferir maleficamente com qualquer pessoa, animal, ou coisa (horta, árvore de fruto, etc.). Esse poder pode ter-lhe sido transmitido por uma outra mulher.

São quase sempre identificadas com mulheres idosas, de mau humor ou pouco tolerantes e que vivem sós. Atribuem-lhes hábitos estranhos e vivem socialmente à margem das suas comunidades. São, geralmente, temidas e respeitadas, porque são julgadas capazes de agir à distância sobre os outros. São o baluarte da ruralidade (Carvalho, 1994).

Leonor Buescu (184:71), para Monsanto (IN), caracteriza a bruxa do seguinte modo: *“são criaturas execradas, dotadas de maléficos e estranhos poderes. Na pupila, em lugar de se reflectir uma pessoa humana, reflecte-se a figura de uma cabra.”*

As bruxas sugam os recém-nascidos, tolem-nos e apertam-lhes o corpo (Vasconcelos 1982). Em Tinalhas (CB) *“as bruxas roubavam os bebés que ainda não estão baptizados, levam-nos para os cemitérios e furam-lhes com agulhas a cabeça, na moleirinha. Atiram as crianças ao ar, deixando-as cair sobre as campas”* (Jorge, 1996:316) e no Ladoeiro (IN) levam-nas para cima dos telhados (Dias, 1944).

Uma bruxa tinha igualmente o poder da fazer mal só com o olhar – mau olhado¹²⁴, como escrevem vários autores. “*Esse poder era ambíguo, no sentido de que nem sempre era controlado pela própria pessoa. Podia-se «deitar mau-olhado» contra vontade, pelo facto de olhar, tocar ou dirigir a palavra a alguém, ou fazê-lo propositada e voluntariamente*” Nunes (1997:133).

As bruxas são o elo de ligação entre o mundo dos espíritos e o humano.

A sua actividade, perante os utentes, consiste em diagnosticar, mediante a interpretação dos sinais e sintomas manifestados, confirmar e pormenorizar o diagnóstico que o utente ou respectiva família já anteviam e propor um tratamento que conduza à cura do indivíduo.

Segundo Fontes (2000:122)¹²⁵ o bruxo tem a capacidade de “*identificar o causador e aniquilar o seu efeito maléfico. A presença do bruxo inclui-se quase sempre no mesmo esquema: situação difícil, indicação do causador, recurso ao medianeiro, que será o bruxo*”.

Uma das características da bruxa é a sua capacidade em se transformar noutras identidades como sombra, ovelha, galinha, etc. (Moura, 1997 e Henriques *et al.*, 2001). Cite-se como exemplo um conto popular (Henriques *et al.*, 2001:119) no qual a intervenção da bruxa sobre as crianças e os animais de uma família, durante a noite, é materializada através de um vulto / sombra. Perante tão forte perturbação, com os filhos a chorar, chibos a berrar, barulhos diversos, o homem abre a porta da rua e vê “*um vulto, uma coisa tão grande*” ao qual lançou uma pedrada. Este acto, segundo o registo, ajudou agravar a situação. Leite de Vasconcelos (s/d:79) regista que “*quem quiser apanhar os lobisomens, as feiticeiras ou bruxas, atira-lhes à sombra com pedras...*”

A identificação do ente perturbador é imediatamente feita pelos ocupantes adultos da casa e por quem ouve o relato da situação, confirmado, posteriormente, pela bruxa ou benzilhão consultados.

Para confirmar a suspeita de qualquer acção nefasta sobre a criança Consiglieri Pedroso (1988:146) indica que se deite “*sal no lume e passa-se por cima dele a criança, três vezes. Se o sal estala, não tem a criança nada; se pelo contrário o lume se amortece, é porque lhe fizeram mal efectivamente*”.

2.8.1.2. Espíritos de mortos

Esta entidade tem outras designações como possessão das almas (Araújo, 1997), almas do outro mundo (Nunes, 1997), espíritos (Henriques, 1998) e outras.

A última designação, no plural ou no singular, é a mais comum na região em apreço.

Esta crença é socialmente aceite, está distribuída por todo o país e encontra-se muito difundida.

Entre a nossa população, crê-se que a unidade do sujeito é constituída por um corpo (parte física) e uma alma (imaterial) que anima esse mesmo corpo. Com a morte física do indivíduo

¹²⁴ Outras designações: quebranto, mal de olho, etc.

¹²⁵ Este autor utiliza sempre o termo bruxo e não bruxa.

sobrevive a parte espiritual do mesmo, designada por alma, que irá para o céu, purgatório ou inferno conforme o comportamento terreno do seu portador. Há, entretanto, almas que ficam a pairar no limbo, em nenhuma destas instâncias. São almas que *“deixaram alguma coisa por fazer, ou alguma promessa por cumprir,... ou têm que expiar um pecado... ou voltam a este mundo para proteger algum familiar contra as almas más”* (Nunes, 1997:138).

Francisco Henriques (1998:70) regista que *“os espíritos que atormentam e possuem uma qualquer pessoa ... são os dos suicidas, «porque não têm entrada no céu», dos indivíduos que morreram tendo promessas por cumprir e dos que morreram em acidentes, «porque não estão preparados e revoltam-se contra a morte»”*.

Horácio Jorge (1996:317) refere que *“as almas, ou espíritos do outro mundo, voltam para contactar os parentes, a fim de estes lhes pagarem promessas que tinham sido feitas perante Deus, a Virgem ou os santos. Sem saldar essas dívidas as almas andarão errantes, sem poderem entrar no Céu”*.

As almas que possuem os vivos podem vir do purgatório ou do inferno. Assim, *“as primeiras podiam possuir ou obsidiar os vivos, sem pretender praticar o mal, levadas apenas pela necessidade de encontrar o seu caminho para a libertação, pois estão «destinadas para irem gozar a bem aventurança(...) quando se acabar a satisfação que ainda deviam pelas suas culpas»*. As últimas, oriundas do inferno, *“podiam ter propósitos nefastos e querer prejudicar os seres vivos”* (Araújo,97:139).

Os espíritos são, na perspectiva das mulheres e homens de virtude, as entidades sobrenaturais que mais interferem com as crianças, devido à sua vulnerabilidade. Tal como um adulto, a criança passa a comportar-se de modo diferente, estranho e imprevisível.

Os sinais observados na criança «espirituosa» podem ser confundidos com os de qualquer outra situação de doença ou de desconforto, como veremos mais à frente. O diagnóstico do problema, a identificação do espírito e o conteúdo da reivindicação são feitos, apenas, pelo homem ou mulher de virtude.

2.8.1.3. Feiticeira

No subcapítulo *As Bruxas* (Vasconcelos, 1982:34), usa indistintamente a designação de bruxa e feiticeira; nas *Tradições Populares de Portugal*, do mesmo autor, é mencionado que as feiticeiras adivinham.

Berta Nunes (1997:135), distingue bruxa de feiticeira. As feiticeiras são *“seres mais etéreos e indefinidos. No entanto, muitas vezes utiliza-se indistintamente a acusação de feiticeira ou bruxa, em relação a uma vizinha ou conhecida”*.

Na ápera de estudo este termo não ocorre para designar uma entidade específica.

2.8.1.4. Demónio

De um modo pouco rigoroso, o demónio pode ser entendido como uma personificação de forças malignas. Benedita Araújo (1997:60) afirma que *“também o demónio procurava maleficar e*

apropriar-se das crianças ainda no ventre ou das suas almas. Segundo a crença, podia exigir aos familiares tal entrega, dando em troca o que lhe pedissem”.

Regionalmente, a lenda de Santo Amador, de São Pedro de Vir-a-Corça (Monsanto, IN) menciona um grupo de demónios que raptaram um recém-nascido. Vejamos a lenda: *“um dia, por um calmo fim de tarde, viu Amador cruzar o céu um grupo de demónios levando consigo um menino. Uma praga proferida pela mãe da criança tinha sido a causa desse rapto demoníaco. Implorou Amador a Deus que não se perdesse a alma daquela criança inocente. A sua prece foi ouvida e os demónios largaram-na sobre os rochedos. O ermitão criou consigo a criança e uma corça vinha diariamente à gruta (que existe em frente da ermida) alimentar o menino”* (Salvado, 1993:17).

Na actualidade, esta entidade sobrevive na literatura popular, em termos de maleficência.

2.8.1.5. Lua

Crê-se que os corpos celestes tenham a capacidade de exercer influência sobre o homem e a generalidade dos restantes seres vivos. Esta concepção é aceite em todo o país.

Em algumas áreas de Portugal, os efeitos do luar sobre a criança, de um modo directo, ou através da roupa ou da água onde fora lavado, eram particularmente nefastos (Vasconcelos, 1982; Araújo, 1997; Consiglieri Pedroso, 1988; Silva, 1995), principalmente se as crianças tinham aspecto corado e sadio.

A lua era comumente associada às feiticeiras, aos voos nocturnos das bruxas e à morte. Por este facto, crianças com menos de um ano não deviam sair à rua, durante a noite, sem protecção adequada (Consiglieri Pedroso, 1988:263; Silva, 1995). A lua tinha também a capacidade de produzir quebranto, que necessitava de ser talhado com ritual oral e gestual adequado.

Noutras regiões, a criança era apresentada à lua, também com ritual oral e gestual próprio, e solicitada a colaboração desta no seu crescimento sadio (Vasconcelos, 1982) ou para tratar o bebé «apanhado da lua» (Silva, 1995).

Quando as crianças dormem com os olhos abertos, e riem sem ainda terem idade, diz-se que «têm lua» (Vasconcelos, s/d:155). Para o tratamento deste problema é indicada uma ritualidade específica, acompanhada de defumadoiro.

Na nossa área de estudo foram identificadas as duas facetas opostas da lua: a lua maligna e a lua benigna. Relativamente à primeira, fomos informados que se *“não deve secar a roupa dos bebés na rua, de noite ao luar, porque o mau olhado da lua é o pior”* (Gavião de Ródão, VVR). Ao invés, são realçados os efeitos curativos da mesma em situações de sonos trocados (Lagar Martins, Monsanto), bastando para isso colocar os cueiros da criança em cima do telhado ao luar, lua benigna.

Na literatura consultada e nas entrevistas realizadas, não se identificaram acções nefastas sobre as crianças provocadas por outros entes sobrenaturais como o lobisomem e a má hora.

2.8.2. Outras entidades, não sobrenaturais

Inventariámos duas outras entidades que não sendo de índole sobrenatural tinham a capacidade de produzir na criança sintomatologia patológica, semelhante ao bruxedo. São elas o ar e as parteiras. Ainda encontramos vestígios de ambas na nossa região.

Relativamente à primeira, Consiglieri Pedroso (1988:251) recomenda que a criança com menos de seis meses não deve sair à rua à noite “*por causa dos maus ares*”.

Horácio Jorge (1996:320) regista em Tinalhas (CB) que “*quando alguém adocece, o mal pode ser provocado pelo ar que tenha apanhado: ar de galinha choca, ar de cemitério, ar de defunto, ar de cão...*”

Em Alameda (CB), voltamos a encontrar referências ao ar, sem especificar a hora do dia nem a qualidade do ar. Disse-nos uma entrevistada: “*eu quando era pequena andava sempre com quebranto mas a minha mãe sabia a reza e desmanchava-o. Mesmo o ar deita quebranto, não é só as pessoas*”.

Na bibliografia encontrámos grande quantidade de recomendações / proibições, ligadas ao sobrenatural, no sentido de proibir a criança de sair de casa, durante a noite, principalmente se não fosse ainda baptizada. Ao fazê-lo ia contra uma série de proibições. Porque a noite, em sentido simbólico, é o domínio da natureza, da morte, do masculino, do sobrenatural e a criança não baptizada, ali, não estaria protegida. Estaria num estado de alta vulnerabilidade.

Empiricamente, temos também consciência da ausência de indumentária adequada à protecção da criança. Sair à noite seria expô-la a uma temperatura, humidade e vento pouco indicados para a sua idade. Porque crianças pouco protegidas adoeciam mais facilmente. Por este facto, prescrevia-se que uma peça do vestuário masculino (casaco ou chapéu, por exemplo) protegesse a criança (protecção simbólica e empírica).

A segunda entidade, capaz de produzir patologia na criança, é a parteira.

As parteiras eram as mulheres que em cada comunidade tinham a seu cargo o acompanhamento obstétrico da parturiente e o trabalho inerente ao recém-nascido. Eram quase sempre pessoas com algumas décadas de vida e com experiência da maternidade.

Benedita Araújo (1997) documenta a enorme desconfiança existente para com as parteiras. Em virtude da elevada taxa de mortalidade infantil, eram consideradas capazes de causar a morte aos recém-nascidos ou às crianças de muito tenra idade, de secar o leite materno, de provocarem a recusa do mamilo por parte da criança, de provocarem manchas escuras na pele destas e de usarem o material exuvial, recolhido durante o trabalho de parto, na magia negra.

Confidenciou-nos uma das informantes, do concelho de Proença-a-Nova, o seguinte: “*o meu F. quando ia do mês para os dois meses teve uma birra muito grande... A gente na altura dizíamos que era a Ti C. porque era ela que me fazia os partos, mas pelo F., não sei o que se passou que a gente estava zangada, então chamou-se a mulher do Mesão Frio. A gente pensou que era ela que talvez estivesse a fazer mal*”.

2.8.3. Entidades nosográficas

Na bibliografia foi também inventariado um conjunto, não muito vasto, de entidades que passaremos a expor sem qualquer critério de agregação: mal de inveja, acedente¹²⁶, mal olhado, bruxedo, quebranto¹²⁷, choro, amentação, mal de bruxedo.

Apresentam-se breves notas acerca destas entidades.

2.8.3.1. Choro

Da bibliografia consultada apenas Benedita Araújo o refere. É conhecida no Sul do país e consta de uma benzedura e um ritual complexo feito a crianças “*em que toda a roupa do enfermo era “passada” pela asa de um cântaro. Praticava-se nas encruzilhadas, pela meia-noite e estavam presentes os padrinhos. Estas cerimónias ainda hoje se realizam quando a família vê a criança muito depauperada, sem obter resultados da medicina oficial*” (Araújo, 1997:115).

Na região alvo não foram encontradas referências a esta entidade.

2.8.3.2. Amentação

É uma enfermidade de sintomatologia indeterminada mas que matava e fazia sofrer muito as crianças. Segundo Benedita Araújo (1997:57) este feitiço era “*praticado geralmente por pastores, obrigava a adorar o «cão do gado», isto é, o Demónio. E, conforme é costume na magia, quem sabia fazer, também desfazia. Por isso, quando qualquer criança estava, ou está «amentada», será conveniente procurar um pastor para desamentar. Há pastores que ainda hoje se ufam de serem os únicos a desfazer convenientemente este «mal»*”.

Na área de estudo não encontramos referências a esta entidade.

2.8.3.3. Quebranto

Optámos por esta designação embora, regionalmente, a entidade seja também conhecida por acedente, mal de inveja, mal ou mau olhado, quebranto, bruxedo, mal de bruxedo e olhante.

Para uma mesma realidade a literatura etnográfica regional utiliza qualquer um dos termos, indistintamente. As duas últimas designações são as menos utilizadas.

No material analisado encontramos a qualificação como causa e como consequência para denominar uma mesma realidade. Assim, por exemplo, o quebranto é consequência do mau olhado, ainda que no quotidiano os termos sejam usados indistintamente.

O quebranto, como entidade patológica, já fazia parte das antigas culturas mediterrânicas (egípcia, grega, latina) e do próximo oriente (caldaica, assíria) (Coelho, 1993). Hoje, o quebranto, encontra-se preferencialmente associado às camadas sociais menos letradas. Mas nem sempre assim foi. Até ao século XVIII foi alvo de atenção pelos mais distintos médicos e filósofos (Coelho, 1993).

¹²⁶ Em versão escrita pode surgir, embora raramente, o termo acidente.

¹²⁷ Pode também ser usado o termo quebranto. Jaime Lopes Dias utiliza um e outro termo indistintamente.

No século XVII, Frei Manuel Azevedo definia fascinação, ou mau olhado, do seguinte modo: “*he hu mal produsido do espirito fascinante, saindo pelas porosidades do corpo, & principalmente dos olhos, que corrompe o temperamento daquelle sujeyto, a que foi dirigido o tal espirito visivo, imprimindo-lhe hua qualidade maligna, & peçonhenta, & mortifera, porém naturalmente, & principalmente se for acompanhado com inveja*” (Coelho, 1993:507¹²⁸).

Benedita Araújo (1997) refere que mau olhado e quebranto apresentam sintomatologias semelhantes ainda que sejam etiologicamente diferentes. Ao nível do tratamento, as benzeduras do mau olhado fazem uso de defumadoiros preparados com base em drogas vegetais o que não acontece com o quebranto. No Sul da Beira, tal como em áreas transmontanas (Araújo, 1997), parece não haver grande diferenciação entre quebranto e mau olhado.

Do mau olhado passamos a transcrever alguns parágrafos de um texto manuscrito, mais vasto, que há anos nos chegou às mãos. O documento é da autoria de Lucília Correia Nunes de Sousa e foi feito em âmbito escolar.

“Há pessoas que têm um olhar especial com muito magnetismo. Essas pessoas se quiserem fazer mal a alguém podem utilizar os seus poderes. Mas há pessoas que não querem provocar o mal e por isso desviam geralmente o olhar.

A ti Violanta era uma velhota que já morreu e tinha essa força no olhar. Mas não queria fazer mal a ninguém. Por isso, quando ouvia qualquer ruído de alguém que se aproximava – fosse pessoa ou animal – ela baixava o olhar para o cravar na terra. Aí perder-se-ia a maior parte do magnetismo. Se ela olhasse o animal ou pessoa que se aproximava estes ficariam doentes.

Ela, aliás, descobrira isso ao fim de muitos anos, quando vários dos seus animais tinham adoecido. No entanto há pessoas que querem fazer mal a alguém, por raiva, inveja ou qualquer outro motivo...”

Uma das nossas informantes, mulher de virtude, ajudou a complementar a perspectiva anterior, afirmando que “*o mal de inveja é um mal devastador. O mau olhado e o mal de inveja mata, desde que não forem curados. A criança está a comer e pode passar uma pessoa que envergonha-se de falar em Deus - «benza-te Deus» e pode fazer até mal a uma criança, mesmo sem querer. Digo muitas vezes às pessoas, nós somos culpados, podemos fazer mal sem saber e se nós não nos envergonharmos de falar em Deus, só que a gente diga «benza-te Deus» já não fazemos mal*”.

Há muitas pessoas que sabem que fazem mal, e fazem-no quando querem. Mas há pessoas que fazem mal sem querer. Assim, quando a gente chega ao pé de uma criança mesmo que a gente não queira falar dizemos para nós «benza-te Deus».

Em Lisboa, no registo de Leite de Vasconcelos (1982:24), “*ao louvar-se uma criança, por estar gordinha, por exemplo, deve acrescentar-se: «benza-o (a) Deus», a fim de evitar o mau olhado*”.

¹²⁸ Citado de Doutor Fr. Manuel de Azevedo, *Correçam de Abusos Introduzidos Contra o Verdadeiro Methodo da Medicina*. Primeira Parte. Em três tratados. Lisboa 1690. II parte. Lisboa, 1705. Tratado I, *Da Fascinação, Olhado ou Quebranto*, p.9 e segs.

O diagnóstico de quebranto é confirmado se as gotas de azeite vertidas sobre um recipiente com água se pulverizam imediatamente. Se a gota mantém a sua unidade o indivíduo não tem quebranto; a patologia é de outro tipo e este ritual não soluciona o problema. Há propostas de tratamento em que o terapeuta repete a totalidade do ritual até que as gotas de azeite se mantenham unidas, sinónimo de cura.

Tipologicamente o quebranto pode ser macho ou fêmea, resultar de mau olhado ou de palavras de louvor, peçonhento ou não peçonhento e natural ou diabólico.

É quebranto macho quando as gotas de azeite vertidas no recipiente com água tomam a forma de um animal (Sousa, 1985), ou aspecto arrendado (Jorge, 1996). Este quebranto é provocado por um homem. Se o azeite se espalha no recipiente, sem forma específica é quebranto fêmea e foi induzido por uma mulher.

O quebranto que resulta de mau olhado é provocado, como já esclarecemos, por pessoas cujo olhar tem a capacidade de provocar nas outras ou nos animais situações de doença ou de infelicidade. O mau olhado que resulta de palavras de louvor provem dos elogios dados a uma criança, com boas intenções, sem anexar a fórmula preventiva *benza-te Deus*¹²⁹.

É peçonhento se os cinco fragmentos, de uma haste vegetal queimada, após vertidos no recipiente com água ficam cruzados no fundo do vaso. Não é peçonhento quando os pedaços de haste queimada não ficam cruzados no fundo do vaso (Dias, 1948).

Bernardo Pereira (1734) designa de fascinação natural o quebranto ou mal de olho e de fascinação diabólica o feitiço.

Na análise da ritualidade do tratamento ao quebranto observamos alguma promiscuidade entre o ritual de tratamento (ensalmo) e o ritual de obtenção do diagnóstico (lançamento de gotas de azeite em recipiente com água). Diríamos que o ritual da confirmação do diagnóstico já faz parte do próprio tratamento. Frequentemente, este mesmo ritual desaparece para dar lugar apenas ao ritual de tratamento.

2.8.4. Sinais e sintomas apresentados pela criança

Na literatura etnográfica, geral e regional, foi-nos muito mais fácil encontrar um vastíssimo conjunto de práticas inerentes ao tratamento de situações relacionadas com a intervenção do sobrenatural do que material relativo aos sinais e sintomas apresentados pelas crianças diagnosticadas com quebranto, mal de inveja, possuídas por um espírito ou outras situações.

Como veremos, a sintomatologia apresentada é vaga, pouco específica e relativamente diversificada. É mesmo comum a diversas situações patológicas.

Neste subcapítulo, por uma questão de facilidade, tentaremos apresentar, primeiramente, a sintomatologia causada na criança pelas bruxas, seguida da que é provocada pelos espíritos.

¹²⁹ Na página <http://sites.uol.com.br/cmfolclore/mauolhado.htm> encontramos cópia fiel de algumas das práticas relativas ao mau olhado em texto de Mundicarmo Ferreti acerca do *Mau olhado e Malefício no Tambor da Mina*. Site consultado em 30 de Outubro de 2001.

Em termos práticos são idênticos os sinais de mau olhado e quebranto (Araújo, 1997:112). Contudo, deve identificar-se correctamente a situação para que o tratamento (reza) seja o mais adequado. Nestas circunstâncias, o doente apresenta *“palidez excessiva, tremores, falta de apetite. O enfermo começa a definhar...”*. As vítimas das bruxas, crianças ou adultos, *“começam-se a secar até que morrem sequinhos”*, no registo de Berta Nunes (1997:160) e segundo Fontes (1992:59) *“uma criança que não medra, ou que tenha cabelo áspero, é porque está mamada e chupada delas”*.

Os sinais do quebranto, segundo Leite de Vasconcelos (1982:24), são *“a criança espreguiça-se muito, abre muito a boca, tem febre, vomita, anda com destempero de ventre e a cor amarelada; se o quebranto é forte, fica muito roxa”*. Ainda segundo Vasconcelos (1982) a intervenção das bruxas sobre as crianças pode manifestar-se na dificuldade destas em dormir, no corpo chuchado¹³⁰ e na falta de forças para andar (ensarilhada).

O quebranto, que sintomaticamente se manifesta por bocejos repetidos, é provocado por mau olhado (Coelho, 1993).

