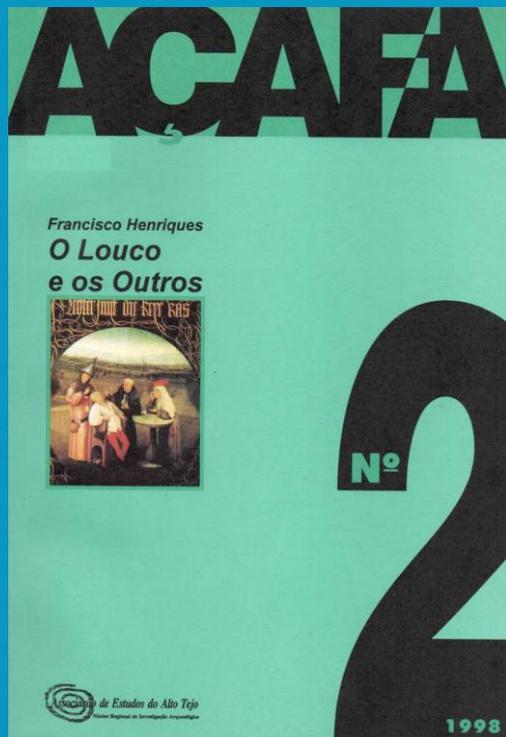


ACAFA

Nº 12 On-line



O LOUCO E OS OUTROS: CONTRIBUTO PARA O CONHECIMENTO DO LOUCO E DA LOUCURA NAS COMUNIDADES RURAIS DO SUL DA BEIRA INTERIOR

The mad and the others

Francisco José Ribeiro Henriques

Antropólogo. Associação de Estudos do Alto Tejo. Associação para a Formação e Investigação em Saúde Mental. fjrhenriq@gmail.com

Palavras-chave Antropologia médica, louco, loucura, Beira Baixa

Keywords Medical anthropology, mad, madness, Beira Baixa

Vila Velha de Ródão, 2019

Resumo

Este trabalho regista o modo como as comunidades rurais dos concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão vivem e convivem com a loucura. Pretende responder a questões como a etiologia da doença mental para estas comunidades. Quais os sinais e sintomas que o sujeito deve apresentar; quem diagnostica, quais os terapeutas, as terapias usadas e a concepção de louco para estas gentes. No final, constitui-se um rol de vocabulário e expressões usadas na psicopatologia da região.

Abstract

This work register the way rural communities of the municipalities of Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova and Vila Velha de Ródão live and cope with madness. It aims to answer questions such as the etiology of mental illness for these communities. What are the signs and symptoms the subject should present; who diagnoses, which therapists, therapies used and the mad concept for these people. In the end, there is a list of vocabulary and expressions used in the psychopathology of the region.

Dedicatória

As páginas que se seguem são uma singela retribuição aos Meus Doentes e às famílias:

- pela amizade e cumplicidades de mais de oito anos de relação;
- pelo modo simples, cordial e amigo com que sou recebido nas suas casas. Este sentimento pessoal é praticamente intraduzível;
- pelo que aprendi com eles, principalmente a pressentir os limites entre o normal e o patológico e o quanto há de indefinição nestes limites.

Agradecimentos

Aos amigos que, cada um a seu modo, contribuíram para o bom termo deste trabalho: Maria dos Anjos Henriques; Carlos Magro, Fátima Dias, Paula Godinho, João Carlos Caninas, Joaquim Baptista, Luísa Filipe, Jorge Gouveia e José Silvestre Ribeiro.

Um agradecimento muito especial ao amigo José Manuel Baptista pela revisão do texto e apoio prestado no tratamento de termos e expressões usados na psicopatologia da região.

Aos funcionários do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano e em especial ao seu ex-director, Dr. Duarte Osório.

Aos informantes: Adelino Américo Lourenço [padre, Idanha-a-Nova]; Adriano Martinho [Bairrada]; Adozinda Moreira Raposo [Medelim]; Alfredo Dias, [padre, Proença-a-Nova]; Amélia [vidente, Castelo Branco]; António Borrego Raposo [Oledo]; António Escarameia [padre, V. V. Ródão]; António Fonseca [médico, V. V. Ródão]; Carlos Henriques [vidente, Ladoeiro]; Domingos Romão [Zebreira]; Duarte Osório [médico, Castelo Branco]; Encarnação Milheiro [Proença-a-Velha]; Eugénia da Glória [Proença-a-Velha]; Glória Martins [vidente, Lisga]; Ilda da Conceição [Cimadas Cimeiras]; Isabel Chambino [Rosmaninhal]; Joaquim Martins [V. V. Ródão]; José Alexandre Martins [Fratel]; José Henriques Almeida [Monsanto]; Manuel Ferreira [Vilar de Boi]; Manuel Gonçalves Dias [Perna do Galego]; Maria do Carmo [Montes da Senhora]; Maria Emília Gomes Figueira [Monsanto]; Maria Helena Rosário Pereira [S. José das Matas]; Maria Luis [Penha Garcia]; Maria Lurdes Pires Pereira Martins [V. V. Ródão]; Maria Rosa [Almaceda]; Maria do Rosário Martins [Fratel]; Patronilha Maria [Proença-a-Velha]; Rosa Mendes [Vilar de Boi].

Aos responsáveis e funcionários de: Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto [Coimbra]; Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca [Coimbra]; Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem Lopes Dias [Castelo Branco]; Biblioteca do Hospital Psiquiátrico do Sobral Cid [Coimbra]; Biblioteca do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano [Castelo Branco]; Biblioteca Municipal de Castelo Branco; Biblioteca Municipal de Idanha-a-Nova [Dr.^a Lurdes Grilo]; Centro Municipal de Cultura de Vila Velha de Ródão [Dr.^a Graça Baptista]; Biblioteca Municipal de Proença-a-Nova; Arquivo Municipal de Idanha-a-Nova [Sr. Vítor Mascarenhas].

Aos directores e funcionários dos periódicos: Ecos da Sobreira [Sobreira Formosa]; O Concelho de Proença-a-Nova [Proença-a-Nova]; Raiano [Idanha-a-Nova]; Povo da Beira [Castelo Branco].

Por último, um agradecimento ao Instituto Português da Juventude, Delegação de Castelo Branco, e ao seu director Dr. Francisco Abreu pelo modo como apoiou este projecto.

O Pouco Juízo

“Um homem chamado Pouco Juízo tinha tantos filhos que já não lhes achava padrinho. Resolveu ir a outros sítios a procurar alguém que servisse de padrinho aos seus filhos. Foi andando e encontrou Jesus Cristo que lhe perguntou: - Aonde vás? E ele respondeu: - Vou procurar alguém que queira ser padrinho do meu filho.

Volta para trás e eu te sirvo, disse Jesus. - Quem Sois? Perguntou Pouco Juízo. - Sou Jesus. - Convosco não quero nada, porque a uns deixais tudo e a outros nada, disse o Pouco Juízo. Foi andando e encontrou S. Pedro, que lhe perguntou: - Aonde vás? Ele respondeu: - Vou procurar quem sirva de padrinho ao meu filho. - Volta para trás. Eu te sirvo, disse S. Pedro. - Quem sois? Perguntou Pouco Juízo. - Sou S. Pedro. - Convosco não quero nada, porque a uns abres as portas do céu e a outros fecha-las, disse Pouco Juízo. Continuando o seu caminho, encontrou uma mulher vestida de preto, que lhe perguntou: - Aonde vás? E ele lhe disse o mesmo que tinha dito a S. Pedro. E ela Disse-lhe: - Volta para trás. Que eu te sirvo. - Quem Sois? Disse ele. - Sou a Morte respondeu a mulher - Convosco é que eu quero tudo, porque levais rico e pobre, grande e pequeno e não deixais ninguém.

E foram. Mas o Pouco Juízo fechou a Morte. Jesus, tardando-lhe, disse-lhe: - Solta a Morte. Pouco Juízo disse: - Solto-a, mas é preciso que nunca a cá mande para me levar! Jesus não queria, mas, não vendo outro remédio, teve de dizer-lhe: - Solta e fica para aí sempre, Pouco Juízo. É por isso que o Pouco Juízo ainda existe.” (Dias, 1963a:43-44)

EM JEITO DE PREFÁCIO...

Duarte Osório (Psiquiatra, Director do Hospital Amato Lusitano)

Um prefácio quer-se consistente e profundo, sintetizando criativamente a obra prefaciada, ou mais leve e discreto, apresentando autor e obra?