O mau olhado, quebranto ou mal de inveja, em Cafede (CB), manifestava-se por *“crises de tristeza e febres”*, segundo António Castela (1996) e, segundo Carlos Moura (1997:44), *“quando lhe dói a cabeça”*. Na área do Concelho de Proença-a-Nova, Assunção Vilhena (1995:267) apresenta-o como *“dor de cabeça e má disposição geral”*. Em Juncal do Campo (CB), Joaquim Matos (1983:98) refere a perda da *“vontade de comer, não se levantam ou têm certas doenças”*.

A colectânea de contos populares da área de Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão apresenta a situação de uma criança que *“desde qu’chegasse a meia noite, era chorar, chorar, chorar, chorar sem parar ...”*

... A cachopa até qu’nom chegasse aí as quatro horas da manhã, num sossegava. Estava magrinha, magrinha, magrinha com chorar. E dizem qu’foi pior o pai aventar a pedra atrás daquilo («um vulto, uma coisa tão grande») (Henriques et al., 2001:119). No Sul da Beira Interior é comum ouvir-se relatar situações semelhantes.

No Rosmaninhal (IN) *“quando as crianças não mamavam diziam logo foi fulana (uma mulher velha e coxa moradora na aldeia e tida como bruxa) que por aí passou que o embruxou (à criança)”*; na mesma localidade e em Proença-a-Velha (IN) *“quando a criança não dormia durante a noite diziam que era bruxas que andavam com ela”*.

O espírito dos mortos manifesta-se na criança de modo não muito diferente do mencionado anteriormente. Descrevia-nos uma das nossas informantes de Proença-a-Velha (IN) a cena a que assistiu na sala de espera de uma mulher de virtude: *“quando eu levei o João à Ti Hermínia (bruxa), tava lá uma criança de três meses que gritava, gritava. Até parecia que rebentava com tanto gritar e ódepois nem a mãe o segurava. Depois vei a Hermínia e disse «ele tem o espírito de Salazar dentro dele». Começou-lhe a fazer rezas e logo abrandou. A criança começou a falar. Trazia o espírito de Salazar. O Salazar é que falava”*.

Diz-nos outra informante de Fratel (VVR) *“o meu neto é muito mau é por causa de um espírito, a minha filha até teve que ir com ele a uma bruxa, aqui há muita gente que vai à bruxa por causa*

¹³⁰ O mesmo que hematomas.

dos bebês”, e acrescenta: “o filho da Jesus, o mais pequeno, andava sempre triste. Tinha uns quatro ou cinco anos. Devia ser uma doença mas nunca a detectaram. Também foram à bruxa e o que ela disse é que era uma avó ou uma bisavó, que era o espírito dela. Se uma criança tem um comportamento anormal associam logo aos espíritos e levam à bruxa”.

De mulheres de virtude ouvimos o seguinte depoimento: “crianças que choram muito são crianças que estão assombradas com espíritos e então vamos fazer tratamento aos espíritos. A criança não tem paz nem parança quando anda apoquentada por um espírito.” Uma mulher de virtude deu um exemplo de um dos seus filhos. “... chora e tudo, não obedece, não come nem dorme, não obedece em nada a ninguém. São maltratados. Eu tenho um filho... que da idade de três meses ele começou a ser atingido. Ninguém calava o miúdo. Tanto fazia correr muito como pouco, como ir passeá-lo, ninguém o calava”.

O choro intenso e ininterrupto da criança, a tristeza e a ausência de resposta ao carinho manifestado pelos pais são os sinais prevaletentes da acção do sobrenatural.

2.8.5. Tratamentos propostos

O tratamento da intervenção do sobrenatural sobre a criança é um domínio quase exclusivamente feminino. Ainda que na bibliografia tivéssemos encontrado a notícia de um ou outro homem a fazê-lo. O tratamento está a cargo das bruxas, mulheres de virtude, benzedadeiras ou outras. Em cada uma das nossas comunidades há pelo menos uma mulher com este tipo de conhecimento. De há alguns anos para cá, demos conta de um maior número de indivíduos a conhecer estes rituais de tratamento. As pessoas receiam pela morte de quem possui este conhecimento e previnem-se registando em papel e observando a ritualidade em causa, devido à inocuidade da intervenção. Não se regista fenómeno semelhante para o domínio da possessão.

O tratamento é feito em casa do terapeuta. Algumas mulheres de virtude, com muitos clientes diários, já prepararam um espaço próprio para receber e tratar quem as procura.

O tratamento é idealmente feito na presença da criança. A mulher de virtude, no caso de crianças espirituosas, após a observação manda, frequentemente, sair a criança, para não a traumatizar com a disputa que se vai iniciar com o espírito ocupante.

Outras vezes, a criança está ausente mas está alguém por ela e, mais raramente, o tratamento ou instruções complementares podem ser dadas pelo telefone.

A quase totalidade dos tratamentos inventariados são constituídos por um ensalmo ou, ensalmo e defumadoiro. Poucos são os tratamentos que recorrem a outras metodologias.

Relativamente aos tratamentos enquadráveis no último grupo, Consiglieri Pedroso (1988) recomenda passar a criança três vezes por uma meada de linho. Este tipo de prática é usado na nossa região para o tratamento do estrapasso ou gaguez. Com o mesmo objectivo Benedita Araújo (1997:112) regista que se deve “passar o enfermo por uma argola de pão preparado em forno de mato”. Adolfo Coelho (1993) regista outras fórmulas que excluem ensalmos.

No Teixoso, Jaime Lopes Dias (1955:230), recolheu o seguinte tratamento: “cura-se o doente de mau olhado colocando-lhe sobre a cabeça, por forma a escorrer-lhe pelo rosto, o sangue de um

*frango preto aberto ao meio sem lhe tirar as penas*¹³¹. Para Penha Garcia (PN), Lucília de Sousa (1985:s/p) refere que a solução está em “*matar um galo que aberto ao meio se põe sobre a cabeça do doente*”.

A quantidade dos ensalmos é de tal modo grande que optámos por incluir apenas um ensalmo com o respectivo ritual, a título de exemplo.

“Deitam numa tigela cheia de água fria, uma a uma, cinco pedras de sal virgem e cinco brasas, ao mesmo tempo que queimam um ramo de alecrim e dizem, por cada vez:

*Deus te fez, Deus te criou
O mal para dentro de ti entrou,
A Virgem Maria to tirou.*

Igualmente fazem três vezes uma cruz por cima do doente”.

Podemos acrescentar que cada terapeuta tem um ensalmo específico, que pode ser mais simples ou mais elaborado, como o apresentado por Jaime Lopes Dias (1948:231-233). Cada ensalmo inclui o nome do enfermo e recorre, quase sempre, a Deus, às três pessoas da Santíssima Trindade e/ou a outras figuras sacras da devoção da terapeuta.

No ritual de cura do quebranto o ensalmo é repetido sempre em número ímpar, ou mais frequentemente três vezes ou em múltiplos de três. O número três é um número perfeito, cabalístico. É a grande tríade representada pelo homem, o céu e a terra; são três as pessoas da Santíssima Trindade, são três os Reis Magos, são três os momentos mais importantes da vida do homem – nascimento, crescimento e morte, etc.

Muitos dos rituais de cura do quebranto são apenas constituídos pelo ensalmo e pelo ritual de diagnóstico (verter gotas de azeite num recipiente com água, com ou sem utilização de tições ou carvões). As rezas não terminam enquanto o azeite vertido na água não ficar concentrado no sítio onde caiu. Outros são complementados pelo uso de um defumadoiro.

Para os tipos de quebranto resistente a todas as fórmulas “*procuram três Marias para que cada uma, sem saberem umas das outras, reze o ensalmo*” (Dias, 1966:260) ou “*defumam o paciente com cominhos. O poder dos cominhos é tanto que chegam a curar mau olhado de mais de 30 dias*” (Dias, 1948:257).

O tratamento de crianças espirituosas é feito por uma mulher de virtude, através de um exorcismo no qual a terapeuta exige ao espírito ocupante do corpo da criança a sua retirada. Nas situações mais difíceis e reincidentes solicita-se a colaboração de um padre.

Para o abandono do corpo da criança o espírito exige o cumprimento de um pacote reivindicativo que a mulher de virtude transmite aos pais ou familiares do enfermo. Os pedidos são quase sempre mandar rezar determinado número de missas, em certa capela ou igreja, acender velas, ou outras práticas.

¹³¹ Para o tratamento da doença mental Jaime Lopes Dias (1955:230) recolheu no Teixoso uma prática semelhante que consiste em “*colocar sobre a cabeça do louco, em forma de capacete, um cachorro ou cão pequeno aberto ao meio, por forma a que o sangue corra pelo rosto*”.

As mulheres de virtude são chamadas a intervir junto de crianças de todas as idades. Relatou-nos uma destas mulheres, o seguinte: *“trazem-me crianças de todo o tamanho. No fim de três dias (após o nascimento) têm-me aqui vindo a procurar. No fim de três semanas, vêm aqui a ter com a criança. No fim do mês, vêm ter; no fim de dois anos. Tudo aqui vem ter. E há muitas crianças que são boas de tratar, tratam-se mais facilmente, mas há outras que ficam sempre naquele sofrimento e é difícil”*.

Uma outra mulher de virtude que utiliza apenas a reza como mecanismo de exorcismo esclarece que: *“a criança que traz um espírito precisa de ser rezada. Eu rezo cá muitas crianças e gente adulta...”*

Que há, porque não julgue que não há almas abandonadas. Que há almas que andam a sofrer e essas almas às vezes prejudicam uma pessoa. E fazemos a reza:

*Entrego-te a Jesus
E à santinha cruz
Ó Santíssimo Sacramento
E às três relíquias que tem dentro
Às três missas do Natal
Te desviem de todo o mal
A Santa Virgem Mãe Maria Santíssima
Esteja sempre contigo
O anjo da guarda te livre e guarde
De todo o mal e de todo o perigo
Amem.”*

Os rituais verbais e gestuais aqui apresentados têm, frequentemente, uma eficácia real. Não pela intervenção de uma qualquer divindade mas porque se aceita a acção benéfica destas palavras, destes gestos e muitas vezes dos produtos usados concomitantemente. Como escreve Espírito Santo (1980:157) *“alguém que peça incessantemente «fazei com que seja corajoso» estará em vantagem sobre os tímidos e tornar-se-á corajoso”*.

Há ainda a registar referências históricas da utilização de crianças em rituais exorcísticos ou outros como relatam Consiglieri Pedroso (1988) e Jorge Crespo (1989). Exemplifica o último destes autores: *“o fenómeno de Braga não era caso isolado e, por exemplo, alguns anos depois, a polícia voltava a preocupar-se com a grande popularidade alcançada por um menino «virtuoso», de seis anos de idade, que, em Alandroal, no Monte das Sollas, adquiria fama pelas milagrosas curas que teria conseguido junto da população do Alentejo.*

(...) Também, neste caso, o actor principal era o «menino virtuoso», sem o qual não seria possível realizar o conjunto de operações no entanto, a uma certa distância, na sombra outras personagens se movimentavam entre as quais uma figura de mulher – a mãe do menino. Ao longe, sem nunca aparecer, um pai assoberbado com dificuldades económicas que, no entendimento da polícia, via nas capacidades e talentos do seu filho e astúcia da mulher a solução das múltiplas privações da família” (Crespo, 1989:112).

Depois de manusearmos o material relativo à vivência do sobrenatural, pela população rural, somos levados a concluir da inexistência de material etnográfico variado usado para expulsar os

espíritos de mortos que se apoderaram do sujeito. É natural que assim seja, porque este é um domínio exclusivo das bruxas / mulheres de virtude e devido à dificuldade e/ou “perigosidade” da operação.

As terapias relativas ao mau olhado / quebranto / acedente / mal de inveja são de um domínio mais alargado que o anterior, ainda assim restrito, em cada comunidade, a um grupo de mulheres (benzedeiras). Face à variedade das versões cremos que deva ter sido provocado por um criptoconhecimento na posse de um grupo restrito de pessoas em cada comunidade. Um conhecimento do tipo herança familiar.

Os médicos que ouvimos foram unânimes em reconhecer que nunca um familiar de uma criança chegou junto deles e lhes comunicou, directamente, “*sr. doutor o meu filho está embruxado*”. E um dos médicos acrescentou: “*de mau olhado ainda tenho ideia de uma ou outra vez me terem falado, de trazer um espírito não tenho ideia*”. Junto dos médicos os familiares das crianças dificilmente reconheciam a utilização de outros modelos de tratamento que não fosse o protagonizado pela medicina oficial. O mesmo não acontece junto das mulheres de virtude, às quais é feito um relato minucioso do périplo já efectuado com a criança.

2.8.6. Elementos protectores da criança

A vulnerabilidade da criança logo após o nascimento, e durante os primeiros anos de vida, obrigou a que se constituísse um corpo de rituais com vista à salvaguarda da mesma e à perpetuação da própria comunidade. Este conhecimento, porque ligado à maternidade, era um conhecimento predominantemente feminino.

Tendo em consideração a quantidade e variedade dos rituais usados na protecção da criança somos levados a pensar que podemos estar perante comunidades com isolamento social bem marcado. Não cremos que os rituais e crenças ligadas à protecção da criança se incluam no criptoconhecimento da comunidade ou sejam propriedade de um grupo restrito de mulheres. Defendemos, em alternativa, que é património do grupo alargado de mulheres.

Pudemos também constatar a enorme preocupação, consubstanciada nos respectivos rituais, de proteger a criança antes do baptizado. Porque, antes deste momento a criança mantém-se impura, por ser ainda portadora de vestígios de um tempo de impureza (gravidez e parto). Atrevemo-nos a afirmar que o problema maior não era a morte da criança, mas a morte sem o sacramento do baptismo. O ritual de baptismo marca a entrada da criança no mundo social e torna-a menos vulnerável à investida das bruxas e das almas do outro mundo. Era por esse motivo que se encurtava ao máximo o período de tempo que mediava entre o nascimento e o baptismo.

Em algumas zonas do país, há referência ao costume da bênção pelo padre, ou pela mulher de virtude, do berço da criança com água benta¹³² (Araújo, 1997) a fim de proteger o ocupante.

Para a protecção das crianças não baptizadas está indicado um ou mais dos seguintes rituais:

- rezar um credo em cruz sobre as costas, para as proteger contra a acção do mau olhado (Vilhena, 1995 e Proença, 1944¹³³);

¹³² A água benta é considerada um excelente protector contra os espíritos (Henriques, 1998).

- manter uma luz sempre acesa no espaço onde a criança se encontra (Vasconcelos,1982). A este propósito, Jaime Lopes Dias (1944:181) regista o seguinte: “*para que as bruxas não levem para os telhados os recém-nascidos ainda não baptizados, é preciso conservar acesa durante a noite, no quarto onde eles dormem, uma luz de azeite (Ladoeiro)*”¹³⁴. Para Tinalhas (CB) é referida a mesma prática (Jorge, 1996). A ausência de luz pode também ser entendida como estando ainda a criança no ventre materno. No Norte do país e para o mesmo efeito “*deita-se mostarda em grão para o telhado, para as bruxas se entreterem a trincar os grãos e não empecerem as crianças, ou um punhado de sal, para que fiquem a apanhá-lo*” (Vasconcelos, 1982:34);

- colocar uma figa sob a almofada da criança (Bairrada - PN). No Norte do país, e para o mesmo efeito, é recomendada a colocação de uma espada preta, ou novelo, ou tesoura aberta¹³⁵ na cabeceira da cama, ou atada à cama, ou sob a almofada.

- vestir ao lactente uma peça de roupa do avesso, prática usual no Sul da Beira e referida por Leite de Vasconcelos para outras áreas do país (Vasconcelos,1982 e Joaquim, 1983);

- colocar atravessadas sobre o seu leito as calças do pai¹³⁶. Ou, se a criança tiver que sair de noite deve ser coberta com uma peça de vestuário que é pertença do pai (casaco, calças, chapéu, etc.) (Vasconcelos, 1982:29 e s/d:233);

- colocar pão na roupa que envolve a criança, protege-a dos maus ares (Vasconcelos, 1985 e Nunes, 1997).

O bocejo de um lactente é um momento de elevada perigosidade pelo acesso facilitado de um espírito ao interior do corpo. Para obviar esta situação fazia-se com o dedo polegar o sinal da cruz sobre a boca da criança acompanhado da expressão “*arinho bento por esta boquinha adentro*” (Cimadas Cimeiras - PN). Matos (1983) refere prática semelhante em Juncal do Campo (CB), sem a expressão oral, e Leite de Vasconcelos (1982) compilou práticas semelhantes para Portel e Castelo de Vide¹³⁷.

Atrás tivemos ocasião de verificar que a expressão “*benza-te Deus*” protege a criança do mau olhado, mesmo do mau olhado fortuito. Ao vê-la, ao falar-lhe ou ao louvar-lhe quaisquer dos seus dotes deve acrescentar-se a expressão referida (Coelho, 1993; Araújo 1997; Vasconcelos, 1982).

¹³³ O médico A . Proença (1944:29) regista o seguinte: “*aprende-se com o tempo, faz-se o que se fizera sempre: é a rotina a imperar.*”

“*A touca é um artigo indispensável no enxoval e o lenço de três pontas bem cingido, por baixo da touca, para arredondar a cabeça! Não se esqueça de lhe apertar bem o nariz, senão fica largo e feio! Não deixe lavar-lhe a cabeça com sabão, porque a espuma pode ir para os olhinhos e faz mal! Faça-lhe uma cruz nas costas, outra no peito, com os dedos, antes de o vestir, para as bruxas não entrarem com ele!*”

¹³⁴ “*A luz das lamparinas é das melhores coisas afastar os espíritos*” regista Francisco Henriques (1998:112).

¹³⁵ Leite de Vasconcelos (1985:295) regista prática semelhante. A virtude resulta de ser em aço e de configurar uma cruz.

¹³⁶ Para acelerar o parto era costume, na região, colocar sobre a parturiente uma peça de vestuário masculino (calças, chapéu).

¹³⁷ “*Se a criancinha abre a boca, a espreguiçar-se, diz a mãe:*

Anjo bento, o Espírito Santo

Te entre pela boquinha dentro (Castelo de Vide)” (Vasconcelos, 1982:19).

“*Quando uma criança boceja, a mãe ou outrem faz-lhe uma cruz, primeiro verticalmente, depois horizontalmente, com o polegar diante da boca e diz:*

Anjinho bento

Entre pela boca do menino dentro (Portel)” (Vasconcelos, 1982:19).

As crianças são ensinadas a fazer figas (colocação do dedo polegar entre o médio e o indicador) para se protegerem de alguém com quem se cruzam na rua e de quem receiam o mau olhado. O poder protector da figa é superior se feito com a mão esquerda. A este acto, e para Penha Garcia (IN), Lúcia Sousa (1985, s/p) acrescenta o ensalmo que deverá ser dito na ocasião:

*“Deus te veja, cinco te apalpem
Coração que te rebente
Alma que te partam”.*

E em Monsanto (IN):

*“Se tu és ferro
É sou aço;
Se tu és bruxa,
É t’imbaço.”* (Buescu, 1984:71)

Em áreas rurais, segundo Benedita Araújo (1997:59), *“outra forma de salvar as crianças ameaçadas pelas bruxas, seria, ao bater da meia noite, dirigir-se o pai, armado de uma caçadeira, à porta do quintal e fazer fogo sobre qualquer coisa que visse mexer. Acreditava-se que a bruxa, uma vez ferida, seria obrigada a desfazer o feitiço”.*

A criança pode ainda ser protegida através de objectos de que é portadora e destinados a prevenir ou a combater a acção do mau olhado – amuletos.

As crianças usam os amuletos pendurados ao pescoço, nos pulsos, de preferência no direito (à laia de pulseira), e presos nas roupas.

A eficácia dos amuletos era consubstanciada na sua capacidade de rechaçar ou fixar o mal, livrando o sujeito portador dos efeitos nefastos do mau olhado.

Uma figa, uma estrela de David, um cornicho e uma meia lua (em conjunto), eram, nas últimas décadas, em todo o Sul da Beira, os elementos mais comumente utilizados para proteger as crianças contra o mau olhado. Estas peças eram enfiadas num alfinete e fixadas na roupa interior ou pendurado no pescoço da criança. Nesta região o seu uso foi generalizado *“porque diziam que caso alguém lhes fizesse mal que as crianças ficavam a padecer toda a vida”.* Nos nossos dias mantêm-se o seu uso. As crianças eram portadoras destes elementos de protecção até aos três ou quatro anos ou, nalguns casos, até aos sete anos. As mulheres de virtude que entrevistámos recomendam a sua utilização. Uma delas defendeu o acrescento de um novo amuleto; dizia-nos *“também mando pôr o Senhor Escondido (pequena cruz com a figura de Jesus). Sou muito amiga de mandar arranjar e meterem-no na criança, na roupa, para que ninguém veja”.*

No século passado, era também comum fazer acompanhar o bebé exposto na roda de amuletos tais como contas de azeviche, medalhinhas de prata, voltas feitas de contas, cruces de latão e flores (Pena 1994).

As crianças quando chegavam ao médico só raramente levavam estes elementos de protecção, salvo se os pais pertenciam a minorias culturais (ciganos, indianos).

Com o mesmo objectivo Adolfo Coelho (1993:499) assinala outros elementos protectores como “*um sino saimão, três vinténs em prata furados, uma argola, um dente de lobo, uma meia lua e uma figa*”. Leite de Vasconcelos (s/d) menciona elementos protectores semelhantes aos atrás registados, para o mesmo fim, acrescentando uma conta de azeviche.

O uso de meias-luas nos amuletos está relacionado com a protecção da criança aos males provocados pela lua.

A figa representa a união do órgão genital masculino com o feminino. Livra o sujeito do quebranto. O seu uso tem como objectivo “*obrigar o olhar fascinador a voltar-se, opondo-lhe um objecto indecente ou ridículo. Pensava-se que esse sinal de desprezo neutralizava os efeitos dos sentimentos de que se estava carregado*” (Coelho, 1993:503-504). O uso de figuras obscenas, como a figa ou o falo (em desuso), tinha como função concentrar o olhar maléfico, através da excitação da curiosidade provocada pela obscenidade e indecência.

Em todo o distrito de Castelo Branco, segundo Jaime Lopes Dias (1948:259), “*as mães põem figas, sino-saimões, quartos-crescentes, nº13, corninhos de galo (esporas) nas pulseiras e nos colares das crianças para afastar as bruxas e os espíritos malignos*”.

Em Penha Garcia (IN), Lucília Sousa (1985:s/p), recolheu a informação de que “*quando abrissem as sepulturas no cemitério, tirar-se-iam os dentes dos mortos e punham-se numa bolsinha de pano que se punha ao pescoço para que as bruxas inimigas não mordessem ao embruxado*”.

Em Castelo Branco, tivemos a oportunidade de ver uma criança com um amuleto ao pescoço constituído por *azougue vivo*, no interior de um frasco, dissimulado numa bolsinha de pano. O *azougue vivo* é mercúrio (metal) e protege a criança do mau-olhado.

No Ladoeiro (IN) está protegido de mau-olhado ou quebranto “*quem traga sempre consigo um pedaço de pão mordido por três raparigas virgens chamadas Maria*” (Dias, 1944:169). O uso do pão como protector é ainda referido por Berta Nunes (1997:78): “*o pão tem ainda a virtualidade de proteger as crianças não baptizadas dos maus ares, quando estas por qualquer razão têm que sair de casa antes do baptismo, o que é desaconselhado. Neste caso coloca-se um bocado de pão entre a criança e a envolta que a cobre, para proteger a criança dos maus ares*”.