Nesta encruzilhada de conceitos e metodologias optei pela última hipótese, por considerá-la mais adequada à situação e por me faltar “engenho e arte” para texto de maior fôlego.

A loucura é das poucas coisas democráticas no mundo (Basaglia): distribui-se uniformemente por todas as culturas, etnias, classes sociais e épocas, só a forma de se expressar e o modo como é encarada é que varia. Os loucos, ao longo dos tempos, têm sido considerados como possessos do demónio, perigosos malfeitores, intermediários com as divindades ou mesmo, em alguns casos, uns “pobres coitados” com

necessidade de protecção. Para a maioria das pessoas a loucura é um fenómeno estranho e incompreensível, o que provoca angústia, medos e rejeição.

Todos temos receio do desconhecido, medo de ficar loucos, de perder a razão. A cultura científica elabora hipóteses de explicação para todos os fenómenos de patologia mental, a cultura popular também tem necessidade de explicar a origem e o conteúdo da loucura e essa explicação varia ao longo da história e das culturas, embora utilize o mesmo tipo de métodos de explicação, frequentemente sobrenaturais.

O autor realizou dezenas de entrevistas, analisou milhares de fichas clínicas, estudou milhares de estrofes e centenas de contos populares. Verificou que os sinais da loucura que encontrou derivavam “da perda do senso comum e da violação dos códigos sociais do grupo”. Também constatou que o conceito de loucura, na cultura popular desta região, não é estática, pelo contrário, alguns elementos foram perdendo importância na caracterização popular da loucura (parto, menstruação, etc.), outros (droga, TV etc.) foram introduzidos, trazendo novos contornos à apreciação popular da loucura. Na cultura popular a doença como “castigo” parece manter-se, ao longo dos tempos, como uma das formas mais frequentes de encarar a loucura.

No trabalho realizado ressalta a maior facilidade de comunicação com o louco das bruxas e videntes relativamente ao médico, por utilizarem o mesmo padrão cultural, as mesmas vivências e a mesma linguagem.

É um trabalho metódico, sério, envolvendo muitas noites de trabalho, muitas horas de recolha de dados e de reflexão.

Investigador dedicado à causa do estudo do Homem, Francisco Henriques, quis lançar pistas para o conhecimento do conteúdo popular da loucura e conseguiu-o plenamente.

Estamos de parabéns todos os que trabalhamos, na nossa região, na área da prevenção, tratamento e reabilitação da doença mental porque agora podemos utilizar este contributo indispensável para a sua compreensão global.

Bem hajas.

Castelo Branco, 24 de Agosto de 1998

Prefácio

Carlos Magro (Enfermeiro, docente no Curso Estudos Superiores Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto)

Erasmus no “Elogio da Loucura” escreve que “São tão abundantes as formas de estultícia, nascem tantas todos os dias...”, que nos reporta à importância em aceitar cada homem como ele é, com a sua maneira de estar no mundo e reconhecer que a doença mental é uma maneira também de estar que deve ser preocupação de todos na sua destigmatização, mantendo o doente próximo e inserido nos seus grupos de pertença.

Esta obra surge num universo literário, restrito entre nós, polivalente e que se insere no cruzamento da antropologia, psiquiatria, saúde mental e enfermagem.

“O Louco e os Outros” vem, assim, de uma forma sistematizada, colocar-nos perante as nossas vivências, os nossos apriori teóricos e a imensidão de forças, por vezes antagónicas, que povoam o nosso imaginário individual e colectivo.

A sua leitura, iniciada pelo conto “Pouco Juízo”, desde logo nos desperta para a riqueza de informação que ainda hoje se encontra em muitas zonas da Beira Interior.

O autor, na procura intensa de dados e saberes recorre a um elevado número de fontes. Umhas vezes a documentos, alguns na posse de particulares, outras à tradição oral, através de entrevistas gravadas a elementos significativos da população, compilando conhecimentos que de outra forma poderiam perder-se no tempo. Evoluindo sobre o conhecimento de causas e sintomas da doença mental, estratégias de tratamento, ideia de louco, formas de lidar ou interagir com o doente mental, nas comunidades rurais da Beira Interior Sul, coloca a descoberto de forma peculiar, a riqueza da vivência popular, a força das tradições, enfim, um património rico e diversificado que em alguns aspectos enforma o modo como a comunidade é para quem é diferente.

Consideramos que este estudo, agora divulgado, passa a constituir um importante marco de referência e consulta para quem se interesse ou venha a interessar por estas temáticas, nomeadamente, na região.

O léxico da locura: apontamentos breves

José Manuel Baptista (Professor)

A inclusão nesta obra de um campo nocional que envolve uma multiplicidade de valores semânticos, e morfológico-sintácticos, assumidos ou pressupostos pelo lexema “louco” no contexto cultural do sul da Beira Interior e no registo de língua popular, apresenta, a meu ver, várias valências que interagem e extravasam o próprio domínio da linguística e da semântica e nos reenviam para um universo socio-cultural de riqueza peculiar. Neste

pedaço territorial a linguagem é simples e espontânea e adquire traços distintos de ordem formal, semântica e prosódica que alicerçam o património comunicativo, o animam e crescem em neologias inesperadas.

Esta diferenciação e produtividade lexicais, em geral, são motivadas por diferenças geográficas, condicionadas por estratos socio-culturais da comunidade linguística e dirigidas pela intenção da comunicação.

Num ensaio breve, se tomarmos como objecto de estudo o quadro 1 (termos e expressões que podem transmitir a noção do *estar louco* no sul da Beira Interior) que comporta um campo lexical do lexema “louco”, a que crescem expressões equivalentes a sintagmas (Ter uma aduela a menos... não ter os cinco alqueires bem medidos...) e as perífrases lexicais (andar variado..., sem trambelhos...), verificamos a referida ausência de uniformidade na estrutura da língua.

Assim as lexias simples “Estravaliédo”, “Estravaliér” e “Estrelouquédo” registam, por opção autoral, um acento gráfico que amplia foneticamente a sílaba e dá ao morfema uma marca regional. A mesma delimitação geográfica surge, ao nível lexical, em unidades neológicas como “Alonso”, “Manhouvas”, “Nenho” e nas estruturas sintácticas “Andar turvo do juízo”, “Enfraquecer do cérebro”.

As dissimilitudes diástricas manifestam-se nas designações usadas pelos estratos sociais dos locutores : “tolo/tonto/parvo”.

Uma outra variante respeita as diferenças entre os vários registos e funções da linguagem: “Não dizer coisa com coisa” (linguagem corrente)/“Ter uma aduela a menos” (linguagem popular) / “Sentimental das ideias” (linguagem metafórica).

Tendo ainda como base este micro-sistema de unidades lexicais e expressões complexas sinonímicas, e atendendo às diversas propriedades da linguagem, cumpre aqui referir a criatividade como fonte indispensável à produtividade, servindo-se o autóctone, para o efeito, do uso metafórico dos lexemas ou da sua combinação invulgar.

Não importa aqui, por questões de método e finalidade do testemunho, lançarmo-nos na morosa tarefa de percorrer vedetas e definições lexicográficas, gravadas nos dicionários, para decidirmos da designação a atribuir às lexias que o autor seleccionou. Importa apenas saber que são vocábulos moldados por um povo imaginativo e pragmático, que permuta, reduz, ou acrescenta a forma, reabilita ou reinventa significações em jogos de assimilação metafórica, de onde resultam unidades neológicas que passam a integrar o código comunicativo dos utentes da região e se

revelam instrumentos de discurso que, paulatinamente, se alargam à comunidade como elementos identificadores do universo extra-linguístico.

Se nos ativermos agora aos processos de formação de vocábulos, que pelo seu espectro de semas convergem para o campo lexical coberto pelo arquilexema “louco”, evidencia-se, a nível formal, a parassíntese como processo mais produtivo e recorrente (“atrogalhado”, “empouquédo”, “esparvoado”, “estonteado”...) logo seguida da sufixação (“paradinho”, “poucachinho”...). Os sufixos “-ado” e “-inho”, para além de alterarem, quase sempre, a categoria gramatical do tema, conferem aos vocábulos uma conotação pejorativa que poderá sugerir uma reacção de marginalização social do doente mental, embora, por vezes, de forma eufemisticamente velada, passo o pleonasma, por diminutivos.

De igual modo, os prefixos têm carga negativa e reforçam o estatuto desviante que os oligofrénicos detêm no seio desta comunidade, essencialmente rural, embora surjam quase sempre em parassíntese, contrariando, por esta combinação, o estatuto de autonomia que, por regra, detêm na produtividade de novos vocábulos noutros registos linguísticos. Destes morfemas flexionais, os mais recorrentes, no corpus apresentado pelo autor, são “a”, “es” e “in” que conotam pejorativamente as lexias, como há pouco se referiu.