Leite de Vasconcelos (1985) regista muitos outros elementos considerados protectores das crianças (moedas que tenham uma cruz gravada, a mão esquerda de toupeira – apanhada numa Sexta-feira, pedaços de pedra d'era, grãos de incenso, castanhas da Índia, azeviche, búzio furado, água do primeiro banho da criança).

Acabámos de apresentar diversos de rituais de protecção da criança, aqui entendida como campo propício às forças contraditórias da luta entre o bem e o mal. Esta ritualidade tem em vista a sua integração social, que atinge o auge com o baptismo.

3. Terapeutas

Abrimos esta parte do trabalho com um excerto de um texto de José Diniz da Graça de Mota e Moura da sua obra *Memória Histórica da Notável Vila de Nisa*, publicada no século XIX. Nela o autor apresenta, de um modo breve, a vivência da doença pela camada social mais desprotegida daquela vila. A realidade que descreveu perdurou nas comunidades rurais da região até meados do século passado. Actualmente, é ainda possível observarem-se ressaibos desta maneira de pensar e de agir.

Vejamos então o que escreve Mota e Moura (1982:134): “esta ignorância e usos barbaros, que não querem perder, são às vezes causas de gravísimas desgraças e infortúnios, porque acreditam em bruxas e feiticeiras, quando adoecem as suas famílias, antes de chegarem os clínicos, que as tratem, consultam sempre os soldados, ou benzedeiros, que lhes ensinam rezas, bençãos e medicamentos absurdos e nocivos, que lhes agravam os padecimentos, a ponto de, muitas vezes, não terem remédio quando aqueles aparecem; outras vezes invertem, e interrompem o tratamento, que estes prescrevem com mil extravagâncias, que as vizinhas e comadres lhes receitam e que tomam sempre (...)”.

Na área em estudo, encontramos uma grande variedade de termos utilizados para designar os terapeutas. Nesta região, também não há uniformidade na designação, nas funções e nas terapias atribuídas a cada tipo de terapeuta. Este fenómeno também foi identificado pelo padre António Fontes (1992) na região do Barroso. Por vezes, em comunidades vizinhas, encontramos diferentes designações para o mesmo terapeuta.

É uma constante no mundo rural a procura de mais do que uma solução para as situações de infortúnio com que o indivíduo é confrontado. Para um mesmo problema de saúde, por exemplo, procuram o médico, alteram a sua receita mediante parecer do farmacêutico ou de qualquer vizinha, consultam uma bruxa e fazem uma qualquer promessa a um santo da sua devoção.

Esta aparente ausência de racionalidade apenas o é aos olhos do homem «urbano». Na perspectiva do aldeão não existe contradição em consultar uma bruxa, um padre ou um médico para uma mesma situação, porque possuem um universo e uma racionalidade própria. As gentes das áreas rurais não comungam da visão científica do mundo nem da mecânica causa / efeito partilhada pela ciência moderna.

A cura, em alguns destes terapeutas, advém da utilização de produtos naturais, do dom inato que possuem ou do uso terapêutico da palavra e rituais específicos.

Para garantir a eficácia das práticas curativas que apresentámos é indispensável o seu sancionamento social e a crença da sua eficácia por parte do terapeuta e do consulente (Levy – Strauss, 1967).

Segue-se uma breve apresentação, de forma individualizada, dos terapeutas que de um modo directo intervinham ou intervêm no tratamento da criança: menzinheira / benzedeira; barbeiro; padre; médico e mulher de virtude / bruxa / benzilhão / soldador.

3.1. Mezinheira / benzedeira

Esta é a designação utilizada por Assunção Vilhena (1988 e 1995) para denominar as mulheres, maduras e com larga experiência da vida, que nas pequenas comunidades rurais contribuem com o seu saber e experiência para tratar as enfermidades em apreço. Em Monsanto, Maria Leonor Buescu (1984) designa-as de bentas e dá o exemplo da Ti Antónia Petronilha que cura através de rezas e benzeduras. A sua actuação é muito informal ou como diz Assunção Vilhena (1990) os seus serviços eram prestados como um acto de amor. Socialmente não têm designação padrão nem o estatuto de mulher de virtude / bruxa. O raio da sua intervenção limita-se ao círculo da aldeia e, frequentemente, apenas ao âmbito familiar ou da vizinhança. Em cada comunidade existem apenas uma ou duas mulheres com estas atribuições e não cobram pelos serviços prestados. Para curar usam elementos naturais e ensalmos.

Escreve Assunção Vilhena (1996:29): *“sem conhecerem uma letra, essas mulheres foram, ao lado dos barbeiros, as «médicas» desse tempo, nos recantos da serra, onde só havia caminhos de cabra e onde os raros médicos da vila só podiam chegar de burro e apenas em casos que elas não podiam solucionar”*.

A personagem da Ti Rita, do romance etnográfico *A Flor do Feto Real*, de M. Assunção Vilhena, encarna na perfeição o papel de benzedeira / mezinheira.

Estavam na primeira linha de tratamento. Isto é, eram a primeira opção da população rural, salvo para patologias muito específicas como fracturas, por exemplo. A população podia recorrer a outros terapeutas por indicação destas mulheres ou por ineficácia das suas terapias.

O investigador Romeiro de Carvalho designa este grupo de terapeutas de mulheres de virtude e acrescenta (1994:81) *“uma «mulher de virtude» (ainda) não é bruxa. Não lança mau olhado, nem mal de inveja, antes o retira, «reza os torcidos», «tira o acedente» e «endireita». Pode ser que a fama se propague e os seus dons aumentem em qualidade e quantidade e venha a tornar-se uma «bruxa»”*.

No livro *Religião Popular Portuguesa*, de Moisés Espírito Santo (1980), surge a personagem de benzedeira, como terapeuta. Ainda assim, tem um papel mais compatível com o que designamos, neste trabalho, por mulher de virtude.

Em muitas aldeias da área estudada não há actualmente crianças. Esta situação facilita o rápido esquecimento e a não perpetuação das terapias inerentes ao mundo infantil.

Por sua vez, as comunidades rurais que durante o fim-de-semana recebem os que partiram para a cidade, e respectivos filhos, mantêm activa, com procura dirigida às crianças, a benzedeira / mezinheira. Esta procura tanto pode ser feita pela mãe como pela avó.

3.2. Barbeiro

Os barbeiros eram indivíduos que profissionalmente acumulavam a prestação de cuidados de saúde à população com outra actividade (a de barbeiro propriamente dito, agricultor, negociante, etc.). Regionalmente, o âmbito da sua actividade abrangia as áreas médicas e cirúrgicas. Esta função está hoje extinta.

António Frade no seu livro de crónicas *Cousas e Lousas* (1995:48) define o barbeiro deste modo: “o barbeiro, tinha prestígio na terra. Além da profissão, dava injeções, arrancava dentes, tinha o posto do correio, acompanhava o doutor médico nas visitas domiciliárias, e era confidente. Tinha magros rendimentos, mas era pessoa de prestígio. Tinha livros grossos onde estavam escritas receitas de mezinhas. O pagamento dos seus serviços, era feito em cereal. Era a avença, que se recolhia no fim do ano, depois das colheitas”.

Estes personagens mantiveram-se em plena actividade até aos anos 40 e 50 do século passado. Alguns, de um modo mais discreto, prolongaram esta função até final da década de 60.

Até à sua extinção, por exercício ilegal de medicina¹³⁸, por melhor distribuição territorial dos médicos e acessibilidade facilitada a estes últimos, exerceram um papel fundamental junto das populações rurais. Durante séculos foram os únicos recursos de cuidados de saúde para muitas comunidades.

Na bibliografia regional demos conta da perspectiva médica da sua actuação¹³⁹ e da opinião que deles tinha a população rural, hoje reflectida nas monografias locais¹⁴⁰.

Vejamos excertos de um dos textos do Dr. A. Proença com o título *Produzir... e Poupar* (1944:19-23). “O «Ti Ártur» (...) como bom barbeiro que se preza, praticava o exercício ilegal da medicina. Dava injeções, fazia curativos, receitava, e, embora surdo, auscultava, aplicando o ouvido no peito e costas do doente, passando, até, certidões de óbito!

(...) Barbeiro, curandeiro, dentista, empregava as horas de ócio, se as tinha, em alfaiate... fazendo monstruosidades em calças e casacos, verdadeiras albardas, que bem lhas mereciam os clientes, não da barbearia ou alfaiataria, mas... da clínica...

Mestre escanhoa, apresentando certo jeito para os dentes, extraíra muitos dos seus alvéolos, pondo-lhes as raízes ao sol – remédio que o povo aconselha para dores, que produz alívios imediatos, poupando o aborrecimento de andar horas e dias a caminho do dentista e a despesa com a obturação!

(...) Notara, como bom observador, a falta que um dente visível produzia na estética de um moço ou moça. A janela, resultado da saída de um dente, preocupava-o, e, vezes sem conta, meditara, como bom filósofo, qual benemérito, na maneira prática, por simples e barata, de obstar a êsse inconveniente.

Um dia, após demora concentração - «Eureka!»! – bateu com a mão na testa; achara, em sua opinião, o meio de resolver tão difícil problema. E vá de anunciar que não só tirava mas também punha dentes!

(...) Quando, em serviço profissional naquela povoação sem estrada, triste freguesia abandonada pelos poderes da Nação, me foi contada a habilidade do barbeiro, não dei importância: julguei ser uma fanfarronada barbeiral.

¹³⁸ Com a democratização dos cuidados de saúde proporcionados pelos médicos, iniciada nos finais do século XVIII e início do século XIX, os barbeiros viram-se perseguidos pelo exercício ilegal da medicina.

¹³⁹ Ver os trabalhos do Dr. Albano Proença de 1944 e 1963.

¹⁴⁰ Catharino, 1933; Rodrigues, 1999, Castela, 1996 e outros.

!Mal eu supunha que, dentro de poucas horas, ia ter perfeita explicação do invento do «Ti Artur»!

Uma moça insistia para que a observasse; acedi e verifiquei ter um grande abcesso da gengiva. Perguntei se lhe doera algum dente; foi-me respondido que sim, mas há mais de dois meses, e que, então, o mandara arrancar, mas... que, dois dias depois, o «Ti Ártur» lho tornava a pôr...

Mandei chamar o barbeiro. O homem não se fez rogado; pronto compareceu, e, solicitado para descrever o seu processo de actuar, contou, enfaticamente:

- Eu tiro os dentes; ponho-os de mólho em água de potassa; no dia seguinte, esfrego-os com areia fina, várias vezes, raspo-os à navalha, muito bem, ponho-os no alcool, para desinfectar, e, ao outro dia, meto-os na engiva (alvéolo) de onde os arranquei!!!

Fôra descoberto o processo mais simples e económico... de aproveitar os dentes usados!

Nota – Parece inverosímil esta história. É a expressão exacta da verdade. Se houver incrédulos, facilmente se lhes poderá provar a sua autenticidade.”

Vejamos dois outros excertos de textos, extraídos de monografias locais, que têm os barbeiros como protagonistas.

O primeiro é extraído da obra do padre Manuel Alves Catharino, intitulado *Concelho de Proença-a-Nova* (1933:49). Escreve o autor: “*que a classe médica me perdoe ter de misturar com ela os barbeiros-curandeiros, que ainda há pouco tempo exerciam a medicina em Proença-a-Nova, sendo raro, e só em casos de extrêma gravidade, chamar-se o médico*”.

O segundo excerto é do livro *Gentes da Beira Baixa*, de Maria Assunção Vilhena (1995:37), onde regista que “*também os «barbeiros» se deslocavam, a pé ou de burro, às aldeias mais isoladas, não tanto para fazer barbas ou cortar o cabelo aos homens e aos catraios (as mulheres não cortavam o cabelo), mas, principalmente, para tratar dos doentes. Havia vários «barbeiros» no concelho, alguns deles famosos. Mesmo de fora do concelho, costumava o povo, em casos graves, chamar o das Relvas, em quem punham toda a confiança. Na Maljoca, havia um muito conhecido e procurado. Sempre acompanhado da sua malinha que continha navalhas de barba, ventosas, uma lanceta e pouco mais, deslocava-se no seu burrinho, por vales e outeiros. Era um artista a encanar braços e pernas partidas, dava clisteres, fazia sangrias, aplicava ventosas e receitava mezinhas. De boas relações com os médicos das vilas, nunca foi a tribunal porque era prudente e honesto: quando via que não era capaz de tratar o doente, dizia-o logo à família e aconselhava-a a consultar um médico*”.

Os barbeiros não eram os terapeutas mais procurados para tratamento das patologias que temos analisado. Entretanto, estamos convencidos que dariam, frequentemente, o seu parecer sobre tais problemas.

Para o conjunto de patologias inventariadas o barbeiro apenas intervém, segundo os nossos informantes, para cortar o freio da língua, nas crianças, quando havia necessidade e este não fora cortado pela parteira no momento do nascimento.

A subsistência deste grupo profissional era conseguida através de outras actividades profissionais paralelas que todos possuíam e pela avença que mantinham com as famílias

clientelares. A avença era paga em géneros (centeio, trigo, milho, azeite, etc.). “Porque não havia dinheiro”, disse-nos uma informante, acrescentando que “até com o padre a gente se avençava”.

3.3. Padre

Como já afirmámos (Henriques, 1998) o padre é o elo de comunicação entre o mundo divino e o humano. Nesta região, tinha e tem um papel social muito importante ocupando, por isso, um dos lugares de topo na hierarquia social destas comunidades. No dizer de um dos nossos informantes “o padre sempre foi o homem mais esperto que existe na ignorância do povo (...), é um propagandista da religião e um investigador da consciência de cada um”.

Ao padre solicitava-se intervenção quando se atribuía uma origem sobrenatural ao problema apresentado pela criança. O pedido de tratamento era feito pelos pais. Actualmente, o pedido para intervenção do padre passou a ser feito pelos avós das crianças e não pelos pais. Cremos que as camadas mais jovens da população vêem o padre sobretudo como um agente religioso e não tanto como um terapeuta, o que não acontecia até há poucas décadas atrás.

Disse-nos uma das nossas informantes que “muitos dos padres não queriam benzer a criança ou tirar-lhe os espíritos porque diziam logo que era bruxaria”.

O padre, ao proporcionar o baptismo à criança e sendo este também um ritual de protecção, como vimos, para os vários perigos a que a criança está sujeita, revela o seu papel de agente profiláctico.

Escrevemos, num outro trabalho¹⁴¹, que a mulher de virtude mantinha e mantém uma relação privilegiada com o padre. Para o padre eram encaminhadas as situações de exorcismos que esta não conseguia tratar eficazmente¹⁴². Esta situação continua a verificar-se e é relativamente frequente para o tratamento de patologias no grupo etário infante – juvenil.

3.4. Médico

Eram um bem raro na região. Residiam quase sempre nas sedes de concelho ou na cidade de Castelo Branco.

Fernando Namora, que exerceu funções na Casa do Povo de Tinalhas, escreveu, em 1943, os seguintes comentários acerca do médico rural: “o médico quase sempre é um inadaptado no mundo rural. Inadaptado, ressentido, descontente. As próprias agruras locais da sua profissão (isolamento, dificuldades profissionais próprias de quem tem de contar quase sempre com meios escassíssimos de diagnóstico e tratamento – com a agravante de que toda a educação escolar foi orientada talvez futilmente noutra sentido) relações delicadas com o rural, transportes e comunicações incómodos ou difíceis, remuneração insuficiente, falta de uma cultura geral viva, humana que o auxilie a encarar a sua profissão no verdadeiro sentido” (Namora, 1943:9).

¹⁴¹ Francisco Henriques, *O Louco e os Outros* (1998:101).

¹⁴² Pina-Cabral (1989:225) designa estes padres de «padres curandeiros». Estes padres aceitam e participam nas crenças populares dos camponeses, muitas vezes rejeitadas pela igreja. Complementam o seu vencimento com as dádivas de quem os procura. Ocupam geralmente freguesias em sítios isolados ou montanhosos. Escreve ainda Pina Cabral “o seu número é reduzido, mas a procura não está, de modo nenhum, a decrescer. Muito pelo contrário, segundo apurei entre os próprios camponeses”.

No domínio da pediatria a cidade (Castelo Branco) apenas passou a dispor de um médico com esta especialidade em meados dos anos 60, e continua a não dispor de consulta de pedopsiquiatria.

A rede de transportes que servia a população quase não existia e em muitos lugares, para dificultar mais as coisas, as vias de comunicação não permitiam o acesso por automóvel.

A acrescentar a estas dificultadas estava outra, não menor que as mencionadas, que consistia no pagamento dos serviços médicos. A maioria da população era muito pobre e abstinha-se de chamar o médico para não lhe pagar os serviços e / ou a medicação prescrita.

José de Oliveira (s/d:27), o autor de uma pequena monografia sobre Casal Águas de Verão¹⁴³, refere que *“médicos! ... O nome mal era conhecido cá no sítio. Sabia-se que existiam na cidade e lá se iam tratar os doentes com melhores recursos financeiros e o serviço dos médicos era caro, o remédio era morrer”*.

Em Idanha-a-Velha, Seomara da Veiga Ferreira e Maria da Graça Costa (1970:35) registam as dificuldades financeiras da população relativamente ao custo dos serviços médicos. Escrevem: *“o povo de Idanha-a-Velha procura alívio das suas doenças fora do povo – o médico de Monsanto ou de Idanha-a-Nova. Tendo em conta que a viagem de ida e volta para tais lugares custa cerca de 14\$00, e a consulta (se o doente está «abençado», com médico) 20\$00, e sabendo nós que o nível económico da povoação é miserável, concordamos que é desesperante a situação do indivíduo enfermo nesta aldeia. Estar «abençado» com o médico significa pagar no início de cada ano determinada quantia que lhes permite utilizar os serviços do clínico durante todo esse ano sem despender mais dinheiro. Ainda que «abençados» com o médico, se o consultam no hospital (em Idanha-a-Nova) pagam uma senha de cinco escudos cada vez que lá vão. O médico visita-os também nas próprias casas, mas então pagam 50\$00 de consulta e a gasolina gasta no percurso.”*

Na primeira metade do século XX o médico estava ainda numa fase de conquista de espaço de intervenção junto de uma população, que o tinha como estranho ao meio. Os processos judiciais dos médicos contra barbeiros e outros terapeutas, por exercício ilegal de medicina, são uma das faces desta conquista de espaço. Pelas razões apontadas anteriormente e outras de carácter cultural, o médico era então o último recurso e, ainda assim, nem sempre utilizado.

3.5. Mulher de virtude / bruxa / benzilhão / soldador

Muito do que aqui poderíamos escrever já o fizemos, anteriormente, no sub-capítulo *Acção do Sobrenatural sobre a Criança*.

Bruxa é a mulher que se crê, socialmente, possuir saberes para praticar o mal e o bem com recurso a conhecimentos mágicos ou sobrenaturais. O sociólogo Moisés Espírito Santo (1999:164) define bruxa não como *“uma mulher curandeira, sinistra ou habilidosa (embora esta designação seja também aplicada a essas mulheres), mas uma vizinha idosa, que «lança mau olhado» e pactua com o diabo”*.

¹⁴³ Pequeno lugar da freguesia de Sarzedas, concelho de Castelo Branco, nas faldas da serra do Moradal.

No trabalho *O Louco e os Outros*, Francisco Henriques (1998) especifica e divide-as em mulheres que fazem mal (bruxas) e as que desfazem o mal provocado pelas anteriores (videntes). As primeiras só provocariam a desordem social e as segundas trabalhariam no sentido de repor essa mesma ordem, transformando a desordem, provocada pelas primeiras, em ordem. Deste modo, as videntes não teriam capacidade de provocar o mal. Lucília Sousa (1985), sobre Penha Garcia, defende princípio idêntico, apenas a designação de vidente passa a benzelhoa. Escreve ela: “normalmente a bruxa é a que faz mal. A benzelhoa é sempre a bruxa que dá os remédios e diz as rezas para tirar o mal” (Sousa, 1985, s/p).

Porém, o termo bruxa continua sendo o mais usado, na perspectiva dos consumidores, e pode abarcar uma variedade muito grande de terapeutas.

Através da bruxa / vidente há como que uma descarga de energia, com o mínimo de consequências sociais e individuais. Sem este seu papel interventivo aumentaria a conflitualidade no interior das comunidades. O doente chega-lhe possuído por uma força estranha (espírito) e com os seus dons impregna-se dessa mesma força libertando o utente. Consequentemente, esta acção pode deixá-la prostrada durante algumas horas ou dias.

No Minho, o antropólogo João Pina-Cabral (1989) divide os bruxos em dois grandes grupos: os bruxos à «maneira antiga» que fundamentam o seu conhecimento nas fontes tradicionais e que têm como clientes os camponeses pobres e os bruxos citadinos que deitam mão a um conjunto diversificado de informação para a sua formação e, frequentemente, com uma rede estruturada de angariadores de clientes. Nestes últimos, há um predomínio numérico de indivíduos do sexo masculino sobre o feminino. Fenómeno inverso se verifica nos bruxos tradicionais.

Todas as bruxas que entrevistámos pertencem ao primeiro grupo. São pessoas com valores sócio-culturais ligados à ruralidade, analfabetos ou com escolaridade diminuta, com baixo poder económico, com profundo sentimento religioso e que não exigem pagamento pela prestação dos seus serviços.¹⁴⁴

Em *Cenas e Figuras da Aldeia – Histórias Colhidas Através da Clínica*, o médico A. Proença (1944:10, 11 e 13) apresenta uma excelente caracterização da personagem em questão, do seguinte modo: “algures, vivia um homem coxo, de profissão alfaiate, com bigode e vocação religiosa, que... fazia calças e orações, coletes e novenas, casacos e terços! (...)”

Gozava de prestígio no seio do mulhierio vélho – beatas, maduras de mais de sessenta anos, avós, tias-avós e bisavós!

Seus conselhos, ideias religiosas e afins, eram tidos em alta consideração, pois conhecia as rezas e os exorcismos para enfrentar os espíritos malignos, e sabia qual a promessa a fazer, para evitar a doença, cortá-la, ou curá-la! (...)

¹⁴⁴ Sobre esta prática escreve João Pina-Cabral (1989:218-219) “os bruxos de tipo tradicional (...) apoiam-se no sistema antigo de não receberem pagamento; mas fazem crer aos clientes que os seus serviços terão maior eficácia se forem devidamente «agradecidos». (...) esta atitude é uma forma de evitar que os clientes os acusem de serem «comedores», ou seja, de visarem o lucro pessoal em detrimento do bem estar dos clientes. (...) A insistência por parte do cliente no pagamento de algo ao bruxo, mesmo no caso do tipo tradicional de bruxo, nunca é inocente e não é prioritariamente um sinal de «agradecimento» dos clientes, mas sim uma demonstração da sua desconfiança: os clientes temem que, se não pagarem, o bruxo possa sentir-se ofendido, tornando ineficazes os seus serviços ou virando-se até contra o cliente”.

Nas doenças do lugarejo, quando se prolongavam ou o caso se apresentava severo, o Mateus alfaiate era ouvido sobre a maneira de obter a intervenção do santo milagreiro, com o fim de pôr côbro ao estado de mal a Promessa.

São vários os votos que é necessário efectuar para atrair a atenção e protecção do santinho... Há santos especializados, nesta ou naquela doença, como há promessas eficazes para êste ou aquêlo caso! (...)