Curiosas são as deformações fonológicas a que recorrem os autóctones, na sua demanda natural e permanente de entenderem e reflectirem, por intermédio de códigos comuns interiorizados, o mundo extra-linguístico que, simultaneamente os afronta e os identifica: “extravaliér”, “estravaliédo”, “estreloucado”, “estrelouquédo”, “empouquédo”, “impouquédo”. O prefixo “tres”, por metátese, toma a forma “estr” e os formantes “in” e “em” vão-se alternando, por fenómenos de assimilação e dissimilação, cedendo a estas lexias simples, mas morfologicamente complexas, cambiantes semânticas que, moldadas na bigorna do imaginário popular, daí sairão revigoradas e suportadas por marcas paralinguísticas (intensidade, gestos, expressão facial...). Estes códigos permitirão, ao utente, exorcizar a face nocturna da existência, e com ela a loucura, adiando, pelo potencial simbólico e mágico das palavras e dos gestos, a desconstrução inexorável do corpo e da mente. E deste ritual comunicativo diário, em grupo ou em solilóquio, transparece da linguagem uma profusão de sentimentos contraditórios face ao louco que, como bem referiu o autor, vão da aceitação e da comiseração à marginalização perversa, mas que visam, quase sempre, seja a intenção comunicativa séria ou jocosa, solidificar as barricadas de um padrão comunitário, linguístico e social, que os torne imunes a tais desvios.

Dando continuidade a este esboço de análise, constatamos que esta polissemização depreciativa é processo recorrente nesta parcela do glossário regional. Senão vejamos:

- as perífrases lexicais alicerçam-se por processos morfo-sintácticos, e metafóricos, do tipo verbo + adjectivo em que este último contém a maior parte da significação visto adquirir, por analogia, semas do domínio extra linguístico (“andar variado”) ou do tipo proposição + nome (“sem trambelhos”) em que o primeiro elemento impregna de sentido negativo o imediato;

- as expressões equivalentes a sintagmas são paráfrases que variam na sua extensão e na classe gramatical dos elementos que as integram, estruturas flexíveis que representam bem a liberdade dos utentes, em natural oposição à linguagem padrão, académica e institucionalmente imposta. O verbo, nestas lexias de forma complexa, revela-se o componente mais utilizado, acrescido de um adjectivo ou substantivo. É este elemento verbal que absorve a maior carga semântica, adjuvado por advérbios de sub-classes várias (“não bater bem da bola”, “não regular bem da cabeça”, “ter pouco expediente”...).

Outras unidades lexicais há em que a conotação restritiva lhe é cedida por expressões locutivas (“ter um parafuso a menos”, “variadinho de todo?) ou por intermédio de adjectivos (“sentimental das ideias”, “ter um feitio esquisito”), interagindo com os outros constituintes da lexia, numa dinâmica evolutiva em que fenómenos de adição, elisão e permuta operam nos significantes ou morfemas, os adaptam às realidades intrínsecas do povo de uma região o qual, em jogos de formas e significações, inventa novos vocábulos que, lentamente, enriquecem a sua competência lexical.

De certo, esta incursão nos territórios da lexicologia e da linguística carece de cientificidade e complementação. Para que ela tivesse rigor seria imprescindível maior trabalho e formação nestas áreas do conhecimento, e uma acrescida capacidade de sentir a presença, em todas as variantes, do código linguístico que expressa o imaginário deste povo da Beira Interior. Estes meus apontamentos pretendem tão só ilustrar que os registos regionais, e o nível popular em geral, constituem zonas fecundas e inesgotáveis de investigação, espaços de singular pureza e espontaneidade idiomáticas, património vocabular que o uso definiu e consagrou de forma genuína e peculiar, sempre receptivo a mutações que o valorizam e o despem de roupagens, artificiais, fixas e padronizadas que lhe embaraçam a alma.

A língua transporta na sua morfologia, na sua sintaxe e na sua semântica, o sentir dos seus locutores, o discurso essencial de um povo que a actualiza e arcaíza, a acolhe e

hostiliza, a apropria e olvida, a recupera e marginaliza, a reabilita e deturpa, qual louco que pela simples e natural existência nos entenece e afronta, nos identifica e estranha, num jogo de espelhos em que as nossas imagens se confundem e irmanam, delimitadas pela ténue fronteira da condição humana.

Penetrar nos espaços nebulosos da mente, recolher representações e valores da loucura, transpô-los para um receptáculo temático de palavras e expressões, aferir a dimensão cultural, social, etnográfica, psicológica, patológica e simbólica da doença, indagar nos contextos vivenciais, perenizar pela escrita as ressonâncias culturais de uma linguagem regional esquecida, beber nas fontes da magia onde rituais esotéricos precedem a medicina, dignificar modos de falar da nossa Beira que povoam e cristalizam a nossa memória colectiva— são alguns dos itinerários de leitura propostos e que fazem desta obra, por inteiro mérito do autor, um espaço privilegiado de comunhão de todos nós com a nossa identidade.

Introdução¹

Escrever sobre o louco e a loucura é escrever sobre o estranho, a irracionalidade e a imprevisibilidade. É um registo subjectivo acerca do outro.

A loucura, como tão bem reflecte o conto “O Pouco Juízo” com que abrimos este trabalho, é caracterizada pela intemporalidade e distribuição universal.

Não há sociedades sem loucos. Conhecemos, isso sim, sociedades que integram o louco, nas suas estruturas, mais adequadamente que outras. A loucura continua a ser, ainda hoje, um fenómeno altamente perturbador para quem vive e convive com ela. Questionar a loucura é questionar a essência da cultura e do próprio homem.

Com o “Louco e os Outros” pretendemos conhecer como as comunidades rurais do sul da Beira Interior vivem e convivem com a loucura, quais os meios utilizados para o seu diagnóstico, sinais e sintomas valorizados por esta população e as prescrições com vista à sua cura. No final, gostaríamos de ter contribuído para a construção de uma concepção de louco para esta região, na perspectiva da psiquiatria transcultural. Assim sendo, este trabalho acaba por ter uma acentuada vertente etnográfica.

¹ Este trabalho foi apresentado em 1997 no Seminário de Enquadramento Teórico do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto (Coimbra) e publicado em 1998 no nº 2 da série monográfica Açafa, editada pela Associação e Estudos do Alto Tejo, com os apoios da Câmara Municipal de Vila Velha de Ródão, do do Instituto Português da Juventude, da ADRACES e da AFISME.

Para atingir os objectivos expostos utilizámos um conjunto diversificado de métodos e técnicas como foram: a entrevista a padres, videntes, médicos e população em geral; a consulta de jornais regionais e locais, as monografias locais e as fichas nominais com registos de psiquiatras. De todo o material recolhido foi utilizado unicamente pouco mais que metade.

Restringimo-nos, em virtude do objecto do nosso trabalho, às alterações de comportamento mais alarmante, do ponto de vista social, em detrimento de sintomatologia psiquiátrica mais suave. Esta é também a perspectiva comungada pela população rural desta região onde, por exemplo, ninguém designa de louco um indivíduo moderadamente deprimido.

No universo rural, que nos propusemos trabalhar, os valores religiosos e as crenças ligadas ao sobrenatural continuam profusamente difundidas. Por este facto, não é raro constatar o uso que a população rural faz dos parâmetros mágico-religiosos na classificação e cura das doenças, essencialmente as do foro psiquiátrico. Esta realidade não é sinónima de desconhecimento do modelo biomédico. O que ocorre é a coexistência e a articulação entre um universo tradicional rural e outro mais tecnológico, sem que para isso haja contradição. Esta realidade permite, com frequência, o uso paralelo da medicina oficial e da medicina tradicional.

Motivações várias, de cariz pessoal, estiveram subjacentes à escolha desta temática e desta região. A primeira é decorrente do facto de desempenharmos funções de enfermeiro no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. O que explica uma maior sensibilização para a temática escolhida. A segunda, pelo facto de nos dedicarmos ao estudo e conhecimento pluridisciplinar desta região há mais de 20 anos, o que contribuiu para a delimitação da área geográfica. A terceira, pelo prazer que nos poderia proporcionar o conhecimento do fenómeno loucura no meio que nos propusemos trabalhar; não podemos esquecer a importância da dimensão lúdica das realizações humanas.