O nosso Alfaiate, fraquito e coxo, conhecendo rezas e ladaínhas, tinha a particularidade de ser sabido e possuir fórmulas e métodos para afastar e tirar do corpo de alguém os espíritos, fazendo-os regressar, ao infinito, êsses espíritos errantes que vinham à terra importunar impiedosamente quem mal algum lhes fizera !...”.

Na área em estudo, instalaram-se, desde há alguns anos, bruxos de características citadinas. Estes indivíduos estabeleceram-se na área urbana ou peri-urbana da cidade de Castelo Branco. Apresentam alguma inovação ao nível das técnicas, fazem-se pagar pelos seus serviços, publicitam-se nos jornais regionais e tomam várias designações. Mas continuam a ser designados pelo termo bruxo(a), pelos clientes. Durante o trabalho de campo não houve referências a este tipo de bruxos.

É-se bruxa sendo a sétima filha de um casal que apenas tenha raparigas ou herdando o dom, na hora da morte, de uma mulher já bruxa. Esta última situação exige a aceitação explícita da sucessora. Escreve Horário Jorge (1996:316) na monografia de Tinalhas que “ao estarem a morrer, as bruxas colocam entre as mãos um novelo que entregam à mulher que escolham para sua sucessora, dizendo:

- A ti te deixo o novelo e o bagocho.

Os poderes da bruxaria só se transmitem se a pessoa escolhida aceitar o novelo”. Este processo também é mencionado por Lopes Dias (1948:254) em Benquerença.

A bruxa é um elo de comunicação entre o mundo material e o mundo sobrenatural. Cabe-lhe identificar o espírito que ocupou a criança¹⁴⁵ e propor um tratamento. Na perspectiva de Moisés Espírito Santo (1980) ela não cura o mal mas liberta a criança desse mal.

O campo de actuação da bruxa não se limita ao tratamento de situações patológicas, como temos valorizado neste trabalho. De facto, a sua intervenção estende-se às relações de conflitualidade entre vizinhos ou parentes, ao fascínio de conhecer o futuro ou à procura de instrumentos para combater o infortúnio. Pina-Cabral (1989a:585) escreve que “as pessoas procuram nestes especialistas respostas para perguntas e necessidades às quais elas próprias não têm meio de responder. A doença ou a má sorte, por conseguinte, não esgotam as situações em que um bruxo é consultado: a vingança, a realização de fortes desejos, o planeamento de situações potencialmente críticas, a curiosidade sobre factos importantes mas sobre os quais não há informação – são tudo ocasiões em que o cliente pretende obter poderes dos quais está normalmente excluído”.

¹⁴⁵ Uma das características dos espíritos é a sua superior disponibilidade; este surge sempre que é invocado.

A antropóloga Clara de Carvalho num trabalho realizado em 1984, numa pequena aldeia da serra do Caramulo, a poucos quilómetros de Bairrada, constatou que os habitantes invocaram as seguintes razões para recorrer à bruxa: *“crianças, lactantes em particular, que recusam os alimentos, têm um aspecto doentio, problemas com a digestão ou respiratórios (9 casos); pessoas com dores de barriga, de cabeça, de espinha, desmaios ou crises histéricas (10 casos); mulher cujo marido tinha estabelecido uma relação extra-marital (1 caso); mulher com problemas de gravidez (1 caso)”* e animais doentes (4 casos) (Carvalho, 1989:76). Apesar das limitações inerentes à própria temática este estudo cobre um período de tempo que medeia entre os anos de 1925 a 1984.

Como já escrevemos num outro trabalho (Henriques, 1998) há uma relação preferencial entre as bruxas e os padres do que entre estas e os médicos. As bruxas encaminham as situações difíceis, que são incapazes de resolver, para padres específicos.

A este propósito, foi-nos dito por uma das mulheres de virtude que ouvimos: *“eu já aqui tratei de uma criança assim que nasceu já vinha espirituosa. Ninguém, ninguém fazia nada dessa criança. Depois o que valeu foi um senhor, que ali havia em S. R., o Sr. padre António. Esse senhor foi um anjo que apareceu a essa criança. Nós fazíamos tudo e de vez enquanto a criança cambaleava. Da idade logo que nasceu, já não sei se tinha cinco ou seis meses. A mãe chegou-me a revelar que já antes queria morrer”*.

A linguagem médica, quando em contacto com as comunidades rurais, tem-se tornado num dos maiores impedimentos ao estabelecimento de um canal de comunicação privilegiado. O médico, cidadão ou com formação urbana, comunga de uma cosmovisão desconhecida dos seus clientes rurais. Por sua vez, a linguagem usada pelos utentes dos serviços médicos reflecte uma visão do mundo e da doença diferente da adquirida pelo médico durante a sua formação. Deste desencontro beneficia a mulher de virtude / bruxa. Porque a bruxa de tipo tradicional possui idêntica visão do mundo dos seus clientes, porque nasceu, cresceu e se formou no mesmo meio.

Afirma Pina-Cabral (1989a:586) que *“um dos grandes atractivos dos bruxos para os seus clientes advém precisamente de que, não sendo os seus poderes reconhecidos pelo Estado, eles têm maior disponibilidade para adaptar a sua linguagem à do consumidor e não lhes é permitida a arrogância e falta de respeito pelos sentimentos e compreensão dos clientes que tendem a caracterizar as profissões oficializadas”*.

O benzilhão e o soldador são, na prática, as vertentes masculinas da mulher de virtude / bruxa. Eram indivíduos cujos dons naturais especiais os predestinavam ao exercício desta função, por exemplo crianças que tenham chorado três vezes no ventre materno ou que possuam gravado uma cruz no palato (Dias, 1944:189) ou mesmo ambos os atributos.

Tratavam não apenas as pessoas mas também os animais domésticos doentes. Para a execução do seu trabalho dispensava a presença do sujeito doente, bastando uma peça da sua roupa ou objecto pessoal. Não fixavam valor para o pagamento dos seus serviços.

Os tratamentos envolviam beberagens, práticas mágicas, defumadouros e chegando a sacrificar animais (Rodrigues:2000).

Durante as entrevistas que realizámos no âmbito deste trabalho não houve referências ao soldador. Os entrevistados também não foram chamados a pronunciar-se especificamente sobre

esta figura. Sabemos, entretanto, que a população recorria com frequência a este terapeuta. O trabalho de Armando Rodrigues, relativo à área de Santo André das Tojeiras, menciona-os dando-lhes algum relevo. O autor escreve acerca da relação entre estes terapeutas e as crianças: *“quantas criancinhas faleceram porque os pais em vez de consultarem o médico, se limitaram a ir ao soldador para conseguirem o tratamento dos seus filhos, que morriam devido a doenças por vezes fáceis de tratar”* (Rodrigues, 2000:81).

Regista-se a seguir um pequeno depoimento de uma informante que relata o caso de uma criança cujos pais recorreram a um benzilhão / curandeiro: *“tenho além uma vizinha, mora na Cruz, a Maria. A filha já só tinha a pelinha e o osso, ela costumava vir para aqui, coitadinha, as perninhas e os braços... Dava-se-lhe isto, aquilo e não comia nada. E depois andou morre, não morre e veio um benzilhão, um curandeiro e deu-lhe um remédio à menina que não sei explicar e a menina sarou. Não lhe deu nada para tomar. Era só rezas”*.

O extracto da entrevista refere o benzilhão e o seu êxito e não o do médico. Também não sabemos se criança foi observada e tratada pelo médico, que residia a escassos cinco quilómetros do lugar, mas o que socialmente perdurou foi o êxito do benzilhão.

4. Considerações finais

Este trabalho, tal como mencionámos, tem um âmbito meramente regional¹⁴⁶. Em termos metodológicos seguiu as orientações da análise qualitativa e teve em conta os princípios da etnopsiquiatria.

Baseou-se em trabalho de campo e numa pesquisa bibliográfica correspondente aos concelhos de Idanha-a-Nova, Castelo Branco, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão.

Em termos nacionais a psicopatologia infantil, avaliada numa perspectiva etnopsiquiatria, é uma temática pouco documentada. A nível regional a ausência de documentação é ainda mais significativa.

Pudemos verificar, ao longo da pesquisa, que a história da criança está intimamente ligada à história da mulher, ao grupo social a que esta pertence e às políticas vigentes.

A ideia de criança como um ser social com individualidade própria começou a surgir no século XIX, paralelamente com a promulgação das primeiras leis de protecção contra o mau exercício da autoridade familiar e do empregador. Por estas e outras razões afirmámos, logo no início do trabalho, que a criança, tal como hoje a concebemos, é uma invenção do século XIX.

A omnipresença da Igreja em todas as áreas do social e a crença da existência do céu / paraíso, ao qual tinham acesso todas as crianças até à idade de sete anos e baptizadas, tornava o baptismo numa primeira prioridade, mesmo superior a uma urgência de saúde. O baptismo era o

¹⁴⁶ Ainda que algumas destas práticas tenham uma distribuição nacional. Durante a pesquisa bibliográfica apercebemo-nos também da semelhança entre vários aspectos da psicopatologia infantil da região de Castelo Branco e a identificada em trabalhos galegos, salamantinos ou cacereños (Espanha).

salvo-conduto para o paraíso e era o que fazia a diferença entre a morte de uma criança e a de um animal.

O acesso à instrução, em meados do século XX, era desigual entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino. A aposta era feita no sexo masculino "porque eram eles que tinham que governar a casa", no dizer da nossa gente.

Nas áreas rurais dos concelhos visados, até meados do século XX, podemos afirmar que a criança vivia em pleno século XVIII, em termos de estatuto e relações sociais. Bem patente esteve o valor económico da criança, no interior da família e da comunidade. Consubstanciável, por exemplo, no trabalho infantil, no leilão das crianças da Roda (sec. XIX) e como segurança dos progenitores durante a velhice.

O caos e a desordem consubstanciado pela doença são anulados pela intervenção do terapeuta no sentido da reposição da ordem primitiva. Assim, constatámos uma intensa e complexa ritualidade em redor da criança, devido à sua importância e vulnerabilidade (*2. Perturbações Psicopatológicas*). Associado às fórmulas populares, que neste trabalho estão quase sempre ligadas ao tratamento, surge a importância atribuída aos números. Os números mágicos por excelência são o 3¹⁴⁷, o 7, os múltiplos de ambos, ou outros números ímpares, tal como na generalidade da cultura popular.

No que concerne aos sintomas, destacamos a valorização que a população da região faz dos sintomas depressivos na criança, ao contrário da ciência moderna que só muito recentemente valorizou esta unidade de diagnóstico.

Ao nível dos tratamentos, verificámos o uso que as comunidades rurais fazem dos seus recursos endógenos, observável também noutras áreas do conhecimento.

Paralelamente, demos conta da perpetuação até aos nossos dias de muitas práticas ancestrais, assentes no "ver fazer" ou "faço como sempre se fez". Actualmente a ruptura com este modelo não é tão grande quanto julgámos no início da investigação.

Para uma actuação adequada dos técnicos de saúde é indispensável conhecer-se culturalmente as comunidades com as quais se trabalha, a ritualidade ligada à criança e tolerar perspectivas diferentes de encarar os fenómenos e compreender o seu significado integrado no contexto em que é produzido. Só assim o técnico de saúde é eficaz na educação para as mudanças que se impõem.

Bibliografia

Fontes orais

Adelaide Roque Mateus, Alvaiade (V.V.R.).

Adelino Américo Lourenço, Idanha-a-Nova.

¹⁴⁷ "O nº 3 é um número mágico por excelência e a constante recorrência a ele resulta do esquema trinitário da nossa cultura judaico – cristã" (Silva, 1995:66).

Adozinda Moreira Raposo, Medelim (I.N.).
Adriano Martinho, Bairrada (P.N.).
Alexandre Martins, Fratel (V.V.R.).
Amélia, Castelo Branco.
Ana Crespo, Sarnadas de Ródão (V.V.R.).
Cesaltina Henriques, Rabacinas (P.N.).
Encarnação Milheiro, Proença-a-velha (I.N.).
Etelvina Farinha Dias, Moitas (P.N.).
Eugénia Glória, Encarnação Milheiro, Proença-a-velha (I.N.).
Felizbela Martins, Versadas (C.B.).
Fernando Dias de Carvalho, Castelo Branco.
Glória Martins, Lisga (C.B.).
Isabel Bispa, Castelo Branco.
Isabel Chambina, Rosmaninhal (I.N.).
Ilda da Conceição, Bairrada (P.N.).
Joaquim Martins, Bairrada (P.N.).
José Henriques, Lagar Martins (I.N.).
Maria Ludovina da Costa Tavares (C.B.).
Luíz Henriques, Rabacinas (P.N.).
Manuel Ferreira, Vilar de Boi (V.V.R.).
Manuel Gonçalves Dias, Perna do Galego (S).
Maria dos Anjos Carmona Marques, Castelo Branco.
Maria do Carmo, Montes da Senhora (P.N.).
Maria do Carmo Lopes, Caniçal Fundeiro (P.N.).
Maria da Conceição Gomes Gonçalves, S. Domingos (C.B.).
Maria Gomes, S. Domingos (C.B.).
Maria de Jesus, Pergulho (P.N.).
Maria José Torres Ferreira, Vila Velha de Ródão.
Maria Luis, Penha Garcia (I.N.).
Maria Lurdes Farromba, Castelo Branco.
Maria de Lurdes Pires Pereira Martins, Bairrada (P.N.).
Maria da Luz, Moitas (P.N.).
Maria Rosa, Almaceda (C.B.).

Maria do Rosário, Fratel (V.V.R.).

Patronilha Maria, Proença-a-Velha (I.N.).

Rosa Mendes, Vilar de Boi (V.V.R.).

Rosário Dias, Moitas (P.N.).

Fontes manuscritas

Sousa, Lúcia Correia Nunes de (1985), **Superstições e Costume na Aldeia de Penha Garcia**, 36p.

Fontes dactilografadas

APPACDM (s/d), **Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental**, policopiado, Castelo Branco.

Associação de Apoio à Criança, **Estatutos da Associação de Apoio à Criança do Distrito de Castelo Branco**, Castelo Branco, 13p.

Centro Educativo de São Fiel (s/d), **Síntese Histórica**, 4p.

Catana, António Silveira (1977), **Aspectos da Vida Económica e Social no Concelho de Idanha-a-Nova (1850-60)**, Biblioteca Municipal de Idanha-a-Nova, inédito.

Dias, José Lopes (1944), **Assistência Rural**, Biblioteca Municipal de Castelo Branco.

Ferreira, Maria da Conceição Campos Martins Machado (1997), **A Gravidez e o Nascimento em Penha Garcia**, oferecido pela autora, Castelo Branco, 30p.

Goulão, Francisco da Conceição Carriço (1971), **A Misericórdia de Proença-a-Nova**, Biblioteca Municipal de Castelo Branco.

Marques, Maria dos Anjos Carmona (1998), **Caracterização da Consulta de Desenvolvimento e Definição das Necessidades para a sua Conversão em Centro de Desenvolvimento da Criança Distrital**, 3p.

Martins, Vicente (s/d), **Dislexia e Educação**, 2p.

Mateus, Deolinda (s/d), **Dificuldades de Aprendizagem**, 4p.

Fontes impressas

Acção Regional

Aldeia Viva

Gazeta do Interior

Jornal do Fundão

O Concelho de Vila Velha de Ródão

O Concelho de Proença-a-Nova

Povo da Beira

Povo d'Idanha

Raiano

Reconquista

Bibliografia geral

Abafa, Carlos (1997), **S. Marcos na Religiosidade de um Povo**, *Ibn Maruán*, 7, Câmara Municipal de Marvão, Marvão, pp. 325 – 328.

Abeijón, M^a Dolores Fernández e Apiroz, Mirentxu Ardanaz (1989), **Depresión en la Infancia e Adolescencia**, *Revista Rol de Enfermería*, 134, Barcelona, pp. 28 – 32.

Abreu, Noelma Viegas (2002), **Violência Familiar**, *Xis*, 147, suplemento do Jornal Público nº 4392, de 30 de Março, Lisboa.

Agostinho, Rafael (1982), **Subsídios para uma Monografia de Salgueiro do Campo**, Centro Cultural e Recreativo de Salgueiro do Campo, Salgueiro do Campo.

Albuquerque, Catarina de (2002), **Apesar do Trabalho Infantil «Tradicional» Estar a Diminuir em Portugal, Estão a Surgir «Piores Formas» de Trabalho de Crianças**, Internet, <http://www.gddc.pt/noticias-eventos/artigo.asp?id=noticia>, obtido na internet em 07.03.2003.

Almeida, A. Pinto (1945), **Medicina Popular de Valbom**, in Fernando de Castro Pires de Lima, *Arquivo de Medicina Popular*, vol. II, edição do Jornal do Médico, Porto.

Almeida, Ana Nunes de; André, Isabel Margarida e Almeida, Helena Nunes de (2001), **Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal – Relatório Final**, Assembleia da República – Divisão de Edições, Lisboa.

Altés, Luis (s/d), **Medicina Popular Moderna y Antigua**, *Revista Cuídate*, 6, Heilpraktiker Institut, Internet, http://www.heilpraktiker.es/6_1.html, obtido na internet em 28.12.2001.

Alves, Maria da Conceição (2001), **Crenças e Superstições da Região de Oleiros**, Património Cultural Memória de um Povo, Centro de Formação da Associação de Escolas dos Concelhos de Castelo Branco e Vila Velha de Ródão, pp. 93-97.

Amaral, Diogo Freitas do (2000), **D. Afonso Henriques – Biografia**, Circulo de Leitores.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (4/98), **Los Niños que no Pueden Prestar Atención**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/noattent.htm>, obtido na internet em 29.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (4/98), **Comprendiendo el Comportamiento Violento de Niños y Adolescentes**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/fff55.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (4/98), **Los Niños que Roban**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/steal.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (8/98), **El Niño Deprimido**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/depressd.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (5/99), **Enuresis – El Niño que se Orina en la Cama**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/bedwet.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1/00), **Desordenes de la Conducta**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/fff33.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1/00), **Niños con Problemas al Dormir**, internet, <http://www.aacap.org/publications/apntstam/fff34.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

American Psychiatric Association (1996), **DSM – IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, 4ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.

American Psychological Association (2001), **Manual de Publicação**, 4ª edição, Artmed Editora, Porto Alegre.

Aurízia, Anica (1996), **A Violência Feminina no Quotidiano**, *Arquivos da Memória*, 1, Centro de Estudos de Etnologia Portuguesa, Lisboa, pp. 23-40.

Antunes, António Rodrigues (2003), **Zebreira Terra da Raia**, *Açafa*, 6, Associação de Estudos do Alto Tejo, Vila Velha de Ródão.

Araújo, Benedita (1997), **Superstições Populares Portuguesas**, Edições Colibri, Lisboa.

Araújo, Gabriela (2002), **Depressão Infantil – Quando a Tristeza não Deixa Crescer**, *Notícias Magazine*, 515, 07 de Abril, Lisboa, pp. 34-42.

Ardouin, J.; Bustos, C.; Gayó, R. e Jarpa, M. (2000), **Trastornos del Lenguaje en la Infancia**, internet, <http://www.udec.cl/%7Eclbustos/apsique/desa/traslen.html>, obtido na internet em 30.10.2001.

Ariès, Philippe e Duby, Georges (1990), **História da Vida Privada**, Edições Afrontamento, Lisboa.

Assembleia da República, **Constituição da República Portuguesa**, obtido na internet em 12.12.2002.

Asylo Districtal da Infancia Desvalida de Castello Branco (1912), **Estatutos do Asylo Districtal da Infancia Desvalida de Castello Branco**, Castelo Branco.

Azevedo, Luís Gonzaga (1914), **Proscritos**, Bruxellas.

Azevedo, M. H. Pinto e Maia, M. O. Cardoso (1980), **Desvio Comportamental em Crianças Filhos de Emigrantes**, *Psiquiatria Clínica*, vol. 1, 4, Coimbra, pp. 247-253.

Azevedo, M. Helena Pinto; Câmara, J. Gago da, e Mendes, M. Fernanda (1981), **Processo de Encaminhamento à Consulta de Psiquiatria - Inquérito Realizado na Clínica Psiquiátrica de F.M.C.**, *Psiquiatria Clínica*, suplemento 3, Coimbra, pp. 67-73.

Azevedo, P. Candido Mendes de (1911), **Colégio de S. Fiel – Resposta ao Relatório do Advogado Sr. José Ramos Preto pelo P. Candido Mendes de Azevedo da Companhia de Jesus**, Madrid.

Baptista, Fernando Oliveira (1996), **Declínio de um Tempo Longo**, in *Voo do Arado*, Museu Nacional de Etnologia, Lisboa, pp. 35 – 75.

Badinter, Elisabeth (s/d), **O Amor Incerto – História do Amor Maternal do Séc. XVII ao XX**, Relógio de Água Editores, Lisboa.

Barbosa, António (1985), **A Eficácia do Simbólico na Medicina Popular**, *Hospitalidade*, nº193, Telhal.

Bargão, J. D. (1945), **Monografia de Salvaterra do Extremo**, Lisboa.

Baroja, Julio Caro (1969), **Las Brujas y su Mundo**, 3ª edición, Alianza Editorial, Madrid.

Barreira, João (s/d), **Enurese Nocturna – Um Velho Problema... Novas Esperanças**, Internet, <http://www.terravista.pt/portosanto/1770/>, obtido na internet em 11.10.2001.

Barreto, António e Mónica, Maria Filomena (Coord.) (1999), **Dicionário da História de Portugal**, vol. 7, Edição Livraria Figueirinhas, Lisboa.

Barreto, Margarida e Ribeiro, Isabel (1982), **As Bruxas: Uma Subcultura Marginal**, II Jornadas de Psiquiatria S. João de Deus - Comunicações, edição Hospitalidade, Mem Martins, pp. 402-404.

Baruk, Henry, **La Psychiatrie Social**, P.U.F., Paris, 1955.

Bastos, Cristiana (1987), **Aspirinas, Palavras e Cruzes: Práticas Médicas Vistas pela Antropologia**, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra, pp. 221 - 242.

Becerra, Salvador Rodríguez (1985), **Exvotos de Andalucía – Perspectivas Antropológicas**, *Gazeta de Antropologia*, 4, internet, http://www.ugr.es/pwla/G04_01Salvador_Rodriguez_Becerra.html, obtido na internet em 28.12.2001.

Beirão, Florentino Vicente (2004), **História de Alcains II**, Alma Azul, Coimbra e Castelo Branco.

Belo, Aníbal da Cunha (1988), **Como se Fala na Minha Terra – Gavião de Ródão**, Castelo Branco.

Belo, José Antunes (1985), **Benquerenças - no Espaço e no Tempo**, Edição do autor, Castelo Branco.

Berlinguer, Giovanni (1988), **A Doença**, editora Cebes-Hucitec, São Paulo.

Bizarro, C. J. A. (1836), **Mappa dos Expostos Entrados e Fallecidos na Casa nos 10 Anos Económicos desde 1º de Julho de 1826 até 30 de Junho de 1836, Sendo os Últimos Dois Anos Debaixo da Administração da Comissão**, *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo IV, Lisboa, pp. 8- 9.

Boavida, José Eduardo, Porfírio, Helena, Nogueira, Susana e Borges, Luis (1998), **A Criança Hiperactiva**, *Saúde Infantil*, 20 (3), Coimbra, pp. 21 – 30.

Boumard Patrick (1999), **O Lugar da Etnografia nas Epistemologias Construtivistas**, *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 1(2), Internet, <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/texto1v1n22.htm>, obtido na internet em 11.10.2001.

Boura, Isabel e Jacinto, Rui (1984), **A Evolução da População na Região Centro entre os Três Últimos Recenseamentos, Emigração e Retorno na Região Centro**, Coimbra, pp. 27 - 43.

Braga, Teófilo (1985), **O Povo Português nos seus Costumes e Tradições**, vol I, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Bremness, Lesley (1993), **Plantas Aromáticas**, Editora Civilização, Porto.

Bueno, Mar Rey (s/d), **Saludadores**, internet, <http://www.ucm.es/info /folchia/saludado.htm>, obtido na internet em 28.12.2001.

Buescu, Maria Leonor Carvalhão (1984), **Monsanto – Etnografia e Linguagem**, Editorial Presença, Lisboa.

Burguière, André; Klapisch-Zuber, Christiane; Segalen, Martine e Zonabend, Françoise (1997), **História da Família**, vol. 2, Terramar, Lisboa.

Burguière, André; Klapisch-Zuber, Christiane; Segalen, Martine e Zonabend, Françoise (1998), **História da Família**, vol. 3, Terramar, Lisboa.

Cabral, João de Pina, **Filhos de Adão, Filhas de Eva**, publicações D. Quixote, Lisboa, 1989.

Cabral, João de Pina, (1989 a), **A Legitimação da Crença: Mudança Social e Bruxas no Norte de Portugal**, *Estudos de Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira*, Instituto Nacional de Investigação Científica - Centro de Estudos de Etnologia, Lisboa, pp. 581-596.

Cachadinha, Manuela Benvinda Vieira Gomes, **A Medicina Popular no Noroeste de Portugal, Mediterrâneo**, 3, Instituto Mediterrânico, Lisboa, 1993, pp. 365-374.

Caldas, José Manuel Peixoto (1992), **Suicídio Juvenil – O Enigma**, *Forum Sociológico*, 1, Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica do Departamento de Sociologia do FCSHJ – UNL, Lisboa, pp. 7 – 18.

Caldas, José Manuel Peixoto (1993), **Análise dos Factores de Risco do Acto Suicida Adolescente**, *Forum Sociológico*, 3, Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica do Departamento de Sociologia do FCSHJ – UNL, Lisboa, pp. 13 - 23.

Calheiros, Manuela e Monteiro, Maria Benedicta (2000), **Mau Trato e Negligência Parental – Contributos para a Definição Social dos Conceitos**, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 34, Celta Editora, Oeiras, pp. 145-176.

Cano, A. e Reboredo, X. M. González (1997), **Adivinación e Curandeirismo na Galicia Urbana Actual**, in *Galicia Antropoloxia*, vol. XXVII, edición Hercules, A Coruña, pp. 238 - 257.

Canseco, María Getino e Hernáez, Ángel Martínez (1992), **Nuevas Tendencias en la Antropología de la Medicina**, *Revista Rol de Enfermería*, 172, Barcelona, pp. 21 – 27.

Cardoso, J. Ribeiro (1944), **O Concelho de Oleiros e o seu Alfoz – A Freguesia de Orvalho, Subsídios para a História Regional da Beira Baixa**, vol. I, Castelo Branco, pp.239- 281.

Cardoso, Maria Manuela (1997), **Prevenção de Acidentes Infantis**, *Nursing*, 116, Lisboa, pp. 23 – 26.

Cardoso, Pereira (1999), **«Trabalho Infantil» na Ordem do Dia**, Internet, <http://www.a-pagina-da-educacao.pt/arquivo/artigo.asp?ID=660>, obtido na internet em 07.03.2003.

Cardoso, Santos (1986), **A Beira Interior e os Cuidados de Saúde (Alguns Aspectos)**, in *Jornadas da Beira Interior*, vol. II, Fundão, pp. 5 - 25

Carrega, João (2002), **Ritalin, Medicamento para Crianças Hiperactivas - Todo o Cuidado é Pouco**, *Reconquista*, 2921, 8 de Março, Castelo Branco.

Carrega, João (2002), **À Conversa com João Pires - Geração Ritalin**, *Reconquista*, 2921, 8 de Março, Castelo Branco.

Carrega, João (2002), **Vitor Henriques, Psiquiatra – Mais Benefícios que Riscos**, *Reconquista*, 2921, 8 de Março, Castelo Branco.

Carvalho, António Maria Romeiro (1994), **Bruxa e Mulher de Virtude na Aldeia – Doença, Crença e Cura: uma Viagem ao Universo Cultural do Aldeão**, *Forum Sociológico*, 4, Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica do Departamento de Sociologia do FCSHJ – UNL, Lisboa, pp.73 – 89.

- Carvalho, António Maria Romeiro (1994), **Expostos no Concelho de Idanha-a-Nova no séc. XIX (1820-1919)**, *Medicina da Beira Interior da Pré-História ao Séc. XX*, 8, Castelo Branco, pp. 43-49.
- Carvalho, Clara Afonso de (1989), **Bruxas, Vizinhos e Parentes na Beira Alta**, in *Estudos de Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira*, Instituto Nacional de Investigação Científica, Centro de Estudos de Etnologia, Lisboa, pp. 75 – 84.
- Carvalho, Padre Baltazar Diniz de (1925), **Breves Notas para a História da Beneficência Pública em Castelo Branco**, edição do auctor, Covilhan.
- Carvalho, Padre Baltazar Diniz de (1928), **Asilo Distrital da Infancia Desvalida de Castelo Branco – Relatório 1925 – 1926 e 1926 – 1927**, Guarda.
- Castaño, Fernando García (s/d), **Guías para el Manejo de Niños Violentos, Consultório Psicológico y Educativo**, internet, http://www.cpye.com/guias_manejo.htm, obtido na internet em 02.11.2001.
- Castela, António do Nascimento (1996), **Cafede – Uma Aldeia da Beira Baixa**, Plátano Editora.
- Castelo Branco, Manuel da Silva (1990), **Assistência aos Doentes na Vila de Castelo Branco e seu Termo, entre Finais do Séc. XV e Começos do XVII**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, 2, Castelo Branco, pp.7-20.
- Castelo Branco, Manuel da Silva (1991), **Assistência aos Doentes, em Castelo Branco e seu Termo, Entre os Começos dos Séculos XVII e XIX**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, Cadernos de Cultura, 3, Castelo Branco, pp. 7-10.
- Castro, Florencio Vicente e Caldera, Maria Isabel Fajardo (1997), **Contexto Social del Desarrollo: Introducción a la Psicología del Desarrollo en la Edad Infantil**, vol. 1, Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Catharino, Pe. Manuel Alves (1933), **Concelho de Proença-a-Nova- Monografia**, Lisboa.
- Cattaneo, Alicia (14.06.2001), **La Inserción de las Ciencias Sociales en los Equipo de la Salud. Alcances y Limitaciones de una Experiencia en Curso**, Internet, <http://www.naya.org.ar/articulos/med02.htm>, obtido na internet em 02.11.2001.
- Cavaco, Carminda (1992), **Portugal Rural – da Tradição ao Moderno**, Ministério da Agricultura, Lisboa.
- Cavalcante, António Mourão (2001), **Psiquiatria, Outros Olhares... A Cura que Vem do Povo**, *Psychiatry On-line Brazil*, 6, internet, <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/arquivo/mour0101.htm>, obtido na internet em 28.12.2001.
- Cebrián, Modesto Martín (1998), **La Enculturación de la Infancia**, in *El niño*, Diputación Provincial de Salamanca, Salamanca, pp. 65 – 81.
- Cluroe, Sue (1990), **Crianças que Recusam Alimentação**, *Nursing*, 34, Lisboa, pp.15 – 17.
- Coelho, Adolfo (1993), **Obra Etnográfica - Vol I – Festas Costumes e Outros Materiais para uma Etnologia de Portugal**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.
- Coelho, Alda Mira; Almeida, Graça; Machado, Manuela e Dias, Maria Goretti (1993), **Aspectos Clínicos da Depressão na Infância e Adolescência**, *Saúde Infantil*, 15 (2), Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, pp.129 – 145.

Comelles, Josep M. (2001), *De la Ayuda Mutua de la Asistencia como Categorías Antropológicas. Una Revisión Conceptual, III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud – Teruel*, Internet, <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>, 14 de Junho de 2001, obtido na internet em 31.10.2001.

Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), *Relatório*, Ministério da Saúde, Lisboa.

Conde, Dr. Frederico (1961), *O Colégio de S. Fiel*, *Estudos de Castelo Branco*, 1, Castelo Branco, pp. 63 – 68.

Cordeiro, Adelino (1937), *Etnografia da Beira – Religião, e Crendices – Lendas e Costumes de Penamacor*, Viana do Castelo.

Correia, Fernando da Silva (1944), *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas*, Henrique Torres – Editor, Lisboa.

Correia, J. Ferronha (2001), *O Suicídio na Adolescência*, *Nascer e Crescer*, 10 (4), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 279 - 284.

Correia, Paula Cristina e Lima, Maria de Lurdes (1996), *Gaguez na Criança – Casuística de um Ano em Consulta de Pedopsiquiatria*, *Nascer e Crescer*, 5 (1), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 56 – 84.

Cortez, Jeronymo (Valenciano) (1905), *Lunario Perpetuo – Prognóstico Geral e Particular para todos os Reinos e Províncias*, Parceria António Maria Pereira – Livraria Editora, Lisboa.

Coutinho, Miguel; Oliveira, Abílio e Miguel, Cristina (1999), *Pediatria Comunitária – Prevenção de Acidentes e Intoxicações*, *Nascer e Crescer*, 8 (3), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 196 - 203.

Crespo, Jorge (1989), *Médicos e Curandeiros em Portugal nos Finais do Antigo Regime*, in *Estudos de Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira*, Instituto Nacional de Investigação Científica, Centro de Estudos de Etnologia, Lisboa, pp. 101 – 112.

Crisanto, Natércia; Simões, Isabel e Mendes, J. Amado (1999), *Nova História*, 8, Porto Editora, Porto

Cruz, Enrique Blanco (1992), *Los Curanderos – Psicoterapeutas Populares*, *Gazeta de Antropologia*, 9, internet, http://www.ugr.es/%Eplac/G09_1Enrique_Blanco_Cruz.html, obtido na internet em 02.11.2001.

Devereux, Georges (1973), *Ensayos de Etnopsiquiatria General*, Barral Editores, Barcelona.

Devereux, G. (1981), *Etnopsiquiatria, Análise Psicológica*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, nº4, pp.521-525.

Dias, Jaime Lopes (1923), *As Aspirações da Beira Baixa e as Propostas de um Congressista*, Coimbra.

Dias, Jaime Lopes (1925), *Para que as Crianças não Sejam Bravas*, *Acção Regional*, 55, 31 de Dezembro de 1925, Castelo Branco.

Dias, Jaime Lopes (1933), *Aspirações de Idanha-a-Nova – I, A Barragem do Ponsul*, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1936), *Corpos Administrativos, Casas do Povo e Misericórdias ante o Problema Social – A Protecção à Propriedade e o Cadastro Geométrico – A Estrada*

Castelo Branco – Coimbra Velha Aspiração. Estado Actual Soluções que se Impõem, Vila Nova de Famalicão.

Dias, Jaime Lopes (1944), **Etnografia da Beira**, vol. I, 2ª edição, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1945), **O Problema da Terra e dos que a Cultivam**, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1948), **VIII Congresso Beirão – As Cantinas Escolares, O Analfabetismo e o Problema Social – As Estradas e o Turismo na Região Fronteiriça das Beiras – A Obra de Rega da Campina de Idanha-a-Nova**, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1948a), **Instrução. Necessidade de a Tornar Possível aos Pobres**, in V Congresso Regional das Beiras, Lisboa, pp.128 - 129.

Dias, Jaime Lopes (1948b), **Etnografia da Beira**, vol. VII, Lisboa

Dias, Jaime Lopes (1953), **Etnografia da Beira**, vol. VIII, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1961), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco*, vol.1, Castelo Branco, pp.145-160.

Dias, Jaime Lopes (1961a), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco*, vol.2, Castelo Branco, pp.117-138.

Dias, Jaime Lopes (1962), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco*, vol.3, Castelo Branco, pp.140-149

Dias, Jaime Lopes (1962a), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco* vol.4, Castelo Branco, pp.52-66.

Dias, Jaime Lopes (1962b), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco*, vol.5, Castelo Branco, pp.67-81.

Dias, Jaime Lopes (1963), **A Linguagem Popular da Beira Baixa**, *Estudos de Castelo Branco*, vol.7, Castelo Branco, pp.83-106.

Dias, Jaime Lopes (1966), **Etnografia da Beira**, vol. V, 2ª edição, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1967), **Etnografia da Beira**, vol. VI, Lisboa.

Dias, Jaime Lopes (1968), **Para a História da Barragem da Campina de Idanha-a-Nova e da sua Gente**, *Estudos de Castelo Branco*, 28, Castelo Branco, pp. 5 - 14.

Dias, Jaime Lopes (1970), **Etnografia da Beira**, vol. X, Lisboa.

Dias, Jorge (1993), **Estudos de Antropologia**, vol. II, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa.

Dias, José Lopes (1938), **Misericórdias e Hospitais da Beira Baixa**, separata da *Revista Clínica, Higiene e Hidrologia*, Lisboa.

Dias, José Lopes (1945), **Organização e Técnica da Assistência Rural**, *Jornal do Médico*, Lisboa.

Dias, José Lopes (1946), **Albergarias da Beira baixa – 1ª Série**, Lisboa.

Dias, José Lopes (1948), **Alguns Aspectos Sanitários de um Distrito Rural**, Castelo Branco.

Dias, José Lopes (1951), **Ensaio de Combate à Mortalidade Infantil em Castelo Branco**, Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto.

Dias, José Lopes (1954), **Enfermagem, Saúde e Assistência Rural**, separata da *Revista Portuguesa de Medicina*, Lisboa.

Dias, José Lopes (1961), **O Hospital dos Correiros de São Tiago da Vila de Castelo Branco, Segundo um Pergaminho Inédito do Século XV**, Separata da *Imprensa Médica*, ano XXV, Lisboa.

Dias, José Pissara Xavier Lopes (1956), **Elementos para uma Monografia Sanitária do Distrito de Castelo Branco**, Edições Imprensa Médica, Lisboa.

Diogo, Salete (2000), **Crianças Maltratadas**, *Raia*, 20, Castelo Branco, pp. 19 – 22.

Direcção Geral de Estatística (1933 e 1934), **Censo da População de Portugal – 1930**, Imprensa Nacional, 3 vol., Lisboa.

Drynights (s/d), **Treatment Options**, internet, <http://www.drynights.com/treatment.shtml>, obtido na internet em 11.10.2001.

Duarte, Heitor (1999), **População e Migrações: Um Estudo Comparado entre a Beira Interior e Salamanca**, *Diálogos Raianos – Ensaios sobre a Beira Interior*, Edições Colibri, Lisboa, pp. 115 – 131.

Duby, Georges e Perrot, Michelle (1990), **História das Mulheres no Ocidente – A Idade Média**, vol. 2, Edições Afrontamento, Porto.

Duby, Georges e Perrot, Michelle (1991), **História das Mulheres no Ocidente – Do Renascimento à Idade Moderna**, vol. 3, Edições Afrontamento, Porto.

Duby, Georges e Perrot, Michelle (1991), **História das Mulheres no Ocidente – O Século XIX**, vol. 4, Edições Afrontamento, Porto.

Duby, Georges e Perrot, Michelle (1991), **História das Mulheres no Ocidente – O Século XX**, vol. 5, Edições Afrontamento, Porto.

El País (23/10/2001), **La Enuresis Infantil Siempre Tiene Causa Orgánica, pero suele Desaparecer Alredor de los 12 Años**, Internet, http://www.psiquiatria.com/noticias/Trastornos_infantiles/tr_eliminacion/4753/, obtido na internet em 26.12.2001.

Ellenberger, Henry F.(1981), **Psychiatrie Transculturale**, in *Précis Pratique de Psychiatrie*, Maloine S. A. Éditeur, Paris, pp. 625 - 641.

Ellenberger, H. F. e Duguay, R. (1981), **Précis Pratique de Psychiatrie**, Maloine Éditeur, Paris.

Eric (s/d), **Bedwetting**, Internet, <http://www.enuresis.org.uk/main.html>, obtido na internet em 11.10.2001.

Espírito Santo, Moisés (1980), **A Religião Popular Portuguesa**, A Regra do Jogo, Edições, Lisboa

Espírito Santo, Moisés (1999), **Comunidade Rural ao Norte do Tejo – Vinte Anos Depois**, Associação de Estudos Rurais da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Estatística de Portugal (1881), **População – Censo no 1º de Janeiro de 1878**, Imprensa Nacional, Lisboa.

Ey, Henry (1979), **En Defensa de la Psiquiatria**, Huemul, Buenos Aires.

- Fainzang, Sylvie (Automne, 2000), *La Maladie – un Object pour l'Anthropologie Sociale*, 1, Internet, <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>, obtido na internet em 15.04.2002.
- Fárias, Valentina (s/d), *Qué es la Etnomedicina?*, Internet, <http://www.cuidarnos.com/td70-etnome.shtml>, obtido na internet em 31.10.2001.
- Farmacia e Saúde (s/d), *Pais Apressados - Filhos Pressionados*, Internet, <http://saude.sapo.pt/gkE/276525.html>, obtido na internet em 11.10.2001.
- Favazza, Armando R.; M.D. e M.P.H. (1989), *Antropologia y Psiquiatria*, Tratado de Psiquiatria, Salvat, 2ª edición, tomo 1, Barcelona, pp. 249 - 296.
- Félix, José Maria (1940), *Relva – A Minha Terra Natal*, Vila Nova de Famalicão.
- Fernandes, Elvira da Conceição (1990), *A Doença e a Cura nas Crenças Tradicionais: Recorrência à Bruxaria na Procura da Saúde na Zona de Braga*, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Departamento de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, dissertação de mestrado, inédito.
- Fernandes, Maria Assunção Vilhena (1990), *A Medicina Popular no Concelho de Proença-a-Nova*, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, 2, Castelo Branco, pp. 35-38.
- Ferrão, João (2000), *Relações Entre o Mundo Rural e o Mundo Urbano – Evolução Histórica, Situação Actual e Pistas para o Futuro*, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 33, Celta Editora, Oeiras, pp. 45-54.
- Ferreira, Seomara da Veiga e Costa, Maria da Graça Amaral da (1970), *Etnografia de Idanha-a-Velha*, Junta Distrital de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Ferretti, Mundicarmo (2000), *Mau olhar e Malefício no Tambor de Mina*, *Boletim On-Line*, 16, internet, <http://sites.uol.com.br/cmfolclore/mauolhado.htm>, obtido na internet em 19.10.2001 .
- Ferro, Xosé Ramón Mariño (1997), *Medicina Popular*, in *Galicia Antropoloxia*, vol.XXVII, edición Hercules, A Coruña, pp.114-169.
- Ferro, Xosé Ramón Mariño (1997), *A Bruxería*, in *Galicia Antropoloxia*, vol.XXVII, edición Hercules, A Coruña, pp.172 - 215.
- Filho, Naomar de Almeida; Coelho, Maria Thereza Ávila e Peres, Maria Fernanda Tourinho (1999), *O Conceito de Saúde Mental*, *Revista da Universidade de São Paulo*, 43, Internet, <http://www.psicopatologia.hpg.com.br/conceito%20de%20saude%20mental.html>, obtido na internet em 11.10.2001.
- Fleming, Manuela (s/d), *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*, Edições Afrontamento, Porto.
- Fonseca, A. F. (1974), *Psiquiatria Transcultural*, *Psiquiatria Sociológica*, Paz Montalvo, Madrid.
- Fonseca, A. F. (1982), *Psiquiatria Transcultural*, *Psiquiatria*, Ediciones Toray, vol.1, Barcelona.
- Fonseca, A. Fernandes da (1988), *Psiquiatria e Psicopatologia*, II vol., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Fonte, Teodoro Afonso da (2001), *Abandono e Circulação de Crianças entre o Minho e a Galiza – Repercussões Demográficas e Sociais de uma Estratégia sem Fronteiras*, *Pré-Actas do VI Congresso da Associação de Demografia Histórica (ADEH)*, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.

- Fontes, António Lourenço (1992), *Etnografia Transmontana*, 3ª edição, Editorial Domingos Barreira, Lisboa.
- Fontes, António e Sanches, João Gomes (2000), *Medicina Popular, Ensaio de Antropologia Médica*, Âncora Editora, 2ª edição, Lisboa.
- Frada, João José Cúcio (1993), *Guia Prático para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*, Edições Cosmos, 3ª edição, Lisboa.
- Galvão, Emília; Ângelo, Maria do Carmo e Alexandrino, Ana Margarida (1998), **Maus Tratos Infantis – Dois anos de Experiência no Hospital Maria Pia**, *Nascer e Crescer*, 7 (1), Hospital de Crianças Maria Pia, Porto, pp. 48 - 52.
- Garcia, Maria Antonieta (1996), *Denúncias em Nome da Fé*, Instituto de Sociologia e Etnologia das Religiões da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Garfinkel, Barry D.; Carlson, Gabrielle A. e Weller, Elizabeth B. (1992), *Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência*, Editora Artes Médicas Sul, Porto Alegre.
- Gaspar, José (1996), **Comportamentos Repugnantes sobre Crianças – Violações, Maus Tratos e Abandonos**, *Povo da Beira*, 152 (03.09), Castelo Branco.
- Gelder, Michael; Gath, Dennis; Mayou, Richard e Philip Cowen (1996), *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3ª edition, Oxford University Press, Oxford.
- Gil, António Carlos (1989), *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, Editora Atlas, São Paulo.
- Gillespie, Francis J. (1994), **Violência Sexual sobre Crianças: Definições, Incidência e Consequências**, *Nursing*, 82, Lisboa, pp. 14 - 19.
- Godinho, Paula (1990), **O Leito e as Margens – Estratégias Familiares de Renovação e Situações Liminares em Seis Aldeias do Alto Trás – os - Montes Raiano (1980 / 1988)**, Vol. 1, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, inédito.
- Godinho, Paula (2001), **Comunidade, Classes e Colectivos no Sul de Portugal (Couço, 1958-1962)**, *Ler História*, 40, Lisboa, pp. 127-139.
- Godinho, Paula (2001), **Memórias da Resistência Rural no Sul, Couço (1958-1962)**, Celta Editora, Oeiras.
- Gomes, Manuela Benvinda Vieira (1987), **A Saúde em Viana do Castelo: Medicina Oficial e Medicina Popular**, Faculdade de ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, dissertação de mestrado em Sociologia Aprofundada e Realidade Portuguesa.
- Gonçalves, Maria José (1998), **As Perturbações Alimentares da Primeira Infância**, *Nascer e Crescer*, 7 (3), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 199 - 205.
- González, Begoña Alvarez (s/d), *Medicina Popular*, Internet, http://www.members.es.tripod.de/setestrello/pagina_nueva_63.htm, obtido na internet em 30.10.2001.
- Gosset, D.; Hédouin, V.; Revuelta, E. e Desurmont, M. (1996), *Maltraitance à Enfants*, Masson, Paris.
- Grupo Etnográfico de Lorvão (s/d), *Medicina Popular*, Internet, <http://www.terravista.pt/aguaalto/3071/p.217.htm>, obtido na internet em 31.10.2001.
- Helman, Cecil G. (1994), **Cultura - Saúde e Doença**, 2ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre.