Além de motivações meramente pessoais, que poderiam não ser suficientes para a justificação da investigação, outras igualmente importantes se lhe agregaram como são o curso a que se destinou e a inexistência de trabalhos semelhantes para esta região.

Por fim, gostaríamos que este trabalho promovesse um levantar de questões para futuros projectos de investigação na área temática e geográfica indicada. Somos mesmo de opinião que este trabalho só faz sentido se tiver continuidade. Do ponto de vista profissional, a realização deste projecto poderá permitir: um melhor conhecimento da

realidade regional, ao nível da saúde mental; uma melhor adequação entre a oferta e a procura dos serviços de saúde, nesta área; uma melhor intervenção e compreensão do doente mental quando internado; uma maior sensibilização para o trabalho comunitário, na área da psiquiatria; uma intervenção mais eficaz no ensino, com o combate a ideias erróneas acerca do adoecer e da doença mental; o conhecimento do papel social do louco e da etiologia da doença mental, por permitir uma melhor compreensão e adequação da nossa prática diária enquanto profissionais de enfermagem; o realçar da especificidade regional na elaboração de programas, para a saúde e, por fim, a valorização do saber popular.

Em suma, os objectivos seriam cabalmente atingidos se este trabalho pudesse servir para melhorar a qualidade da prestação de cuidados em saúde mental à população da área de intervenção a que diz respeito.

Foi-nos particularmente difícil a realização deste trabalho. Pensamos que a subjectividade da temática muito contribui para essa circunstância.

Com este trabalho pretendemos, em termos gerais, conhecer a ideia de louco comungada pela população rural do Sul da Beira Interior. Para melhor delimitar e orientar o rumo da investigação estabelecemos as três questões seguintes:

- 1) Como são concebidas as causas da doença mental? Quais são os sintomas e sinais mais evidentes? Que estratégias (a nível individual, familiar e comunitário) se desenvolvem para a ultrapassar?
- 2) De que forma age e interage a comunidade com a doença mental?
- 3) Qual é a ideia de louco vigente nas comunidades rurais do Sul da Beira Interior?

Incluímos ainda um breve dicionário de termos e expressões relacionadas com a psicopatologia da região.

O trabalho de investigação desenvolveu-se numa área do Sul da Beira Interior que compreende, administrativamente, os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão. Este facto não impediu que fizéssemos referências a áreas geográficas circunvizinhas, sempre que foram encontrados elementos de interesse para o trabalho.

Paisagisticamente esta região está dividida em “campo”, na metade oriental, e em “charneca”, na metade ocidental.

O “campo” é caracterizado por peneplanícies ocupadas por olival, montado de sobre e azinho e, mais recentemente, eucaliptal. Excluindo o aro das povoações, domina a média e grande propriedade. É uma área que oferece aptidões especiais para a pastorícia de ovinos. A densidade populacional é baixa e a população está concentrada em aglomerados populacionais relativamente bem estruturados.

A “charneca” é particularizada por uma orografia de xistos, fortemente marcada pela rede hidrográfica, uma cobertura vegetal à base de pinhal e uma população que sobrevive de explorações agrícolas de reduzida dimensão e técnicas de trabalho artesanal. O povoamento é mais disperso que no “campo”.

Em qualquer destas regiões a indústria, os bens e os serviços estão concentrados nas sedes de concelho e as pessoas seguem também esta tendência. Nas décadas 60 e 70 toda a região foi fortemente afectada pela emigração para outros países da Europa ou para a faixa mais litoral do país. De toda esta vasta área o eixo Cebolais de Cima - Castelo Branco - Alcains foi o único que conseguiu dinamizar um pólo industrial, hoje parcialmente em crise.

Esta área, em termos demográficos, compreende uma população de 83 925 pessoas, segundo o censo de 1991. Elevada percentagem desta população está particularmente envelhecida. Em superfície estes concelhos representam 47% do distrito de Castelo Branco.

Como o estudo incidiu sobre a população rural destes concelhos optámos por não realizar trabalho de campo, nem recolher material, relativo à cidade de Castelo Branco, ainda que grande parte desta população tenha uma origem rural ou mantenha com este meio uma forte ligação. Abrimos excepções para os casos das entrevistas ao psiquiatra, porque reside e trabalha na cidade, e à vidente, porque tem muitos clientes da área rural.

Como fontes, para este trabalho, utilizámos os seguintes tipos de documentos: entrevistas, monografias locais, poesia popular, contos populares, jornais e fichas médicas.

Para o efeito realizámos 30 entrevistas. Os entrevistados foram maioritariamente elementos indiferenciados da população, sem distinção de sexo. À excepção de um escasso número de casos (padres e médicos) os entrevistados nasceram e cresceram, até ao início da idade adulta, na área dos quatro concelhos citados. Para o papel de entrevistados privilegiámos indivíduos de idade mais avançada e livres do impacto de culturas muito diferentes (retornados das ex-colónias e emigrantes com várias dezenas

de anos em países estrangeiros). Por nos parecer de grande utilidade ouvimos dois médicos (clínico geral e psiquiatra) que exercem funções no interior desta área, três padres, três bruxas /videntes, dois familiares de doentes mentais e um indivíduo que já experimentou a situação de doença mental.

Ao longo do texto utilizámos indistintamente as designações de entrevistado e informante. Nunca rejeitámos a hipótese de participarem, numa entrevista, dois ou três indivíduos, em simultâneo. Tivemos sempre presente as dificuldades da entrevista plural mas reconhecemos igualmente as suas grandes virtualidades.

Durante a realização do trabalho de campo não se destacou nenhum grupo de indivíduos que, pelo seu tipo de vivências, fosse especialmente vocacionado para estas temáticas.

Além da entrevista demos especial importância ao material contido nas monografias locais. Este tipo de documentos não apresenta, directamente, material relacionado com o tema. No entanto, podemos encontrar pistas nos capítulos de vocabulário e expressões, medicina popular, crenças, contos e poesia popular.

Para este trabalho analisámos mais de quatro mil estrofes poéticas, com destaque para quadras, todas elas recolhidas na área dos quatro concelhos. O material etnográfico relativo ao concelho de Vila Velha de Ródão continua em grande parte inédito. Relemos cerca de trezentos contos populares, publicados ou inéditos, recolhidos também na área dos quatro concelhos. Destes apenas 25 estão relacionados, de um modo directo ou indirecto, com a temática do presente trabalho.

Fizemos o levantamento em 3 000 das 6 500 fichas existentes, na altura, na consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. Este levantamento consistiu na elaboração de fichas cujo conteúdo foi extraído da ficha nominal do doente. Constam desta ficha os seguintes elementos: número da ficha existente no arquivo da consulta externa (por facilitar um possível esclarecimento de dúvidas em momento posterior), data da primeira consulta, diagnóstico, sexo, naturalidade do indivíduo, freguesia, data do nascimento e, finalmente, o assunto constituído pela expressão do doente, quando o médico a tenha colocado entre aspas. Este levantamento não correspondeu às nossas iniciais expectativas e acabou por ser subaproveitado, porque foram poucas as fichas com conteúdo de interesse. Por último, recorreremos à documentação que os jornais regionais e locais publicaram nas últimas décadas. Segue-se a listagem dos periódicos que consultámos, de forma sistemática. À frente do nome do jornal indica-se o local da

edição, a data do início da publicação e, finalmente, a data do seu encerramento. Nos casos em que a publicação continua, a data de 31 de Dezembro de 1996 indica a data limite das consultas. Títulos consultados: Acção Regional (Castelo Branco, 11. 12.1924 a 21.12.1930); Aldeia Viva (Penha Garcia, todos os números); Ecos da Sobreira (Sobreira Formosa, 26.2.1972 a 31.12.1996); O Concelho de Vila Velha de Ródão (Vila Velha de Ródão, 10.1982 a 31.12.1996); Mancha Verde (Proença-a-Nova, 7.1990 a 31.8.95); Mensageiro Paroquial, O Jornal de Proença-a-Nova, O Concelho de Proença-a-Nova, Notícias da Nossa Terra e, novamente, O Concelho de Proença-a-Nova (Proença-a-Nova, 12.1954 a 31.12.1996); Notícias da Freguesia de Montes da Senhora (Montes da Senhora, 4.1972 a 31.12.1996); Portas de Ródão (Vila Velha de Ródão, 10.6.1970 a 1979); Povo d' Idanha (Idanha-a-Nova, 3.7.1915 a 21.7.1917); Povo da Beira (Castelo Branco, todos os números até a 31.12.1996); Raiano (Idanha-a-Nova, 1.7.1973 a 31.12.1996).