Henriques, Francisco; Caninas, João; Henriques, M. Anjos e Duarte, Maria do Céu (1990), **Medicina e Farmácia Popular dos Cortelhões e Plingacheiros**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Preservação*, 9-11, Vila Velha de Ródão, pp. 37-85.

Henriques, Francisco e Caninas, João (1990a), **1819-1846 -Óbitos da Freguesia de Vila Velha de Ródão – Primeira Leitura**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Preservação*, 9-11, Vila Velha de Ródão, pp. 87 - 179.

Henriques, Francisco (1990b), **Testemunho de Luis Henriques**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Preservação*, 9-11, Vila Velha de Ródão, pp.16-25.

Henriques, Francisco (1993), **Ritos de Passagem em Rabacinas**, Departamento de antropologia da FCSH da Universidade Nova de Lisboa, inédito.

Henriques, Francisco; Caninas, João Carlos (1997), **A Violência Física na Literatura Popular do Sul da Beira Interior**, *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 4-5, Castelo Branco, pp.40-47.

Henriques, Francisco (1997), **A Festa do Espírito Santo no Ladoeiro e no Sul da Beira Interior**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Açafa*, 1, Vila Velha de Ródão.

Henriques, Francisco; Gouveia, Jorge e Caninas, João (2001), **Contos Populares e Lendas dos Cortelhões e dos Plingacheiros**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Açafa*, 4, Vila Velha de Ródão.

Henriques, Francisco (1998), **O Louco e os Outros**, Associação de Estudos do Alto Tejo, *Açafa*, 2, Vila Velha de Ródão.

Hernández, Ángel Martínez (1992), **Eficacia Simbólica, Eficacia Biológica – Hacia un Nuevo Modelo Analítico y Terapéutico en la Asistencia Sanitaria**, *Revista Rol de Enfermería*, 172, Barcelona, pp. 61 – 67.

Hespana, Maria José Ferros (1987), **O Corpo, a Doença e o Médico – Representações e Práticas Sociais numa Aldeia**, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra, pp.195 – 219.

Hopper, K. (1991), **Some Old Questions for the New Cross Cultural Psychiatry**, *Medical Anthropology*, pp. 299-330.

Hospital Amato Lusitano, **Pediatria**, hal.min-saude.pt/html/serviços/com-internamento/pediatria/index, obtido da Internet em Dezembro 2001.

Iglésias, Elisardo Beloña (1989), **Medicina Popular**, Indo Ediciones, Vigo.

Ingleby, David (1982), **A Construção Social da Doença Mental**, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 9, Lisboa, pp.87-113.

Irmandade da Misericórdia de Castello Branco (1912), **Estatutos da Irmandade da Misericórdia de Castello Branco**, Castelo Branco.

Instituto Nacional de Estatística (1944), **VIII Recenseamento Geral da População – 1940**, vol. VI, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (1952 e 1953), **IX Recenseamento Geral da População – 1950**, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (1960), **X Recenseamento Geral da População – 1960**, tomo I, II e III, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (1973), **XI Recenseamento da População – 1970**, vol. I e II, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (1981), **XII Recenseamento Geral da População e II Recenseamento Geral da Habitação – 1980**, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (1991), **XIII Recenseamento Geral da População e III Recenseamento Geral da Habitação – 1991**, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2002), **XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação – 2001**, Lisboa.

Iturra, Raúl (1991), **A Aldeia: Presente Etnográfico, Passado Histórico – Propostas Metodológicas Exploratórias**, in *Lugares de Aqui*, Publicações d. Quixote, Lisboa, pp. 235 -243

Joaquim, Teresa (1983), **Dar à Luz – Ensaio Sobre as Práticas e Crenças da Gravidez, Parto e Pós-Parto em Portugal**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Jorge, Horácio Brás (1996), **Tinalhas, Meu Berço, Minha Raiz...**, edição do autor, Castelo Branco.

Júnior, José Lopes Dias (1924), **Da Higiene da Primeira Infância**, Coimbra.

Júnior, José Lopes Dias (1931), **Tuberculose Pulmonar no Distrito de Castelo Branco (Algumas Considerações)**, in *IV Congresso e Exposição Regional das Beiras*, Castelo Branco, pp. 349 -360.

Júnior, José Lopes Dias (1933), **Breves Considerações sôbre a Tuberculose em Sanidade Escolar**, Vila Nova de Famalicão.

Junta Geral do Distrito de Coimbra (1931), **O Hospício Distrital de Coimbra – de Crianças Expostas, Abandonadas e Desvalidas**, in *IV Congresso e Exposição das Beiras*, Vila Nova de Famalicão, pp. 361 - 372.

Kaplan, Harold I e Sadock, Benjamin J. (1989), **Tratado de Psiquiatria**, Salvat, 2ª edição, tomo 1, Barcelona.

Kitzinger, Sheila (1996), **Mães – Um Estudo Antropológico da Maternidade**, 2ª edição, Editorial Presença, Lisboa.

Lancastre, Margarida (2002), **O que Aconteceu às Crianças**, *Xis*, 147 de 30 de Março, Lisboa, pp. 10 -11.

Lancastre, Margarida (2002), **Pais Presentes Filhos Felizes**, *Xis*, 147 de 30 de Março, Lisboa, pp. 12.

Lancastre, Margarida (2002), **Ensinar a Preencher os Tempos Livres**, *Xis*, 147 de 30 de Março, Lisboa, pp. 14-15.

Laplantine, Francois (1978), **Etnopsiquiatria**, Editorial Veja, Lisboa.

Leão, Armando (1945), **Terapêutica Popular Duriense**, in Fernando de Castro Pires de Lima, *Arquivo de Medicina Popular*, vol. II, edição do Jornal do Médico, Porto.

Lebrun, François (1983), **A Vida Conjugal no Antigo Regime**, Edições Rolim, Lisboa.

Lebrun, François (1997), **Um em Cada Dois Recém - Nascidos**, in *As Doenças Têm História*, 2ª edição, Terramar editores, Lisboa, pp. 221 – 229.

- Lemos, Álvaro V. (1948), **Modernização dos Serviços de Assistência e Defesa da Raça**, in *V Congresso Regional das Beiras*, Lisboa, pp. 221 - 225.
- Levi-Strauss (1967), **O Feiticeiro e a sua Magia**, *Antropologia Estrutural*, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- Liga dos Amigos de Aranhas (1986), **Aranhas – Ontem e Hoje – Monografia de Evolução Histórica, Sócio-económica, Património Etnográfico e Cultural e Usos e Costumes**, Liga dos Amigos de Aranhas.
- Lima, Fernando de Castro Pires (1944 - 1945), **Arquivo de Medicina Popular: Colectânea de Estudos**, vol. I e II, edição Jornal do Médico, Porto.
- Lima, Mário Vale e Saraiva, Carlos Braz (1982), **A Atribuição Supersticiosa no Exercício da Clínica**, *Psiquiatria Clínica*, Supl.2, Coimbra, pp. 63 – 66.
- Linscheid, Thomas R. e Rasnake, L. Kaye (1992), **Transtornos de Sono em Crianças e Adolescentes**, in *Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência*, Editora Artes Médicas Sul, Porto Alegre, pp. 306 - 316.
- Lobo, Elvira (1993), **Doenças Sagradas**, *Mediterrâneo*, 3, Instituto Mediterrânico, Lisboa, pp.375-380.
- Lomba, Lurdes e Costa, Marina (1998), **A Recusa Alimentar Infantil**, *Sinais Vitais*, 17, Coimbra, pp. 23-25.
- Lopes, João A. L. (1993), **Classificação em Psicopatologia da Infância e da Adolescência**, *Psiquiatria Clínica*, 14 (2), Coimbra, pp.107 - 115.
- Lopes, José da Silva (1997), **A Economia Portuguesa depois do 25 de Abril 1974 - 1990**, in *História de Portugal*, vol. XIV, Dirigida por João Medina, Clube Internacional do Livro, Amadora, pp. 317 – 356.
- Lopes, Maria Antónia (1993), **Os Pobres e a Assistência Pública**, in *História de Portugal*, Direcção de José Matoso, edição Círculo de Leitores, (s.l.), pp. 501 - 515.
- Lourenzo, Rosa M^a (1998), **El Niño en la Sociedad Tradicional**, in *El niño*, Diputación Provincial de Salamanca, Salamanca, pp. 83 – 104.
- Madalena, Célia; Teixeira, Paulo e Matos, Paula (1999), **Enurese – Tratamento e Evolução**, *Saúde Infantil*, 21 (3), Coimbra, pp. 15 – 23.
- Marcelino, Francisco (2001), **Recordações, Paróquia de Santo António – Toulões**, 2^a edição, Toulões.
- Marsella, A. J. (1988), **Cross-Cultural Research on Severe Mental Disorders: Issues and Finding**, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78 (344), pp. 31-40.
- Marsella, A. J. e Kameoka, V. A. (1989), **Ethnocultural Issues in the Assessment in Psychopathology**, *Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians*, American Psychiatric Press, Washington.
- Marques, António dos Reis (1996), **A Medicina, a Sociedade e a Doença**, *Psiquiatria Clínica*, 17 (3), Coimbra, pp.167 - 170.
- Marques, Paulo (2000), **Filhas de um Deus Menor**, *Raia*, 28, Castelo Branco, pp. 14-19.

- Martins, Ismael (1982), **Subsídios para uma História**, Escola de Enfermagem do Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.
- Martins, P.^e Anacleto P. S. (1981), **Capítulos Inéditos da História de Castelo Branco**, Castelo Branco.
- Matos, Albano Mendes de (1991), **A Medicina Popular no Século XIX – sua Prática nas Aldeias da Serra da Gardunha**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, Cadernos de Cultura, 3, Castelo Branco, pp. 27-32.
- Matos, António Coimbra de (2000), **A Pedopsiquiatria Hoje e a Identidade do Psiquiatra da Infância e Adolescência**, *Nascer e Crescer*, 9 (1), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp.65-68.
- Matos, Joaquim Pires de (1983), **Juncal do Campo. Um Pouco da Sua História**, Castelo Branco.
- Matos, Paula (1998), **Enurese – Fisiopatologia e Tratamento**, *Nascer e Crescer*, 7 (1), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 44 - 52.
- Matoso, José; Daveau, Suzanne e Belo, Duarte (1997), **Portugal – O Sabor da Terra – Beira Baixa**, vol. XIV, Edição Círculo de Leitores, Pavilhão de Portugal – Expo98.
- Medicina XXI – Saúde Mental (s/d), **Depresión en la Infancia y en la Adolescencia**, <http://www.medicina21.com/drromeu.asp?id=57>, obtido na internet em 27.12.2001.
- Meehan, Fiona (1991), **Maus Tratos Infantis**, *Nursing*, 46, Lisboa, pp. 39 - 40.
- Melo, Elsa M^a Oliveira Pinheiro (1995), **Maus-Tratos Psicológicos na Criança**, *Sinais Vitais*, 5, Coimbra, pp. 25 - 28.
- Meneses, Pedro Ferro (1989), **A Criança Maltratada – Um Campo de Actuação da Saúde Escolar**, *Instituto de Apoio Sócio – Educativo*, 2, Lisboa, pp. 21 – 27.
- Ministério das Finanças – Direcção Geral da Estatística (1923 e 1925), **Censo da População de Portugal – 1920**, Imprensa Nacional, Lisboa
- Ministério da Justiça e dos Cultos (1919), **Inspeção-Geral dos Serviços de Protecção a Menores**, Decreto n^o 6117 de 20 de Setembro de 1919, Lisboa.
- Ministério da Justiça (1977), **Código Civil**, Decreto-Lei n^o 496/77 de 25 de Novembro, Lisboa
- Mongeau, A. (1980), **Psychiatrie Transculturale ou Interculturelle - Entre Théorie et Pratique**, *Evolution Psychiatrique*, Privat Editeur, tome 45, 3, Toulouse.
- Morais, Luísa e Confraria, Luísa (1997), **Depressão na Adolescência – o Normal e o Patológico**, *Nascer e Crescer*, 6 (3), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. 164 - 167.
- Morais, Maria da Graça de (1987), **Dos Expostos da Roda do Hospital Real de Santo André da Vila de Montemor-o-Novo no Início do Séc. XIX (1806-1830)**, *Almorsor*, 5, Câmara Municipal de Montemor-o-Novo, Montemor-o-Novo, pp.45 – 88.
- Moreira, Maria João Guardado (1994), **Vida e Morte no Concelho de Idanha-a-Nova**, edição Livros Horizonte, Lisboa.
- Mota, H. Carmona da (1989), **Editorial - Medicina Popular**, *Saúde Infantil*, 11 (1), Coimbra, pp. 3- 4.

- Moura, José Carlos Duarte (1997), **Histórias e Superstições na Beira Baixa**, A Mar Arte, Coimbra.
- Moura, José Diniz da Graça Motta e (1982), **Memória Histórica da Notável Villa de Niza**, Imprensa Nacional Casa da Moeda, edição fac-similada da edição de 1877, Lisboa.
- Moura, Octávio Teixeira (2001), **Problema Emocional**, Internet, http://www.geocities.com/octavio_moura/prob_emocional.htm, obtido na internet em 19.10.2001.
- Nacional Enuresis Society (11/01/2000), **Nacional Enuresis Society**, Internet, <http://www.peds.umn.edu/Centers/NES/>, obtido na internet em 11.10.2001.
- Nagera, J. A . Vallejo (1981), **Introducción a la Psiquiatria**, Editorial Científico Médica, Barcelona.
- Namora, Fernando Gonçalves (1943), **Relatório da Casa do Povo de Tinalhas**, Casa do Povo de Tinalhas, Castelo Branco.
- Neves, Fernando Paulouro (1997), **O Inferno Segundo S. Fiel**, *Jornal do Fundão*, 2649 (30.05), Fundão.
- Neves, Pedro Almiro; Pinto, Ana Lúcia e Couto, Célia Pinto do (1989), **H12 - História – 12º Ano de Escolaridade**, 2º Vol., Porto Editora, Porto.
- Nogueira, Bento (1975), **Medicina Misturada com Religião - Medicina de Roma, Incerta, Decadente e Supersticiosa**, *Hospitalidade*, 152, Telhal, pp.48-52.
- Nogueira, M. (1977), **"Enxota-Espíritos" em Acção**, *Hospitalidade*, 161, Telhal, p.213-217.
- Nogueira, Susana; Fernandes, Boavida; Porfírio, Helena e Borges, Luís (2000), **A Criança com Atraso da Linguagem**, *Saúde Infantil*, 22 (1), Coimbra, pp. 5 - 16.
- Nunes, A. L. Pires (1982a), **Os Exposto no Concelho de Castelo Branco (I)**, *Reconquista*, 1910, de 11 de Junho, Castelo Branco, pp.1 e 6.
- Nunes, A. L. Pires (1982b), **Os Exposto no Concelho de Castelo Branco (II)**, *Reconquista*, 1914, de 9 de Julho, Castelo Branco, p.8.
- Nunes, A. L. Pires (1982c), **Os Exposto no Concelho de Castelo Branco (IV)**, *Reconquista*, 1917, de 30 de Julho, Castelo Branco.
- Nunes, A. L. Pires (1982d), **Os Exposto no Concelho de Castelo Branco (V)**, *Reconquista*, 1920, de 3 de Setembro, Castelo Branco, p.3.
- Nunes, A. L. Pires (1982e), **Os Exposto no Concelho de Castelo Branco (VI)**, *Reconquista*, 1923, de 24 de Setembro, Castelo Branco, p.9.
- Nunes, Angela (1999), **A Sociedade das Crianças A'Uwe-xavante – Para uma Antropologia da Criança**, Ministério da Educação, Lisboa.
- Nunes, Berta (1987), **Sobre as Medicinas e as Artes de Curar**, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 23, Lisboa, pp.233-242
- Nunes, Berta (1997), **O Saber Médico do Povo**, Fim de Século Edições, Lisboa.
- Nunes, João Ribeiro (1999), **As Plantas na Medicina Popular – Saberes de Mulheres**, Beira Serra – Associação de Desenvolvimento Rural, Boidobra.

O PEETI, **Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil**, Internet, <http://www.peeti.idict.gov.pt>

Oliveira, Acácio C. (s/d), **Sarzedas e seu Termo – Aspectos Geográficos, Históricos e Etnográficos**, edição do autor, Castelo Branco.

Oliveira, José de Sousa de (s/d), **Factos Etnográficos da Minha Terra (Casal das Águias de Verão)**, edição do autor.

Opitz, Claudia (1990), **O Quotidiano da Mulher no Final da Idade Media (1250 – 1500)**, *História das Mulheres*, Edições Afrontamento, Porto, pp. 353-435.

Osório, Duarte e Henriques, Francisco (1992), **Aspects de Quelques «Maladies Psychiatriques» Dans la Médecine Populaire de la Région de Castelo Branco**, *Histoire et Histoires en Psychiatrie*, Toulouse, pp.163-169.

Paiva, José Pedro (1997), **Bruxaria e Superstição – num País sem Caça às Bruxas (1600 – 1774)**, Notícias Editorial, Lisboa.

Pardal, Ulisses Vaz (s/d), **Cem Anos ao Serviço da Infância**, Asilo Distrital de Castelo Branco, Castelo Branco.

Parreira, Maria Vitória Barros de Castro (2000), **A Investigação Etnográfica e Etnoenfermagem como Opção Metodológica**, *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2, Coimbra, pp. 39 - 48.

Pau, Gustavo (1999), **Orígenes de la Medicina Popular en Catalunya: “les Trementinaires”**, *Revista Cuídate*, 10, Heilpraktiker Institut, Internet, http://www.heilpraktiker.es/10_1.html, obtido na internet em 28.12.2001.

Pedreira, J. L. e Martín-Álvarez (2001), **Trastornos del Sueño en la Primera Infancia**, *Revista de Psiquiatria*, 5 (4), internet, <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/72/3864/?++> interactivo, obtido na internet em 26.12.2001.

Pedroso, Consiglieri (1988), **Contribuições para uma Mitologia Popular Portuguesa e Outros Escritos Etnográficos**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Pena, Beatriz (1994), **Formas de Abandono – II Parte**, *Saúde Infantil*, 16 (1), Coimbra, pp. 53 - 59.

Pereira e Sousa, J. M. (1838), **Do Tratamento da Incontinencia Nocturna da Urina em Crianças**, *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, Tomo VII, Lisboa, pp.126-128.

Pérez, Magdalena Santo Tomás; Manrique, Emilia Castro; Pfeifer, Cristina Castanedo; Fernández, M^a Luz Fernández e Martín, Aurora Melchor (1996), **Alimentación en la Baja Edad Media – Base de los Cuidados**, *Revista Rol de Enfermería*, 214, Barcelona, pp. 56 - 67.

Picão, José da Silva (1983), **Através dos Campos – Usos e Costumes Agrícola – Alentejanos**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Pina – Cabral, João de (1989), **Filhos de Adão, Filhos de Eva – A Visão do Mundo Camponesa do Alto Minho**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Pinheiro, José António dos Santos (2001), **Rosmaninhal – Passado e Presente**, Câmara Municipal de Idanha-a-Nova, Idanha-a-Nova.

- Pinto, Clara Vaz (1991), **O Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Fundão**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, Cadernos de Cultura, 3, Castelo Branco, pp. 16 -20.
- Pinto, Graça Alves (1998), **Trabalhar no Campo é o Nosso Modo de Vida – O Trabalho Infantil no Quadro das Estratégias de Reprodução Sócio-Económica das Famílias Camponesas**, *Cadernos de Ciências Sociais*, 18, Lisboa, pp. 47 – 65.
- Pinto, Maria Luís Rocha (1999), **A Transição Demográfica no Concelho de Castelo Branco Analisada Através da Mortalidade Infantil e Juvenil (1864 - 1950)**, *Ler História*, 37, Lisboa, pp.113 – 125.
- Pires, João; Arrobas, José; Ribeiro, Preto; Fraqueiro, Jorge; Almeida, Jorge (1992), **Estranha Forma de Morte**, *Reconquista*, 13 de Novembro, Castelo Branco, pp. 6-7.
- Pires, Sónia Oliveira (1993), **Entre Margens – Papel da Mulher: Significado e Transformações numa Aldeia da Baira Baixa**, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, inédito.
- Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette (1995), **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**, *Artes Médicas*, 3ª edição, Porto Alegre.
- Pons, Silvia Carrasco (1993), **Comportamiento Alimentario – Aportaciones de la Antropología**, *Revista Rol de Enfermería*, 179-180, Barcelona, pp. 13 – 16.
- Portela, José (1999), **O Meio Rural em Portugal: Entre o Ontem e o Amanhã**, *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, vol. XXXIX (1-2), Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, Porto, pp. 45-65.
- Popper, Charles W. (1992), **Transtornos Primeiramente Evidenciados no Bebê, na Criança ou no Adolescente**, in *Tratado de Psiquiatria*, *Artes Médicas*, Porto Alegre, pp. 479-540.
- Portugal – Ministério da Fazenda (1900), **Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1890**, 3 vol., Imprensa Nacional, Lisboa.
- Portugal (1916), **Censo da População de Portugal**, Imprensa Nacional – 1911, Lisboa.
- Prata, José Valentim de Matos (1990), **Coisas que a Nossa Memória Guarda**, *Reconquista*, nº2300, de 13 de Abril, Castelo Branco.
- Proença, A., (1937), **O Problema da Assistência Médica em Portugal – Situação Actual, Comentários ao Código Administrativo, Sugestões e Bases para a sua Resolução**, Castelo Branco.
- Proença, A., (1944), **Cenas e Figuras da Aldeia – Histórias Colhidas Através da Clínica**, Separata do *Jornal do Médico*, Porto.
- Proença, A. (1963), **Cenas - Figurantes e Figurões!...**, separata de *O Médico*, Porto.
- Psicologo Infantil (s/d), **Enuresis / Encopresis – Trastornos de la Eliminacion**, internet, <http://www.psicologoinfantil.com/trasenuresis.htm>, obtido na internet em 06.09.2001.
- Psicologo Infantil (s/d), **Otros trastornos Infantiles**, internet, <http://www.psicologoinfantil.com/trasotros.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.
- Psicologo Infantil (s/d), **Trastornos Infantiles del Comportamiento**, internet, <http://www.psicologoinfantil.com/trascomport.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.

- Psicólogo Infantil (s/d), **Trastornos Psicológicos del Sueño**, internet, <http://www.psicologoinfantil.com/trassleep.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.
- Psicólogo Infantil (s/d), **Trastornos Psicológicos del Lenguaje**, internet, <http://www.psicologoinfantil.com/traslengu.htm>, obtido na internet em 30.10.2001.
- Psiweb (s/d), **Dificuldades Escolares**, internet, <http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza.html>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Quartilho, Manuel João R. (1993), **Somatização: da Biologia à Cultura**, *Psiquiatria Clínica*, 14 (1), Coimbra, pp. 23 - 31.
- Quartilho, Manuel João Rodrigues (1995), **Sintomas e Cultura**, *Psiquiatria Clínica*, vol.16, 1, Coimbra, pp.5-10.
- Quartilho, Manuel João R. (2001), **Cultura, Medicina e Psiquiatria – do Sintoma à Experiência**, Quarteto Editora, Coimbra.
- Queirós, Eça de (s/d), **O Crime do Padre Amaro**, Coleção Livros de Bolso Europa América, Edição Europa-América, Mem Martins.
- Quintas, Célia e Cristovam, Maria Luisa (s/d), **O Trabalho Infantil Limita as Ambições Profissionais dos Jovens**, Centro Nacional do Observatório Europeu das Relações Laborais, <http://www.eiro.eurofound.ie>, obtido na internet em 07.03.2003.
- Quivy, Raymond e Campenhout, Lucvan (1992), **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, edições Gradiva, Lisboa.
- Ramos, Rui (1998), **O Chamado Problema do Analfabetismo: as Políticas de Escolarização e a Persistência do Analfabetismo em Portugal (Séculos XIX e XX)**, *Ler História*, 35, Lisboa, pp. 45 – 70.
- Rego, Yvonne Cunha (1981), **Feiticeiros, Profetas e Visionários: Textos Antigos Portugueses**, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa.
- Ribas, João Carvalhal (1964), **As Fronteiras da Demonologia e da Psiquiatria**, São Paulo.
- Ribeiro, Manuela (1995), **As Histórias de Vida enquanto Procedimento de Pesquisa Sociológica: Reflexões a Partir de um Processo de Pesquisa de Terreno**, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 44, Coimbra, pp.125 – 141.
- Ribeiro, Orlando (1944), **Beira Baixa**, in *Guia de Portugal*, vol. III, Biblioteca Nacional de Lisboa, Lisboa.
- Ribeiro, Victor (1907), **História da Beneficência Pública em Portugal**, Imprensa Universal, Coimbra.
- Richardson, Roberto Jarry e Colaboradras (1989), **Pesquisa Social**, Atlas, 2ª edição, São Paulo.
- Rodrigues, Armando Lourenço (2000), **Santo André das Tojeiras**, edição do autor.
- Rodrigues, Donizete (1999), **Estudo Etnográfico e Sociológico da Freguesia de Cortes do Meio (Covilhã)**, *Diálogos RAIANOS – Ensaios sobre a Beira Interior*, Edições Colibri, Lisboa, pp. 133 - 153.
- Romeiro, Alfredo (1996), **A Mulher, o Sofrimento e a Compaixão na Obra de Amato Lusitano, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX**, Cadernos de Cultura, 10, Castelo Branco, pp. 13-20.

- Romeu, Juan (s/d), **Depresion en la Infancia y en la Adolescencia**, internet, <http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/depresi.htm>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Trastornos del Sueño**, internet, <http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/trastorn1.htm>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Trastornos de la Eliminacion**, internet, <http://www.geocities.Com/Athens/Crete/8225/trastorn1.htm>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Trastornos de la Eliminacion**, internet, <http://www.geocities.Com/Athens/Crete/8225/trastorn1.htm>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Disfemia (Tartamudez)**, internet, <http://www.geocities.Com/Athens/Crete/8225/lenguaje.htm>, obtido na internet em 19.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Trastornos Antisociales de la Conducta**, internet, <http://www.geocities.Com/Athens/Crete/8225/tartamud.htm>, obtido na internet em 27.10.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Desarrollo de la Conducta**, internet, <http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/desarrol.htm>, obtido na internet em 27.12.2001.
- Romeu, Juan (s/d), **Trastornos de la Conducta Alimentaria**, internet, <http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/conducta.htm>, obtido na internet em 27.12.2001.
- Roque, Sanches (1975), **Alcains e sua História**, Castelo Branco.
- Ruffa, Beatriz L. (1993), **Violencia Familiar – Intervención de los Profesionales de Salud**, *Revista Rol de Enfermeria*, 173, Barcelona, pp. 35 - 39.
- Salgueiro, Emílio (2001), **A Hiperactividade na Criança: Doença ou Mal-de-viver?**, *Nascer e Crescer*, 10 (3), Hospital de Crianças D. Maria Pia, Porto, pp. S210 - S215.
- Salvado, Maria Adelaide Neto (s/d), **O Antigo Colégio de São Fiel e o Ensino das Ciências no Início do Séc. XX**, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Salvado, Maria Adelaide Neto (1993), **O Espaço e o Sagrado em S. Pedro de Vir-a-Corça**, Câmara Municipal de Idanha-a-Nova, Idanha-a-Nova.
- Salvado, Maria Adelaide Neto (2001), **O Colégio de S. Fiel Centro Difusor da Ciência no Interior da Beira**, (s/e), Castelo Branco.
- Salvado, Maria Adelaide Neto (2001), **Em Nome do Amor**, Castelo Branco.
- Salvado, Pedro Forte (1993), **Práticas Etnomedicinais na Raia (Conc. de Idanha-a-Nova) - Alguns Exemplos**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, 7, Castelo Branco, pp. 37 - 44.
- Sardinha, Olinda (1991), **Amuletos e Ex-votos da Beira Interior na Coleção do Museu Nacional de Arqueologia e Etnologia**, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, 3, Castelo Branco, pp. 21 - 26.
- Secretariado Português da Global March (s/d), **A Exploração do Trabalho Infantil em Portugal**, Internet, <http://homepage.esoterica.pt/~cidac/trabinf.html>, obtido na internet em 07.03.2003.

Sequeira, S. I. M. (1842), **Extracto de Lições sobre a Gaguez feitas pelo sr. Baudens, no Hospital Militar de Gros-Caillou**, *Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*, Tomo XV (1º semestre), Lisboa, pp. 31 - 37 e 65 - 70.

Serra, Adriano Supardo Vaz (1980), **Algumas Reflexões sobre a Emigração Portuguesa**, *Psiquiatria Clínica*, 1 (3), Coimbra, pp. 153 - 164.

Silva, Ana Isabel Mateus da (1995), **As Crianças que Recorrem à Pedopsiquiatria**, *Nursing*, 89, Lisboa, pp. 21 - 26.

Silva, Augusto Santos e Pinto, José Madureira (1986), **Metodologia das Ciências Sociais**, Edições Afrontamento, Porto.

Silva, Filipa Dias da; Queirós, Otilia; Guerra e Paz, Mª Alfredina e Silva, Maria Manuela Machado (1997), **Urgências de Psiquiatria da Infância e Adolescência num Hospital Pediátrico**, *Nascer e Crescer*, 6 (4), Hospital de Crianças Maria Pia, Porto, pp. 275 - 278.

Silva, H. Castro e (1958), **A Misericórdia de Castelo Branco – Apontamentos Históricos**, 2ª edição, Castelo Branco.

Silva, Joaquim Candeias (1994), **Esboço Demográfico de uma Comunidade da Beira Baixa no Séc. XIX**, *Comunicações das I Jornadas de História Regional do Distrito de Castelo Branco*, Associação de Professores de História, Castelo Branco, pp. 139-157.

Silva, Margarida Moreira da (1995), **Nascer em Loures – Práticas e Crenças na Gravidez, Parto e Pós-Parto na Região Saloia durante o Séc. XX**, Camara Municipal de Loures, Loures.

Smirnoff, V. E Courtecuisse-Miral, J. (1962), **De L'Anthropologie Culturelle a L'Observation Direct ou Monsieur Teste en Erewhon**, Presses Universitaires de France, 1 V (2), Paris, pp. 509 – 556.

Soares, Isaura Ribeiro Antunes (2001), **Etnografia do Concelho de Proença-a-Nova**, NUM – Memórias, Évora.

Swanwick, Maureen (1988), **O Conceito de Infância e as Teorias do Desenvolvimento**, *Nursing*, 2, Lisboa.

Taborda, Adelaide; Escumalha, Manuela; Filipe, António e Boavida, José (1993), **Casos Clínicos – Atraso da Linguagem**, *Saúde Infantil*, 15 (3), Coimbra, pp. 215 – 222.

Talbot, John A. ; Hales, Robert E. e Yudofsky, Stuart C. (1992), **Tratado de Psiquiatria**, Artes Médicas, Porto Alegre.

Tecedeiro, Luis António Vaz (1996), **Plantas Medicinais do Ribatejo**, Garrido Artes Gráficas, Alpiarça.

Tecedeiro, Luis António Vaz (1997), **Medicina Popular da Chamusca**, edição do autor.

Telo, António José (1997), **A Economia da República**, in *História de Portugal*, vol. XI (República), Dirigida por João Medina, Clube Internacional do Livro, Amadora, pp. 219 – 247.

Telo, António José (1997), **Portugal, 1958-1974: Sociedade em Mudança**, in *História de Portugal*, vol. XIII (O Estado Novo – Opressão e Resistência), Dirigida por João Medina, Clube Internacional do Livro, Amadora, pp. 317 – 330.

Tolosana, Carmelo Lisón (1997), **Endemoñados en Galicia; o Corpiño**, in *Galicia Antropoloxia*, vol. XXVII, edición Hercules, A Coruña, pp. 218 - 235.

- UNESCO (1981), **A Dura Infância dos que não Têm Infância**, *O Correio da Unesco*, 1 – Janeiro, Rio de Janeiro, pp.19-24.
- Urrutia, Carmen Llamas (1988), **Niños Maltratados – Un Problema de Todos**, *Revista Rol de Enfermería*, 115, Barcelona, pp. 41 – 48.
- Vale, Luís e Moreira, Raquel (1985), **A Enurese**, *Saúde Infantil*, 8 (3), Coimbra, pp. 175 – 179.
- Valente, Cláudia; Duarte, Carlos; Neto, Paulo e Rego, Gabriel (1994), **Apontamentos sobre o Rural Urbanizado – Reflexões sobre as Relações entre o Rural e o Urbano do Ponto de Vista Rural**, *Forum Sociológico*, 4, Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica do Departamento de Sociologia do FCSHJ – UNL, Lisboa, pp. 91- 108.
- Varandas, Pedro (1993), **Anorexia. Corpo e Cultura – Uma Relação de Equívocos**, *Forum Sociológico*, 2, Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica do Departamento de Sociologia do FCSHJ – UNL, Lisboa, pp. 181 - 187.
- Vasconcelos, J. Leite de (s/d), **Tradições Populares de Portugal**, 2ª edição, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa.
- Vasconcelos, J. Leite de (1982), **Etnografia Portuguesa**, vol. V, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa.
- Vasconcelos, J. Leite de (1985), **Etnografia Portuguesa**, vol. IX, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa.
- Vayer, Pierre e Roncin, Charles (1994), **Psicologia Actual e Desenvolvimento da Criança**, Instituto Piaget, Lisboa.
- Velin, J. (1974), **A Etiologia das Alterações da Linguagem na Criança**, *O Médico*, vol.LXX, 1168, Associação Médica de Língua Portuguesa e das Sociedades Portuguesas de Hidrologia Médica, de Cardiologia, de Obstetrícia e Ginecologia, De Radiologia e de Medicina do trabalho, Lisboa, pp.165 - 166.
- Vicente, Lurdes e Rafael, Ana Maria Lopes (1996), **A Criança Maltratada – Aspectos Clínicos**, *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 2, Castelo Branco, pp.21-26.
- Vidigal, Maria José (1998), **Reflectindo Sobre a Saúde Mental Infantil – Prevenção dos Maus Tratos, Abuso Sexual e Disfunções Comportamentais**, *Sinais Vitais*, 20, Coimbra, pp. 41 – 44.
- Vilhena, M. Assunção (1988), **A Flor do Feto Real**, edição do autor.
- Vilhena, M. Assunção (1995), **Gentes da Beira – Aspectos Etnográficos do Concelho de Proença-a-Nova**, Edições Colibri, Lisboa.
- Wadhoomall, Aida; Navarro, M^o Amélia; Carvalho, M^o da Graça e Antunes, Rosa Maria (1987), **Informação sobre a Criação e Avaliação da Actividade da Consulta de Saúde Mental Infantil do Centro de Saúde Mental de Castelo Branco no triénio 85/86/87**, *Anais Portugueses de Saúde Mental*, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, vol. 3, Setúbal, p. 165 – 175.
- Wall, Karin (1996), **Famílias Camponesas e Mudança Social no Baixo Minho**, in *Voo do Arado*, Museu Nacional de Etnologia, Lisboa, pp. 335 – 341.
- Wall, Karin (1998), **Famílias no Campo – Passado e Presente em Duas Freguesias do Baixo Minho**, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Wallace, A. F. C. (1989), **Antropologia Psiquiátrica**, *Tratado de Psiquiatria de H.I. Kaplan y B. J. Sadock*, tomo 1, Barcelona.

Wingate, Peter (1977), **Dicionário de Medicina**, Publicações Dom Quixote, 2ª edição, Lisboa.

Wittkover, E. D. e Lipowski, Z. J. (1966), **Recent Developments in Psychosomatic Medicine**, *Psychosomatic Medicine*, 28, 722.

Wittkover, E. D. (1968), **Perspectives of Transcultural Psychiatry**, Simposio Internacional de Psiquiatria Transcultural, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 2, 61.

World Health Organisation (1983), **Traditional Medicine and Health Care Coverage**, WHO, Genève.

World Health Organisation (1993), **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID 10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**, Artes Médicas, Porto Alegre.

Xavier, Beatriz de Oliveira (2001), **Terapias Alternativas e Sociedade Moderna: Popularidade e Consumo de Medicinas não Convencionais**, *Referência*, 6, Coimbra, pp. 23 – 28.

Inventário de termos e expressões

A listagem que se segue inclui termos e expressões referentes à temática abordada neste texto e que são (foram) utilizados pelas populações da área geográfica em estudo.

Para a constituição deste acervo utilizámos monografias regionais, relativas aos concelhos em questão, a recolha publicada pelo Dr. Jaime Lopes Dias na *Etnografia da Beira* ou nos *Estudos de Castelo Branco* e o material inédito na posse do subscritor. Este último, tem carácter geral, não está devidamente tratado e foi recolhido, essencialmente, entre os anos de 1985 e 1995.

Não utilizamos qualquer critério para uniformizar as grafias. Surgem, deste modo, repetições de termos e expressões registadas de diferentes modos.

Esta parte do trabalho pode proporcionar aos especialistas uma perspectiva rápida do conceito, das relações e do estatuto social da criança.

Restringimos o âmbito desta listagem ao mundo infanto-juvenil e às temáticas que lhe são inerentes. Alguns vocábulos e expressões já foram registados em Francisco Henriques (1998).

Não incluímos nesta listagem vocábulos e expressões não relacionadas com a temática.

Uma listagem deste tipo tem sempre um carácter subjectivo, desde logo na própria selecção do vocabulário e expressões.

Do vocabulário manuseado destacamos a enorme quantidade de termos e expressões relativas a jogos de crianças. O jogo, no mundo infantil, tem uma importância fundamental, principalmente nos processos de socialização e aprendizagem.

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Optámos por não registar o aglomerado populacional preciso onde o termo ou expressão foi ouvida mas, unicamente, o concelho onde o lugar se insere sob a forma de abreviatura (CB - Castelo Branco; IN - Idanha-a-Nova; PN - Proença-a-Nova e VVR – Vila Velha de Ródão).

A

Acedente	Mau olhado (Belo, 1985:90). Doença provocada por espíritos malignos (Dias, 1967:364).
Acidentar	Causar o mal de acidente (Buescu, 1984:274).
Acidente	Mau olhado (Buescu, 1984:274).
Adivinha	Bruxa, vidente, mulher que prediz o futuro (PN), (Henriques, 1998:154).
Adivinhona	O mesmo que adivinha (PN, VVR), (Henriques, 1998:154).
Aguada	Criança aguada, que definha e toma aspecto de miséria física (Dias, 1967:328).
Aguamento	As pessoas pensavam que certos estados de falta de saúde, normalmente revelados por pouco apetite e uma certa tristeza e mal estar, se deviam ao facto de não terem satisfeito alguns desejos. Normalmente tratava-se de casos de alimentação e, por isso, as pessoas quando comiam, deviam ter a preocupação de oferecer a qualquer criança que estivesse presente (Belo, 1985:91). Doença, ou tristeza, causada pela frustração do desejo ardente de alguma coisa, atribuída às crianças (Roque, 1975:32). É uma situação patológica frequente em crianças e adultos. "Dizem que se agua por não se saborear alimento igual ao que se vê comer a outrem. Os aguamentos curam-se com orações e benzilhices. Para isso, havia mulheres de virtude que se encarregavam de rezas e mezinhas" (Roque, 1970:206). Doença ou tristeza, causada pelo desejo de alguma coisa (Moura, 1996:71). Doença provocada pelo apetite insatisfeito de um alimento (Buescu, 1984:236). Doença que tem origem no facto de as crianças verem comer e não lhes ter sido oferecida a comida (Dias, 1967:328).
Aguar	Adquirir o mal de aguamento (Buescu, 1984:250).
Ainda lhe cheira o cu a cueiros	Frase que também se emprega na freguesia quando se quer referir qualquer rapaz ou rapariga que pretende namorar (ou casar-se) mas ainda é muito novo para tal (Oliveira, s/d:359).
Aiquelindar	Acarinhar uma criança (Buescu, 1984:254).
Alas ou asas do coração caídas	Se as crianças se encontram tristes sem razão aparente, dizem que têm as alas ou as asas do coração caídas (Dias, 1967:327).
Amadornado	Adoentado (Jorge, 1996:381)
Amansar	Diz-se de criança que se tornou serena (Buescu, 1984:254).
Amonado	Amuado (Jorge, 1996:381). Amuado, melindrado, zangado (Dias, 1961:155).
Anda cá ladrão que te hei-de cortar a minhoca	Expressão dita às crianças quando estas faziam qualquer maldade. Geralmente ao dizer-se a expressão avançava-se na direcção da criança. Se ela fugia porque fugia, se não fugia tomava-se ao colo e brincava-se um pouco com ela (PN).
Andar a esgolesar na casa dos outros	Crianças que na hora da refeição iam para casa dos vizinhos com o objectivo de receberem algum alimento (VVR).
Andar sempre a olhar para as mãos dos outros	Desejar o alimento que via comer, através do olhar (VVR).
Anjinho	Criança de meses ou de dias, que morreu (Dias, 1967:337). Criança de tenra idade e que, na crença do povo, quando morre vai direitinho ao céu (Dias, 1961:155). Criança que morre antes dos sete anos (Buescu, 1984:254).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Anjo	Criança. Criança que morre com menos de sete anos de idade (PN, VVR).
Ao menino e ao borracho põe-lhe Deus a mão por baixo	(Oliveira, s/d:308).
Aos cinco procura-lhe os dentes e o cú com que o assentes	Expressão referente a crianças que com cinco meses devem começar a sentar-se e a nascer-lhe os dentes (PN, VVR).
Apaparicar	Dar mimos, acarinhar (VVR).
Arrular	Embalar, acalantar crianças (Buescu, 1984:254).
Atalhar	Suster o curso de uma doença por meio de defumadoiro ou reza (Buescu, 1984:274).
Até a pulga tem catarro	Dito a uma ou de uma criança que manifesta precocemente quererem ou sintomas típicos de idade mais avançada (PN, VVR).
Até já a formiga tem catarro	O mesmo que «até a pulga tem catarro» (PN, VVR).
Augar	Salivar por sentir desejo de comer qualquer coisa que se viu ou cheirou (Vilhena, 1988:219).
Aguada	Criança aguada. Assim se chamam às crianças que definham, tomam aspecto de miséria física e metem muitas vezes o dedo na boca e no nariz (Dias, 1961:159).
Aguamento	Doença originada pelo facto das crianças verem comer e não comerem (Dias, 1961:159).
Azougue vivo	Mercúrio (metal) utilizado como amuleto para protecção contra o mau olhado (CB).

B

Badameco	Rapazola sem vergonha (Belo, 1988:12). Rapazola ou rapariga sem educação (Oliveira, s/d:372). Indivíduo com traços de personalidade pouco vincados, criança (VVR) (Henriques, 1998:158).
Batismo entre o lume e a água	O que é feito por qualquer pessoa espargindo água sobre a cabeça do sujeito a baptizar dizendo: «Eu te baptizo em nome de Deus Padre, do Filho e do Espírito Santo» (Dias, 1961, 159).
Barbeiro	Curandeiro (Vilhena, 1988:219). "Eram os homens dos sete ofícios. Como ocupação principal faziam barbas e cortavam cabelo... Quando alguém adoecia e não resultavam as mezinhas caseiras, recorria-se ao barbeiro. Se este não se entendia com a doença, recorria-se a bruxas e a benzilhões e só em casos desesperados se levava o doente ao médico, que não era bem visto e era chamado o mata-sãos. Em casos de doença simples, o barbeiro recomendava quase sempre sangrar o doente... (Jorge, 1996:134).
Bedelho	Criança, rapazelho (Matos, 1983:80). Rapazelho, meter-se onde não é chamado (Belo, 1985:146).
Benta	Espécie de bruxa ou feiticeira que se considera benfazeja e destrutora dos malefícios daquelas; benzedeira (Buescu, 1984:274).
Bento	Condão de certas plantas ou objectos (Buescu, 1984:274). Indivíduo que cura através de rezas. Estas pessoas são, geralmente, predestinadas porque choraram no ventre materno ou têm uma cruz no céu da boca (CB) (Henriques, 1998:160).
Benzilhão	(Leitão, s/d:60). Indivíduo mediador entre o espírito dos mortos e os indivíduos vivos, curandeiro, homem de virtude (CB, PN, VVR), (Henriques, 1998:160).
Benzilhoa	Vidente, bruxa, feminino de benzilhão (CB, PN).
Benzilhona	O mesmo que benzilhoa, pessoa que trata através de rezas (VVR).
Bica	Bolo de configuração oval feito da massa do pão e azeite (IN, CB).
Bico seco	Designação dada a uma criança que anda sempre a pedir água (PN).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Boa facinha	Diz-se a um lactente quando arrota (VVR).
Boca de sapato velho	Diz-se a uma criança que está a chorar (PN, VVR).
Boca grande	Criança chorona, que faz grande berreiro (Oliveira, s/d:373).
Bom proveito... à barriga e ao peito	(Oliveira, s/d:351). Diz-se quando uma criança arrota (CB, PN, VVR)
Bonicro	Criança sensível e mimada que anda frequentemente doente (PN).
Borrafudo	Criança pouco desenvolvida (Buescu, 1984:251).
Borrefo	Criança pequenina (Buescu, 1984:251 e 254).
Borrefol	Pessoa, particularmente criança, enfermiça ou de saúde delicada (Oliveira, s/d:373).
Bravo	Diz-se de criança que chora demasiadamente (Buescu, 1984:254).
Bruxa	Mulher que o povo crê praticar artes misteriosas e malélicas (Buescu, 1984:274).