Do jornal Gazeta do Interior (Castelo Branco), Reconquista (Castelo Branco) e Beira Baixa (Castelo Branco) consultámos vários números avulsos e todos os números correspondentes ao ano de 1996, dos dois primeiros títulos.

Muitos destes jornais são propriedade de comissões fabriqueiras paroquiais reflectindo-se, no trabalho jornalístico, a orientação religiosa dos mesmos (Ecos da Sobreira, Mensageiro Paroquial, O Jornal de Proença-a-Nova, O Concelho Proença-a-Nova, Notícias da Nossa Terra, Notícias da Freguesia de Montes Senhora, Portas de Ródão, Raiano e Reconquista). Quando assim é não há notícias, por exemplo, de suicídios.

Optámos por estes periódicos e não por outros pela diferente orientação editorial que possuem, ou possuíam, por cobrirem toda a área dos quatro concelhos, pela cobertura noticiosa de parte substancial deste século e pela sua representatividade em termos locais ou regionais. Tivemos enormes dificuldades em consultar as colecções completas de alguns dos periódicos indicados.

Tendo em conta o cumprimento dos objectivos que nos propusemos alcançar, o tipo de trabalho que pretendemos desenvolver e as particularidades de que se reveste a investigação na área das ciências sociais e humanas, estamos certos que a análise qualitativa, na terminologia de Polit (1995), é a mais correcta para tratar materiais narrativos onde as realidades subjectivas dos sujeitos estejam patentes. Outros autores (Silva e Pinto, 1986; Richardson, 1989) usam a designação “análise de conteúdo” para se referirem à análise qualitativa. Como um dos importantes propósitos da pesquisa qualitativa é a descrição dos fenómenos foi este o método que utilizámos, para poder responder às questões de investigação que levantámos. Também Gil (1989) recomenda

a pesquisa descritiva no levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Assim, ao longo do trabalho, tentámos identificar e descrever as principais características do comportamento dos fenómenos.

Na análise qualitativa não existem regras sistemáticas e universalmente aceites para a análise e interpretação dos materiais (Polit, 1995). Assim, seguimos os passos que achámos mais seguros e convenientes sem nunca deixar de ser rigorosos.

Durante a análise dos materiais foi nossa preocupação reunir os dados de diferentes origens, de forma controlada e sistemática, para depois os organizar e classificar *a posteriori*. Neste caso seguimos a perspectiva de Silva (1986:113) que considera “*que são as técnicas de análise de conteúdo utilizadas que são auto-geradoras dos resultados*”.

Os materiais (entrevistas, recortes de jornal, contos, poesia popular e fichas de registo médico), independentemente do seu tipo, foram todos trabalhados de modo idêntico. No caso da poesia, dos contos populares e das fichas de registo médico os elementos conseguidos ficaram muito aquém das expectativas iniciais, acabando por fornecer pouco material significativo. É, por isso compreensível que ao longo do trabalho sejam referidas, com maior frequência, as entrevistas e os recortes de jornais.

Vejamos então qual a metodologia que seguimos para a elaboração deste trabalho.

A entrevista foi um dos pilares centrais na prossecução dos seus objectivos. Segundo Sellitz (1967:273):

“a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem, ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Na entrevista utilizámos um guião que apenas serviu de orientação e auxiliar memória. A sua utilização permitiu uma maior homogeneidade do material recolhido, que mesmo assim foi difícil. Este guião não foi o suporte de uma entrevista estruturada mas antes o que António Gil (1989) designa de “*entrevista por pautas*” ou “*entrevista guiada*” no dizer de Richardson (1989). Nos casos em que não houve oposição do entrevistado as entrevistas foram gravadas.

Das 30 entrevistas realizadas, três delas (a um padre, a um médico e a uma vidente) não foram gravadas. Deste modo, durante a sua realização foram registadas algumas

notas, o que facilitou a redacção de um texto com as principais linhas de força do discurso destes entrevistados. Nas entrevistas gravadas fez-se a transcrição integral do seu conteúdo.

Na transcrição titulámos logo, grosseiramente, a temática transcrita (etiologia, sinais, tratamentos, etc.) e, na margem esquerda de cada folha, registámos os vários subtemas em causa. Finda esta operação foi feita uma leitura global de todas as entrevistas.

A intervenção seguinte consistiu no seccionamento minucioso de cada entrevista pelas três grandes questões de investigação já enunciadas, sempre que isso foi possível. Lembramos o facto de haver material que pertencia a mais que uma temática. Seguidamente, foram revistos e melhorados os registos sub-temáticos existentes na margem esquerda, já referidos. Nesta fase do houve a preocupação de assinalar o capítulo, o subcapítulo, o tema primário e o tema secundário a que o registo pertencia.

Dentro de cada questão de investigação o material das várias entrevistas foi agrupado por temas primários e secundários, como já dissemos. A análise, no dizer de Richardson (1989:197), “*consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado*”. Depois foi observado o modo como cada fenómeno se manifestava.

O trabalho final consistiu na leitura do comportamento do fenómeno muitas vezes ilustrado com palavras do entrevistado ou citação, consoante a fonte.

Ao material oriundo das outras fontes, como os recortes de jornal, a poesia, os contos populares e as fichas médicas foi aplicada a metodologia das entrevistas. Optámos por não apresentar tabelas de frequências devido à diversidade das fontes, à escassez de material obtido em algumas das fontes (fichas médicas, poesia e contos populares), à diversidade das questões colocadas aos entrevistados, a problemas inerentes aos entrevistados (visões diferentes do mundo; ausência de resposta para a questão colocada) e, por último, pelo facto de não acharmos adequado colocar todas as questões a todos os entrevistados.

Apresentar tabelas e números, nestas condições, seria fazer um mau trabalho à ciência dado que, no dizer de Silva (1986:103), “*o rigor não é exclusivo da quantificação, nem tão pouco a quantificação garante por si a validade e a fidedignidade que se procura*”.

A observação não foi uma técnica de recolha privilegiada, embora não esteja completamente ausente de um estudo deste tipo. A observação deu o seu contributo, essencialmente, ao nível da contextualização dos indivíduos e das comunidades.

Ao longo do trabalho tentámos, sempre, manter a distância e a neutralidade desejável face ao objecto estudado, evitando que as nossas referências ideológicas e normativas contaminassem o produto final.

O trabalho final resultou, assim, do cruzamento da informação recolhida tendo por base esta diversidade de documentação.

Ao nível das técnicas de registo utilizou-se o gravador e o bloco de notas.

Este documento abre com prefácios de Duarte Osório (psiquiatra) e Carlos Magro (professor de enfermagem) ambos envolvidos nesta investigação, cada um a seu modo.

O trabalho está dividido em duas partes: outras leituras, outros autores e o louco e a loucura no sul da Beira Interior, onde se inclui a conclusão. A primeira parte subdivide-se em cinco capítulos. No primeiro registamos contributos para conceituar louco. No segundo, abordamos algumas concepções de normal e de patológico. No terceiro, fazemos uma brevíssima resenha histórica da assistência ao louco na Europa, em Portugal e no sul da Beira Interior. No quarto revemos as principais correntes teóricas que focam a cultura e a loucura, conjuntamente. No quinto e último capítulo fazemos uma rápida viagem perspectivando o louco e a loucura na literatura da especialidade, em Portugal. Na segunda parte do estudo apresentamos e discutimos os resultados da investigação. Aqui, apresentaremos, sempre na perspectiva popular, as causas da loucura, os sinais mais importantes, os tratamentos propostos, como a comunidade age e interage com os portadores de loucura e por fim a ideia de loucura vigente nas comunidades rurais, no final apresentamos uma breve conclusão. A estanquidade patente nas várias temáticas surge, unicamente, por razões de operacionalidade.

Após a conclusão apresentamos um apêndice constituído por mais de oito centenas de termos e expressões usados na psicopatologia da região e um breve estudo, sobre o léxico recolhido, da responsabilidade de José Manuel Baptista (professor).

1. Outras leituras, outros autores

Este capítulo está subdividido em cinco grandes áreas. Na primeira, recolhemos elementos para a formulação do conceito de louco. Na segunda, focamos o normal e o patológico. Na terceira, coligimos breves notas relativas à assistência aos loucos. Na quarta, apresentamos algumas das principais correntes que abordam psiquiatria e cultura. Na quinta, e última, destacamos elementos da literatura nacional e regional relativas ao louco.

1.1. Contributos para a formulação do conceito de louco

Em português é obscura a etimologia dos vocábulos louco e loucura. Os primeiros textos com estes termos remontam ao século XIII.

Não é fácil definir louco e quem o tentar terá que trabalhar com conceitos como normal e patológico, o que faremos mais à frente.

Foucault (1987) no seu trabalho *História da Loucura* definiu louco com uma única palavra: delírio (*délire*). Esta palavra vem de lira que em português é sinónimo de sulco ou rego. Neste sentido o louco é então o indivíduo que anda fora do rego.

No trabalho *A Construção Social da Doença Mental* o autor, David Ingleby, apresenta três interpretações diferentes do conceito de doença mental. A primeira, a que ele chama “*modelo de afecção*”, é caracterizada pela existência de patologia física subjacente. Segundo esta interpretação:

“*a ausência de patologia orgânica demonstrável não torna injustificável a imputação de doença mental, dado que essas imputações se limitam a pôr a hipótese da existência de uma patologia desse tipo*” (Ingleby, 1982:93).

Os médicos, neste modelo, são sobrevalorizados como terapeutas por serem os indicados na cura das perturbações físicas. Por esta razão os médicos têm vindo a incluir um número crescente de problemas humanos no grupo das doenças mentais.

A segunda interpretação, perspectiva a doença mental como um desvio às normas da conduta moralmente aceitável e o tratamento psiquiátrico como um controle social directo. O desvio à norma pressupõe consciência e intencionalidade da parte do sujeito infractor mas questionamos se há consciência e intencionalidade nos sintomas psiquiátricos.

Refere Ingleby (1982:94):

“*só poderemos classificar as situações psiquiátricas como «doença» alargando o conceito de doença de forma a incluir as não orgânicas, também só as podemos apelar de «desvios» alargando o conceito de desvio até abranger o não-imoral; em ambos os casos, o alargamento anula o objectivo do exercício que era, no primeiro caso, reforçar o mandato médico e, no segundo, reduzir a discussão da psiquiatria a termos meramente morais.*”

A terceira e última interpretação é o critério da inteligibilidade e refere-se à falta de sentido do comportamento dos doentes mentais, é a perda da razão. Isto é, os doentes

mentais desviam-se, essencialmente, das normas da racionalidade e não tanto das normas da moralidade. No dizer de Ingleby (1982:98-99):

“a «ininteligibilidade» não é por si critério suficiente para imputação de doença mental...

Na teoria de Scheff da doença mental como «desvio secundário» atribui-se grande importância ao facto de muitos dos sintomas usados para justificar imputações de loucura estarem disseminados na população normal; Scheff não se refere aqui simplesmente ao facto de o comportamento que é racional num contexto poder não o ser num contexto diferente. Grande número de estudos do processo de designação demonstrou que só quando o comportamento em questão se torna intolerável para o agente, ou para os que o rodeiam, é que começa a ser encarado como sintomático de «doença».”

Segundo outros autores nem todos os comportamentos sem sentido (irracionais) são sintomas de doença mental.

A Organização Mundial de Saúde não definiu louco, mas conceituou saúde mental como o funcionamento total e harmonioso de toda a personalidade.

Ainda neste âmbito Bernardo (1984:23) entende por doença mental a *“incapacidade de entender; assimilar e vivenciar; de forma integradora, as novas experiências que lhe são propostas ou impostas”*. Ou, de modo mais breve, como a *“baixa de inadequação no relacionamento social”*.

Assim, o que observámos foi a dificuldade em conceituar doença mental. Na sua análise há que ter em conta o lugar, o tempo histórico, a ideologia social e política, a etnometodologia e a filosofia da linguagem do visado.

A loucura é considerada hoje um fenómeno universal que atinge os grupos humanos sem excepção. Mas nem sempre houve esta certeza. Pensadores como Jean-Jacques Rousseau propagaram ingenuamente a ideia da existência de sociedades primitivas, ideais, onde não havia lugar para a doença mental ou para marginalização do doente.

Neste trabalho, preferimos utilizar o termo louco por englobar a quase generalidade das afecções do foro psiquiátrico, principalmente as de sintomatologia mais grave.

1.2. O normal e o patológico

Devido à complexidade dos fenómenos psíquicos não é fácil falarmos em termos de normal ou patológico. Estes conceitos são de difícil delimitação pela sua enorme

variabilidade no tempo, no espaço, em função dos padrões sócio-culturais e devido à utilização de critérios díspares na sua apreciação.

Assim, é incorrecto em termos científicos identificar saúde com normalidade (ter saúde é ser normal, diz-se). Como o conceito de normalidade possui um espectro muito amplo passamos em revista, seguidamente, alguns dos critérios que permitem determiná-lo.

Segundo alguns autores definir normal e patológica é definir o próprio objecto da psicopatologia. Segundo Devereux (1981) é a chave do problema da psiquiatria antropológica.

Nas linhas que se seguem tentaremos expor alguns conceitos que nos permitem melhor delimitar a fronteira entre normalidade e anormalidade.

Melo (1979:268) preconiza a não utilização de critérios isolados para a determinação da normalidade, apenas através da:

“conjugação judiciosa dos métodos, e tendo-se em conta o conjunto das manifestações que importa avaliar, ...é que se poderá chegar a uma demarcação de fronteiras, em que o saber e a experiência de cada um não são menos importantes que o seu equilíbrio, bom senso e habilidade, para a devida apreciação do justo valor dos factos”.

Helman (1994) aceita também a multidireccionalidade, a dialéctica e a não estagnação destes conceitos. Entre normal e patológico existe todo um espectro onde se situam as várias *nuances* dos comportamentos sociais e a passagem de um a outro faz-se de forma gradual.

O conceito de desvio, que entronca no de saúde e doença mental, foi trabalhado por Taylor (1992). A autora usa o vocábulo desvio para designar o comportamento humano que viola as normas culturais do grupo social dominante. O indivíduo cuja prática social se desvia deste padrão é denominado louco. Para Thomas Szasz o sujeito tem desvio porque preferiu romper com as regras da cultura. Talcott Parson, sociólogo, refere que, quase sempre, o desviado não teve acesso, através dos comportamentos legítimos, ao sucesso social.

Parece-nos mais adequado, para melhor abordarmos a dualidade normal/patológico, usar um conjunto diversificado de critérios multiformes como o fez Vásquez (1990). Este autor, apoiado noutros, definiu cinco características que distinguem normalidade de anormalidade, não sendo necessário verificarem-se todas.

As cinco características são:

1 - sofrimento pessoal, também designado «infelicidade» ou «mal estar subjectivo» por Henry Ey (1979). Esta é uma das características mais notórias. O indivíduo que padece obriga-se, frequentemente, a pedir ajuda;

2 - falta de adaptação ao meio. Os comportamentos tidos como desviantes têm, geralmente, um forte contributo no desajustamento do indivíduo com o meio sendo, quase sempre, geradores de uma relação interpessoal desequilibrada.

Contra estes conceitos, de normal igual a adaptado e anormal igual a desadaptado, pronuncia-se Pereira (1981:518) porque:

“esquece também que existem formas patológicas de adaptação, nomeadamente de tipo sadomasoquista, e que a desadaptação é mais uma consequência de que uma causa das perturbações mentais”.

Relativamente a este princípio a etnopsiquiatria defende que as relações entre o normal e o patológico, a adaptação e a desadaptação, são mais complexas do que as perspectivas da psiquiatria tradicional faziam crer;

3 - sofrimento para o observador, devido a comportamentos violentos (ou outros) do indivíduo anómalo;

4 - irracionalidade, incompreensibilidade e peculiaridade são outras características das condutas anómalas que frequentemente despertam a atenção. É a perda do senso comum. O filósofo Immanuel Kant refere ser esta a característica comum da loucura;

5 - a violação dos códigos sociais vigentes é tida, por alguns teóricos da saúde mental (Szasz), como o principal elemento que a sociedade tem para identificar o louco.

Relacionado também com a definição multifactorial de anormalidade Vásquez (1990:453-455) apresenta cinco importantes princípios gerais. São eles:

princípio 1 - não se requiere a presença concreta e isolada de nenhum dos elementos já referidos (infelicidade, inadaptação, sofrimento para o observador, irracionalidade) para a definição de anormalidade;

princípio 2 - não existe nenhum elemento que isoladamente seja suficiente para definir a conduta anormal, mesmo que estejamos perante uma conduta autodestrutiva;

princípio 3 - a anormalidade de uma determinada conduta tem sempre que ser dada por uma combinação de vários critérios. Deste modo, para a caracterização de uma conduta anormal há que ter em conta a intervenção de diversos factores em simultâneo;

princípio 4 - nenhuma conduta é por si mesmo anormal. Este princípio realça a relatividade do significado do comportamento humano e a importância da sua contextualização;

princípio 5 - a conduta humana é dimensional. Isto é, torna-se mais adequado compreender a saúde e doença mental como pontos extremos de um *continuum*.