C

Cachopa	Rapariga (Belo, 1988:16), (Buescu, 1984:254).
Cachopo	Rapaz, rapazinho (Belo, 1988:16). Rapazote (Castelo Branco) (Dias, 1967:332). Rapaz (Buescu, 1984:254).
Caco do mimo	Menino muito mimado. A mais mimada criança de uma família que corresponde, geralmente, à mais nova (PN, VVR).
Calças rachadas no cu	Calças abertas na região nadegueira, ao longo da costura, para facilitar as necessidades de eliminação, nas crianças e deficientes profundos. A criança ao baixar-se ficava com o sulco internadegueiro a descoberto (PN).
Canalha	O rapazio da rua (Dias, 1967:332). Criançada (Buescu, 1984:254).
Canalha miúda	Crianças com menos de doze anos (Buescu, 1984:254).
Cantar o bendito	Chorar. Gritar de dor (PN).
Cantar o landum	Chorar, lamentar-se (Vilhena, 1988:221).
Capeluda	Pão pequeno (Vilhena, 1988:220). Pão pequeno para dar às crianças (Catharino, 1933:192). Pão trigo, do tamanho de ¼ do actual, feito para pagamento de promessas contra o fastio a São Gens de Santos (Mação).
Caraiva	Brincadeira entre jovens (Matos, 1983:81).
Carrabilo	Criança pequenina (Oliveira, s/d:375).
Castanheta	Pessoa que fala muito, geralmente criança (VVR).
Catchôpo	Rapaz (Belo, 1985:147).
Catrafanho	Criança pequenina (Oliveira, s/d:375).
Catraio	Criança pequena (Buescu, 1984:255).
Cavalona	Criança que gosta de andar empoleirada em muros, cadeiras, etc. (VVR).
Chegar a roupa ao pêlo	Bater, acoitar (PN, VVR).
Chegar aos dias em que nasceu	É costume aplicar esta expressão a uma criança ou animal que é separado da mãe ou que vivencia uma situação grave de doença; período de grande sofrimento geralmente devido a adaptação (PN).
Chelho	O mesmo que Xelho (Oliveira, s/d:389).
Chelho da mouta	O mesmo que chelho da mouta (Oliveira, s/d:389).
Cheio de vida	Activo (PN, VVR) (Henriques, 1998:164). Expressão geralmente empregue para crianças.
Cheirar o cu a cueiros	(Oliveira, s/d:329). O mesmo que até a pulga tem catarro.
Chibarrér	Brincar (Vilhena, 1988:220).
Chincharavelho	Criança, ainda bebé, com muita vida (Oliveira, s/d:376).
Chopenágua	Criança molhada (Oliveira, s/d:376).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Chorava c'ma ma criança	(Dias, 1953:217). Expressão referente a um adulto que vivência uma situação traumática (PN, VVR).
Chucha	Seio de mulher que amamenta (Oliveira, s/d:376).
Cioso	Aquele que pronuncia o S defeituosamente (LAA, 1986:116). O mesmo que Sioso.
Cobrante	Cobrante, mau olhado (Belo, 1988:17).
Coca	Papão (Buescu, 1984:255) e (Oliveira, s/d:376). Papão com que metem medo às crianças (Dias, 1961a:135).
Come e dorme	Criança que perturba pouco os pais (VVR).
Conta peidos	Pessoa que conta tudo o que ouve. Linguareiro. Termo mais utilizado entre crianças (VVR).
Convidar	Presentear uma criança com qualquer guloseima (Oliveira, s/d:376).
Crostos	Colostro – primeiro leite durante os dois ou três dias que se seguem ao parto (Belo, 1988:18).
Curioso	Benzilhão, endireita, vidente, bruxo (PN, VVR) (Henriques, 1998:165).
Curiosa	Vidente, bruxa, benzilhoa, parteira nas comunidades rurais (PN, VVR) (Henriques, 1998:165).

D

Damocho	Demónio (Buescu, 1984:274).
Damonho	Damongre, inimigo (Dias, 1967:365). Damontre. Diabo. Arre damontre. Arre Diabo (Dias, 1962:140).
Damouro	(Buescu, 1984:274).
Damontre	Diabo (Oliveira, s/d:377). O mesmo que damonho.
Dar pau e costas	Dito a alguém (quase sempre filho) a quem se pede que vá buscar um pau para depois ser acoitado (PN).
De pecanino é que se troce o rabitcho	(Buescu, 1984:237).
De pequenino se torce o pepino	Provérbio popular (CB, IN, PN, VVR).
Defumadouro	Acto de defumar.
Defumar	Queimar certas ervas que têm bento, para afastar doenças ou outros males (Buescu, 1984:274).
Demongre	Diabo, demónio, malvado (Vilhena, 1988:220).
Desacorçoado	(Oliveira s/d:364). Descoroadado. Desanimado (Dias, 1962:140). Estou desacorçoado com dores (Dias, 1967:329). Temporariamente sem esperança, abatido (PN, VVR) (Henriques, 1998:166).
Desmorecido	Triste, calado, abatido.
Diacho	Diabo (Buescu, 1984:274).
Dialho	Diabo (Buescu, 1984:274).
Dianho	Diabo (Buescu, 1984:274).

E

É caldo com chouriço	Resposta dada a crianças quando perguntam «o que é isso?» (PN, VVR). (Oliveira, s/d:165).
Eibédo ou Eibedo	Anémico, raquítico (Belo, 1988:20). Sem desenvolvimento. (Criança eibeda: criança subdesenvolvida) (Oliveira, s/d:377).
Embrulhos	Homens que assustam as crianças nas descamisas (Dias, 1967:367).
Emoscado	Aborrecido (Vilhena, 1988:220).
Enchoro	Criança enfezada (Oliveira, s/d:378).
Encolar	Acalentar ao colo (Buescu, 1984:255).
Encolar os meninos	Tratar das crianças (Ferreira e Costa, 1970:175).
Encoucado	Enfezado (Buescu, 1984:251).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Enfoicédo	Pálido, cheio de frio (Belo, 1988:21). Cheio de frio, encolhido (Vilhena, 1988:220). Diz-se de criança ou animal com aspecto de abandonado (PN).
Enganido	Que não se desenvolve; que não medra (Oliveira, s/d:378).
Engonha	Pessoa frágil (geralmente criança), criança que come pouco ou que é incapaz de fazer alguma coisa (PN, VVR).
Entendido	Vidente, benzilhão (CB, PN), (Henriques, 1998:168).
Escorjar	Criança gulosa. Criança que deseja ardentemente a comida que vê. O desejo é manifestado por um olhar fixo e intenso para o alimento (PN, VVR).
Escorjona	Pessoa, quase sempre criança, que vai a casa de outrem na hora da refeição tendo em vista receber alimentos (PN).
Esfervelho	Pessoa que na cama não está quieta, desinquieto, pessoa activa (termo frequentemente aplicado a crianças) (PN).
Esgolesar	O mesmo que escorjar (VVR).
Espanhol	O mesmo que grego. Indivíduo, quase sempre criança, com perturbações da fonética (PN, VVR).
Espanhol de má raça	Indivíduo a quem não se entende (geralmente criança). Pessoa possuidora de fonética incorrecta (PN).
Espanholito	O mesmo que espanhol (VVR).
Espotrica	Rapaz bulicioso que salta (Catharino, 1933:191).
Estar em ser	Não crescer; definhar (Jorge, 1996:391).
Estrepasse	Susto (Oliveira, s/d:380).
Estrepasso	Corruptela de «traspasso» ou «traspasse» - aflição, dor cruciante (Vilhena, 1988:220).
Estrólico	O menino tagarela (Catharino, 1933:191).
Estrepasso	O mesmo que estrepasse.

F

Fanhá	Fanhoso (Buescu, 1984:251).
Fanhoso	Indivíduo que fala anasalado (PN, VVR).
Fazer-morrinhas	Diz-se quando as crianças fazem momices (Buescu, 1984:255).
Fazer ter-ter	Manter-se a criança de pé quando enceta os primeiros passos (Oliveira, s/d:333).
Fedelho	Criança (PN, VVR).
Fedór	Rabugenta (Catharino, 1933:192). Sem paciência, facilmente irritável (PN, IN), (Henriques, 1998:171).
Fervelho	Criança irrequita. Criança que durante a noite mexe constantemente com os pés e com os braços (PN).
Ferrabrás	Malandro, miúdo traquinas, fanfarrão (Soares, 2001:187).
Ficar com novelos	Tornar-se bruxa por agarrar a mão fechada de uma bruxa moribunda (Ferreira e Costa, 1970:176).
Figa	Interposição de um dedo polegar no espaço interdigital formado pelos dedos dois e três. Faz-se para esconjurar o perigo do mau olhado (PN, VVR).
Fornica-tripas	Criança muito viva (Jorge, 1996:392).
Furapastos	O mesmo que furatocas, diabrete (VVR), (Henriques, 1998:172).
Furatocas	Criança muito viva (Jorge, 1996:392).

G

Gadamechim	Criança ainda bebé (Oliveira, s/d:380).
Galateio	Brincadeira, diversão, mas com referência aos bebés (Oliveira, s/d:381).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Galdeirice	Brincadeira, divertimento (Matos, 1983:82).
Galeota	Garota, rapariguita (Buescu, 1984:255).
Galhofa	Brincadeira, rir (Matos, 1983:82).
Galrear	Começar a articular sons (Jorge, 1996:392). Emitir vozes sem articular palavras (diz-se das crianças) (Buescu, 1984:255).
Galrejar	O pequeno já galreja, começa a articular sons (Dias, 1967:335).
Gambozinos	Animais imaginários com que por brincadeira se enganam as crianças «ir aos gambozinos», (PN, VVR). Nome de bicho (suposto) com que se enganam os rapazes em fantasiadas caçadas nocturnas (Dias, 1962a:52).
Garouva	Rapariga brincalhona, estouvada (Vilhena, 1988:221).
Grego	Que fala atabalhoadamente (Jorge, 1996:392).
Guardar a garça	Engano que os lagareiros fazem aos rapazes (Dias, 1962a:55).
Guinfos	Rapazes pequenos. Olha os guinfos o que se batem (Idanha-a-Nova) (Dias, 1967:373).

H

Hambria	Fome (Dias, 1962:55).
Haver	Bebé ou criança enfezada; coisa insignificante (Oliveira, s/d:381).
Homem do saco	Expressão usada para aterrorizar crianças muito pequenas (ex. anda daí que vem lá o homem do saco que te leva).

I

Ibeido	Enfezado (Matos, 1983:82). O mesmo que eibédo.
Increnca	Pessoa fraca. Complicação (Matos, 1983:83).
Ingonha	Criança débil, fraca (VVR).
Ingremenças	Brinquedos (Catharino, 1933:190).
Ingremenço	Criança enfezada e débil (Buescu, 1984:252). Criança muito pequena; bebé (Oliveira, s/d:382).
Injinho	O mesmo que anjinho (Dias, 1961:155).
Inimigo	Diabo; às vezes o bruxo, o feiticeiro ou, mesmo, o Judeu, ou homem endemoninhado (Ferreira e Costa, 1970:177). Diabo. Vai pior co inimigo (co Diabo) (Benquerença) (Dias, 1967:365).
Inocente	Criança com idade inferior a sete anos (PN, VVR), ou até dois anos (Jorge, 1996:307).
Ir de negro à missa	Criança que já possui a região púbica revestida de cabelo, criança que vive a puberdade (PN).

J

Já a formiga tem catarro	(Dias, 1953:214)
Já não chora pela mãe	(Oliveira, s/d:336).
Já não correr a foguetes	Já não ter a ingenuidade própria dos rapazes que correm pelos campos a apanharem as canas dos foguetes acabados de cair (Oliveira, s/d:336).
Já pinta	Diz-se de um criança quando começa a nascer-lhe os cabelos púbicos (VVR).
Judeu	Indivíduo de má índole (Buescu, 1984:253). Criança ou adulto jovem que faz frequentemente patifarias (PN), (Henriques, 1998:174).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

L

Lambarar	O mesmo que escorjar (PN).
Landum (cantar o)	Chorar, lamentar-se (Vilhena, 1988:221). Choramingar (Catharino, 1933:189)
Lanita	Larica. Fome (Dias, 1962a:58).
Larica	Fome (VVR).
Lascarina	Rapariga atrevida, velhaca (Vilhena, 1988:221).
Legreshomem	O mesmo que lobisomem (PN).
Lobisomem	Homem que se transforma em animal (Idanha-a-Nova) (Dias, 1967:365). O sétimo de uma série de sete filhos o qual, de noite se transforma em cavalo ou burro (Buescu, 1984:274).

M

Madorna	Estado febril, adinamia, o mesmo que madorra (PN).
Madorra	O mesmo que madorna.
Madrinha de três dias	A pessoa que leva à igreja a toalha e a água para o baptizado (Malpica) (Dias, 1962a:60).
Mafarrico	Diabo. Criança que faz patifarias (CB, PN, VVR).
Mal de bruxedo	Doença misteriosa provocada pelas bruxas (Buescu, 1984:274).
Malcriadão	Superlativo de malcriado. Que não é educado. Vá-se embora, seu malcriadão (Dias, 1962a:61).
Mal mandado	Diz-se de qualquer criança que faz qualquer serviço de má vontade ou não o faz, mal educado (VVR). O teu filho é mal mandado, desobediente (Dias, 1967:333).
Malino	Criança irrequieta (PN).
Manifagafinhos	Parlenda que os gogos não dizem (Dias, 1962a:62).
Manso como o chão	Expressão que caracteriza pessoa, geralmente criança, ou animal que não dá preocupações (PN).
Manso como a terra	Diz-se de uma pessoa, geralmente criança, ou animal (bois ou burros) que pelo seu comportamento meigo não inspiram cuidados (PN, VVR), (Henriques 1998:176).
Marunguér	Brincar (as crianças) (Oliveira, s/d:383).
Mau ar	O mesmo que mau olhado (Buescu, 1984:274).
Mau como as cobras	(Oliveira s/d:285). (Dias, 1953:216). Diz-se de pessoa, ou mais raramente animal, de comportamento agressivo (PN, VVR) (Henriques, 1998:176). Expressão muito utilizado para caracterizar crianças.
Mau como o facadas	(Oliveira, s/d:285). Com mau génio, mau intimo (PN, VVR), (Henriques, 1998:176). Expressão muito utilizado para caracterizar crianças.
Mau olhado	O mesmo de acedente. Doença misteriosa provocada pela má vontade de alguém (Buescu, 1984:274).
Menina de cinco olhos	Palmatória (Ferreira e Costa, 1970:63). Instrumento de madeira utilizado para castigar as crianças na escola.
Menino gometéd'ò ano é criédo	(Buescu, 1984:232) e (Oliveira, s/d:312).
Merenda	Pão de trigo de tamanho um pouco superior a uma carcassa feito, propositadamente, para pagamento de uma promessa pelo fastio a São Gens da Moita (P.N.). Pequeno pão de milho ou trigo e também doces de farinha, azeite e ovos com mel ou açúcar (Dias, 1962a:64).
Mézinha	Tratamento realizado com produtos naturais e prescrito por terapeuta não convencional (PN, VVR).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Mezinheira	Pessoa que prescreve mezinhas (PN).
Mimo do caco	Olha o menino do caco. Criança muito amimada (Dias, 1967:333).
Moringo	Brinquedo. Objecto com que se diverte ou passa o tempo(PN).
Morrinha	Momice infantil (Buescu, 1984:255).
Moura	Criança que não está baptizada (Dias, 1967:336).
Mourinho	Criança ainda não baptizada (Buescu, 1984:255).
Mouro	O mesmo que mourinho.

N

Não chegar ao chambaril	Não ter crescimento ou desenvolvimento a pessoa, o animal ou a planta (Oliveira, s/d:338).
Não dar para as letras	Expressão que caracteriza um indivíduo com baixo rendimento escolar e que pode, eventualmente esconder debilidade (PN, VVR) (Henriques, 1998:179).
Não ser dos mais espertos	O mesmo que não dar para as letras, atrasado (Henriques, 1998:179).
Não ser dos melhores para aprender	O mesmo que não dar para as letras (Henriques, 1998:179).
Não tem vista, nem crista, nem rabo de sardanica	"quando uma pessoa* deseja ver qualquer coisa que outra pretende ocultar ou não deixar examinar e lhe pede que a deixe ver ou mostre, costuma a segunda recusar, respondendo: ..", (Oliveira, s/d:165). * geralmente criança.
Nino	Menino (em frases impacientes) (Buescu, 1984:255).

O

O diabo não quer nada com a canalha	(Jorge, 1996:408).
O mê menino é o meu consolo: cando ele pede é tamém como	(Buescu, 1984:232)
O menino e o trigo no Verão correm perigo	Aqui trigo deve ser entendido como a farinha deste cereal amassada para cozedura (VVR).
O que esqueceu ao diabo lembrou aos cachopos	(Oliveira, s/d:340).
O trabalho do menino é pouco mas quem o perde é louco.	(Buescu, 1984:235).
O trabalho do menino é pouco mas quem o despreza é louco.	(Oliveira, s/d:315).
- Oh mãe eu tenho sede? (diz a criança) -Mija p'ra mão e bebe. (responde a mãe).	Dito geralmente de uma mãe a uma criança que lhe pede água. E, ou não tem água ou não está disponível para a fornecer. Pode ser sinónimo de "vai tu bebe-la, és bem capaz" (PN).
Odioso	É muito odioso, melindroso, afeito ou sujeito a doenças (Dias, 1967:329).
Ogar	Aguar (Belo, 1988:34). Estado de prostração física e psíquica em que as crianças podem ficar pelo facto de verem comer e não compartilharem o alimento (PN, VVR) (Henriques, 1998:181).
Olha vai à fonte (ou a qualquer outro lado) que está lá uma mulher com um sacco a dar rebuçados	Expressão empregue para afastar as crianças quando a sua presença era incómoda (PN).
Olhar para a sombra	Namorar. Referente a crianças / adolescentes que já namoram (PN, VVR).
Ôs sete meses busca-l'os dentes e o cu l'assentes.	(Buescu, 1984:232).

P

Palavras-de-virtude	Palavras que têm o poder de esconjurar (Buescu, 1984:274).
Palrar	O mesmo que galrear (VVR).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Pasmadinho	Sem vida, triste, hipoactivo (CB, IN, PN, VVR) (Henriques, 1998:182). Termo mais utilizado para designar estados da infância.
Pastel	Criança que come pouco, criança magra, quase doentia (PN).
Pecanino	Pequenino. Pequerrucho (Dias, 1962b:72).
Pecarricho	Pequenino (Dias, 1967:333).
Pingente	Criança (Jorge, 1996:399) e (Matos, 1983:84). Criança, pessoa de pouco préstimo (Belo, 1985:149). Criança de fraca compleição física, criança que come pouco (PN).
Pinto bolefudo	Criança anafada, gorda (Oliveira, s/d:385).
Prender o burro à estaca	Diz-se de criança que está amuada. Amuo (PN, VVR).
Puxada	Crescimento de uma criança. «Ela agora deu uma grande puxada» (PN, VVR).

Q

Quando a morte tem vício que fará quem é vivo	O mesmo que «até a pulga tem catarro». Quando “alguma criança ou adolescente arrojar-se possibilidades que não tem ou tentar fazer o que manifestamente é incapaz” Oliveira, s/d:165).
Quanto mais chora menos mijas	(Oliveira, s/d:343). Diz-se a uma criança que chora desvalorizando-se a razão do seu choro. Não é um choro que mereça preocupação (CB, PN, VVR).
Quem dá o pão dá o ensino	(Oliveira, s/d:317).
Quem não te conhecer que te compre	Dito frequente a crianças como resposta a perguntas, pedidos ou em simples conversa (PN, VVR).
Quem o seu menino cria boa maçaroca fia	(Oliveira, s/d:319).
Quem quejer qu’o sê menino creça, n’água do cu le lav’a cabeça.	(Buescu, 1984:232).
Quem quejer qu’o sê menino creça, lave-l’o cu e cate-l’a cabeça.	(Buescu, 1984:232).
Quem te entender que te compre	Dito a alguém, geralmente criança, que articula mal as palavras dificultando a comunicação com o interlocutor (PN, VVR).
Quem se mete com garotos borrado se acha	(Oliveira, s/d:319).

R

Rabino	Criança hiperactiva, irrequieta, desassossegada (PN, VVR) (Henriques, 1998:185).
Rabuge	Impaciente (Jorge, 1996).
Rebanho de filhos	Muitos filhos (PN).
Redolho	Último filho (VVR).
Régua	O mesmo que menina de cinco olhos.
Restolhada	Grande número de pessoas a dormir conjuntamente (ex. pais e filhos na mesma cama) (PN, VVR).
Retouça	Brincadeira ruidosa e turbulenta (Buescu, 1984:256).
Retouçar	Brincar (Buescu, 1984:256).
Retouçér	Brincar (Vilhena, 1988:222).
Roberto	Fantoche. Criança activa, brincalhona, esperta (PN).
Roufenho	Indivíduo com perturbação na voz. Rouco (VVR)

S

Saltarico	Que não pode estar quieto; irrequieto (Jorge, 1996:401).
Sarrão	Criança gorducha (Jorge, 1996:402).
Se queres que o teu menino cresça, com a água do cu lava-lhe a cabeça	(Oliveira, s/d:355).

PSICOPATOLOGIA DA CRIANÇA NO SUL DA BEIRA INTERIOR (PERSPECTIVA ETNOLÓGICA)

Francisco Henriques

Ser como a carriça, tudo quanto vê tudo cobiça	Diz-se às crianças que desejam tudo quanto vêm (PN, VVR).
Ser corrente como a mulher do leite	Diz-se de um adulto, ou criança, que fala e convive com toda a gente, extrovertido, de contacto fácil (PN, VVR) (Henriques, 1998:189).
Ser o diabo em figura de gente	Expressão que caracteriza, geralmente criança, muito irrequietas (PN, VVR) (Henriques, 1998:189).
Ser um bolinho de azeite	Ser de compleição delicada (Oliveira, s/d:346).
Ser um cordeiro	Ser uma criança meiga, meiga (PN, VVR).
Ser um menino não das bruxas	(Oliveira, s/d:346). Diz-se de uma criança que num grupo de mulheres anda de colo em colo para o admirarem e mimarem (CB, PN, VVR).
Ser o diabo em figura de gente	Expressão que caracteriza as pessoas, geralmente crianças, hiperactivas (PN, VVR) (Henriques, 1998:188).
Serigaita	Rabina, desinquieta. Aplica-se geralmente às crianças como sinónimo da sua traquinice (PN, VVR) (Henriques, 1998:189).
Sesudo	Sisudo. Jogar o sesudo consiste em duas pessoas, se colocarem uma em frente da outra e não deixarem rir; o primeiro que rir perde (Dias, 1967:368). Jogo frequente entre criança e adulto.
Sete anos, sete rostos	(Buescu, 1984:232).
Signo-saimão ou sino-saimão	Signo de Salomão – confundem-no com a estrela de cinco pontas e até já lhe chamam «cinco saimancos» (Vilhena, 1988:222).
Sioso	Belfo, pessoa que tem dificuldade em falar, dando a impressão de ter a boca cheia (Belo, 1988:42). O mesmo que cioso.
Sol de Março queima a dama no paço e o menino no regaço	(Oliveira, s/d:322).
Soldador	Bruxo, feiticeiro, que faz tratamentos por meio de rezas (Belo, 1988:42). Curandeiro, indivíduo que percebe das artes de cura tradicionais (PN, VVR).

T

Tabefe	Bofetada (VVR, PN).
Taleigo	Bebé rechonchudo (Jorge, 1996:402).
Taleiguinho	Idem de taleigo (Jorge, 1996:402).
Tartamelo	Tartamudo – que pronuncia mal as palavras (Dias, 1963:92).
Ter bichos carpinteiros	Criança que é incapaz de estar quieta quando está sentada (PN, VVR) (Henriques, 1998:191).
Ter o chafariz atrás das orelhas	Chorar por tudo e por nada (Oliveira, s/d:347).
Travesso	Criança rebelde (PN).

U

Urma	Para mandarem sair de casa os filhos (Catharino, 1933).
------	---

V

Velhaco como as cobras	Indivíduo, criança ou adulto, com comportamento difícil ou anti-social (Henriques, 1998:194).
Velhaco como o facadas	(Oliveira, s/d:285). Diz-se de alguém, geralmente criança, com comportamento anti-social (Henriques, 1998:194).

X

Xelho	Criança débil (Oliveira, s/d:389).
Xelho da mouta	Criança ainda bebé (Oliveira, s/d:389).

Z

Zagaló	Rapaz (LAA, 1986:120).
Zarelho	Criança irrequieta (Belo, 1988:47). Irrequieto (Matos, 1983:87). Criança, indivíduo de comportamento infantil (PN, VVR).