Tal como o princípio 4 de Vázquez, já referido, também Butcher e Bemis (1984) valorizam a intencionalidade e o contexto em que ocorrem os comportamentos humanos. Assim, pela carência de:

“provas psicológicas ou bioquímicas credíveis para detectar a presença de transtornos psiquiátricos, a anormalidade deve definir-se em termos sociais de conduta, logo uma boa parte do seu sentido advém do contexto em que ocorre” (Butcher e Bemis 1984:114).

A dificuldade em definir correcta e concretamente normal e patológico tem dificultado, ou impedido, a subida da psicopatologia e psiquiatria à categoria de ciências.

Diz Echevarria (1987:211) que:

“... intentar definir la conducta normal/anómala desde la reacción que provoca en el grupo social (criterio social de normalidad), desde lo que la conducta debiera (?) ser (criterio de normalidad ideal) desde la frecuencia con que se presenta (criterio estadístico de normalidad) es definir la conducta normal/anómala desde fuera de la psico(pato)logia... Toda conducta en que no pueda objetivarse que la clasifica como anómala es una conducta normal por deflnición.”

Emile Durkeim e John Foley definem o normal e o patológico e propõem uma concepção estatística de normalidade, ainda que com diferentes *nuances*. Durkeim, constatando que certos fenómenos sociais apresentam formas comuns à maioria dos indivíduos e outros fenómenos, inversamente, carácter excepcional, define os primeiros como normais e os segundos como patológicos.

Por sua vez, o comportamento anormal, para John Foley, é aquele que se desvia da tendência central de uma população, tendo sempre em conta a fase do desenvolvimento em que se encontra.

No dizer de Esteves (1985:284):

“Definir estatisticamente o normal ou mostrar a sua relatividade cultural conduz assim a considerar o patológico como um desvio em relação à norma socialmente definida e

simultaneamente negar-lhe a sua própria natureza patológica, na medida em que não a definimos senão pela relação ao sistema cultural de um grupo social.”

Em síntese, podemos constatar a enorme dificuldade em demarcar o normal do patológico pela ausência de critérios uniformes entre os vários autores.

1.3. Assistência aos loucos

Apresentamos, seguidamente, um conjunto de notas históricas, necessariamente muito breves, relativas à assistência aos loucos no mundo ocidental, em Portugal e no sul da Beira Interior.

1.3.1. No mundo ocidental

A assistência actual prestada ao louco é o produto de uma longa evolução. Vejamos algumas das suas principais linhas de força.

Partimos do pressuposto, geralmente aceite, que a história da psiquiatria seguiu de muito perto a história da medicina em geral.

Na área da saúde e doença mental é frequente, actualmente, distinguirmos dois domínios diferentes: o normal e o patológico. Mas nem sempre terá sido assim. Ellenberger (1981) além dos domínios mencionados propôs-nos um terceiro, o sobrenatural (mágico ou religioso). Este terceiro domínio terá sido campo privilegiado de terapeutas específicos como o xamã, o feiticeiro, o padre ou a bruxa.

À medida que surgiram os primeiros reinos e as grandes religiões o xamã ou o feiticeiro foi dando origem ao sacerdote e ao padre no tratamento das doenças relacionadas com o sobrenatural. Lembremos que o padre era, e é, o mediador entre Deus e os homens.

Desde muito cedo, a loucura foi interpretada como um castigo divino. Na Bíblia (Deuterónimo), documento fundamental da cultura judaico-cristã, afirma-se que Deus castigará com a loucura, a cegueira e a paralisção do coração aqueles que violarem os seus mandamentos.

Na cultura greco-romana, a par de uma medicina laica, racional, pré-científica, tínhamos a medicina mágico-religiosa de Asklepius, no âmbito da qual surgiram registos dos primeiros cuidados dispensados aos doentes mentais, nomeadamente: o internamento, a hidroterapia, os exercícios físicos e a musicoterapia (Fonseca, 1985:36). Mas, lembremos que apenas uma elite da população terá sido alvo desses cuidados.

Com a decadência do Império Romano do Ocidente os cuidados dedicados aos doentes mentais terão sido subvalorizados, durante alguns séculos, até surgirem as primeiras instituições com funções específicas de cuidar do insano. Essas instituições, denominadas *nootrophia*, surgiram no Império Bizantino, no século VI da nossa era, com o imperador Justiniano. O mundo árabe herdou a tradição dos *nootrophia* bizantinos criando instituições com os mesmos fins - os *moristans* (em Bagdad [750], Damasco [800], Alepo [1270], Granada [1365], etc.). A sociedade passou a ser responsável pelos cuidados prestados aos loucos.

A doença era atribuída a causas sobrenaturais, a influências astrológicas e à posse da alma pelo demónio, segundo os especialistas da época. Por isso, o tratamento, ainda que variado, incluía exorcismos, técnicas mágicas, tratamentos médicos herdados de Hipócrates e Galeno e outras terapias tradicionais (uso de plantas, partes de animal, etc).

A Baixa Idade Média é caracterizada por uma relativa permissividade no que toca a rituais pagãos. Bruxas e magos exerciam livremente a sua actividade e a generalidade das pessoas recorria aos seus serviços. Assim, o tratamento ao louco não tinha uma dimensão repressiva e as instituições cristãs davam guarida a doentes, desde que não fossem perigosos.

Por volta do século XV há uma acentuada reviravolta. A bruxaria é tida como um resíduo de paganismo e aprofunda-se a perseguição iniciada no século XII pela Santa Inquisição, instituição fundada em 1199 pelo papa Inocêncio III (Diego, 1990).

Em 1484 o papa Inocêncio XVIII, através da bula *Summis Desiderantes Affectibus*, declara guerra às bruxas. O terror é geral. Segundo as estimativas mais de 100 000 pessoas morreram acusadas de feitiçaria. É o controlo social da Igreja Católica contra as vozes discordantes (Diego, 1990).

A bruxaria era manifestamente um acto de transgressão aos códigos de comportamento social. É provável que muitos dos indivíduos, geralmente mulheres, acusados de bruxaria sofressem de doença mental grave como a demência senil, a esquizofrenia e a epilepsia. Este facto leva-nos a reconhecer que o conteúdo dos delírios estaria moldado pelas crenças, pelo clima social e pelas circunstâncias temporais e espaciais do sujeito (Diego, 1990).

Joham Weyer (1515-1588) defendeu que muitos dos indivíduos acusados de bruxaria e depois queimados eram doentes mentais. Lentamente, mas de um modo progressivo, as

ideias do iluminismo, do racionalismo e a exaltação da ciência moderna vieram substituir a perseguição às bruxas.

No século XVII, na Europa, a campanha de caça às bruxas é praticamente encerrada. Mas, no dizer de Szasz, outro ciclo se inicia tendo os loucos e os pobres como alvo da perseguição. Começa uma nova política para com o doente mental, a do internamento compulsivo em hospitais e prisões (Diego, 1990).

No século XVIII cresce o número de estabelecimentos de assistência a doentes mentais. Estes estabelecimentos foram, fundamentalmente, do tipo prisional e conventual.

É conhecido, nalguns destes estabelecimentos, o tratamento desumano de que foram vítimas os doentes mentais, justificado pela teoria do animalismo segundo a qual estes doentes eram insensíveis à dor, ao frio e aos sentimentos humanos.

O internamento nestas instituições não era voluntário. Foucault (1987) refere que grande números de indivíduos internados nestas instituições eram desempregados. Acabando por constituir um exército de mão-de-obra barata e dócil.

Com Philippe Pinel as ideias humanistas saídas da revolução francesa vieram repercutir-se na assistência psiquiátrica. Este médico, precursor da psiquiatria moderna, conseguiu a libertação dos doentes mentais asilados e, com esta atitude, proporcionou um movimento no sentido de uma melhor compreensão da doença psíquica, abrindo assim caminho para uma revisão de ideias e conceitos sobre a doença mental.

Com a intervenção de Jean Esquirol (1772-1840), um dos mais notáveis discípulos de Pinel, o “asilo de alienados” passou a “hospital psiquiátrico” com todas as implicações de assistência e sociais.

Ao longo dos séculos XIX e XX muitos autores, com diferentes interpretações da doença mental, contribuíram decididamente para tornar a psiquiatria uma disciplina autónoma, na área da medicina. Estas diferentes perspectivas contribuíram para uma melhoria dos cuidados assistenciais aos doentes mentais e a uma valorização do seu estatuto.

Com o avançar do século XX observa-se uma crescente descentralização dos serviços psiquiátricos, a implementação de novas políticas assistenciais e o aparecimento de fármacos mais eficazes no combate à doença. Esta realidade tornou possível tratar o doente sem o excluir do seu grupo social, restrito ou alargado.

1.3.2. Em Portugal

Não é fácil pontuar a assistência aos doentes psiquiátricos em Portugal. As versões encontradas (Ibor, 1981; Fonseca, 1985) não vão muito além de uma história nominal feita de grandes vultos. Ainda assim, tentaremos registar alguns dos seus principais momentos.

O primeiro documento que refere a assistência a doentes mentais em Portugal é datado de 1539, altura em que começaram a ser admitidos numa enfermaria do Hospital de Todos os Santos juntamente com os doentes sífilíticos. Na ocasião, eram assistidos pelo capelão do rei D. João II, homem de muita experiência na arte de “curar os doudos” (Santos, 1994).

Depois, foram albergados, após um primeiro incêndio (1601) neste hospital, em quatro casas contíguas à morgue, construídas para o efeito. Após outro incêndio (1750) passaram para o interior do hospital.

Com a destruição do Hospital de Todos os Santos, pelo terramoto de 1755, os doentes ficaram instalados nas “Cabanas do Rossio” e posteriormente nas cocheiras do Conde de Castelo Melhor. Em 1763 ocupavam a enfermaria S. João de Deus do Hospital do Rossio e em 1775 passam para o novo Hospital de S. José.

Nos séculos XV-XVI distingue-se João Cidade, fundador da Ordem dos Irmãos Hospitaleiros e canonizado com o nome de S. João de Deus. Esta Ordem foi, a partir desta altura, responsável pela fundação de inúmeros hospitais psiquiátricos espalhados pelo mundo.

Em Portugal nos séculos XVII-XVIII, tal como na Europa, vivia-se o auge do movimento que preconizava o internamento compulsivo de marginais. Por ordem do Marquês de Pombal foi criada a Intendência Geral da Polícia (1760) e legislado um conjunto de medidas que visavam combater a vadiagem, a mendicidade, a ociosidade e aumentar a segurança pública. Em 1780 é nomeado para chefe da polícia o intendente Pina Manique que cria, em Lisboa, a Casa Pia.

No século XVIII, contrariamente ao que aconteceu na Europa, os loucos não foram objecto de repressão acentuada. Esta perseguição só se iniciou de forma massiva em meados do século XIX, com a construção do primeiro manicómio (Fleming, s/d).

Até à constituição dos primeiros manicómios e asilos da mendicidade, distribuídos pelo país, os loucos podiam ser internados em hospitais gerais e nas cadeias, mas frequentemente vagueavam pelos caminhos.

Por iniciativa do Marechal Saldanha foi constituído em 1848, na cidade de Lisboa, o primeiro manicómio português. Esta instituição, criada à imagem das suas congéneres europeias da época, tinha como principais objectivos a defesa da ordem pública, a protecção dos loucos, a sua regeneração e o aproveitamento da sua força de trabalho. O seu primeiro director, homem com excelente formação, defendia a importância do enclausuramento do louco em nome da sua protecção e menoridade mental: “os loucos condenados assim a uma forçosa menoridade, carecem de quem defenda seus interesses e proteja a sua segurança individual” (Pulido, 1851:11).

Segundo o seu director apenas seriam admitidos no hospital:

“1 - os que por decência, ordem e segurança pública são recolhidos por ordem da autoridade; 2 - os que tendo perdido a razão, podem ainda recuperá-la por meio de um adequado tratamento. Os alienados compreendidos nestas duas classes supõem-se geralmente curáveis; os outros não precisam absolutamente falando, de hospitais especiais de tratamentos para serem socorridos; estes últimos, pertencendo à classe dos incuráveis, são imbecis, idiotas ou dementes tranquilos, que, sem esperança de recuperarem a razão vivem como autómatos, ou, melhor dizendo vegetam inofensivos no meio da sociedade” (Pulido, 1851:14).

O autor preconiza e implementa, no manicómio de Rilhafoles, a terapia pelo trabalho. Ao fim de três anos da sua fundação já estão em plena actividade oficinas de sapateiro, de alfaiate e a exploração de uma quinta agrícola. Além da terapia referida há menção a infusões de plantas sedativas, a banhos de água fria e a tratamentos morais.

A psiquiatria científica em Portugal iniciou-se com António Maria de Sena, primeiro director do Hospital Conde Ferreira, na cidade do Porto.

Na segunda metade do século XIX são fundados, em todo o país, vários asilos da mendicidade destinados a internamento de velhos, pobres, prostitutas, vagabundos e loucos. O da cidade de Castelo Branco, a que nos referiremos mais à frente, foi criado em 1855 (Fleming, s/d:19).

A descentralização dos hospitais psiquiátricos e o enclausuramento da loucura não parou até meados dos anos 60, altura em que surgiu uma nova filosofia de saúde mental protagonizada pela Lei 2118, de 3 de Abril de 1963. Com esta lei houve uma maior descentralização dos serviços psiquiátricos, valorizou-se o trabalho comunitário e privilegiou-se as acções de carácter preventivo, correctivo e readaptativo.

1.3.3. No sul da Beira Interior

No início do século o Colégio de S. Fiel, localizado em Louriçal do Campo (Castelo Branco), era uma importante e reconhecida instituição de ensino dirigida por padres jesuítas. Deve ter encerrado com o advento da República e em 1915 as suas instalações encontravam-se abandonadas.

Nesse ano, o Dr. Sérgio Tarouca apresenta na Câmara dos Deputados um projecto de Lei que transforma o Colégio de S. Fiel em Instituto Médico-Pedagógico para educação de menores anormais.

No dizer do jornal regional Povo D' Idanha, de 4 de Setembro de 1915:

“Esse instituto terá por fim corrigir e educar as crianças que lhe forem entregues pela Tutoria da Infância ou pelas instituições dependentes da Federação Nacional dos amigos da infância, que sofram doenças mentais, fraqueza de espírito, 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 será todo especializado, podendo fazer parte dele os professores primários mais distintos, indicados pelos inspectores.”

Num pequeno artigo subordinado ao tema “Assistência aos Loucos”, publicado na primeira página do periódico Acção Regional, de 12 de Maio de 1929, é noticiada a recepção de documentação da Liga Portuguesa de Profilaxia, que foi igualmente distribuída aos médicos, em que se apelava ao concurso de todos na resolução do “grave problema da hospitalização dos loucos”. Depois do articulista colocar as páginas deste jornal à disposição da Liga acrescenta:

“Infelizmente ha por cá outros problemas de não menos alcance a resolver e, segundo nossa opinião, só uma larga reforma descentralizadora nos serviços da assistencia a demais dotados dos recursos indispensaveis a estimular a filantropia particular; resolverá este e outros magnos problemas, que são indice do nosso atrazo.”

O jornal regional Beira Baixa, hoje extinto, dava a 23 de Agosto de 1947, na primeira página, a seguinte notícia:

“Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro - As consultas dos Médicos Especialistas deste Centro, têm lugar, nesta cidade, no primeiro Domingo de cada mês no Hospital da Misericórdia. A elas podem recorrer todos os necessitados. Os pobres, devidamente documentados, recebem gratuitamente as consultas e os medicamentos”.

A descentralização institucional, preconizada já em 1929 pelo jornal Acção Regional, e a democratização da assistência aos doentes psiquiátricos é obra de poucas décadas. Estes factos permitiram um acesso cada vez maior a grupos até aí privados do seu contributo.

Até à criação dos Centros de Saúde Mental da Covilhã e de Castelo Branco o distrito era assistido por médicos psiquiatras oriundos de Coimbra, do Hospital Sobral Cid, do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro.

No distrito de Castelo Branco foram criados dois Centros de Saúde Mental, um na Covilhã e outro em Castelo Branco. O primeiro a ser criado foi o Centro de Saúde Mental da Covilhã em 1971, através da Portaria 524/71, de 27 de Setembro. Obedecia ao espírito da Lei 2118, de 3 de Abril de 1963. A área da sua intervenção estendia-se a todo o distrito de Castelo Branco. Ficou instalado no ex-pavilhão Sanatório Dr. António Vaz Macedo e passou a ter a responsabilidade da realização das consultas de psiquiatria nas cidades do Fundão e Castelo Branco.

No Fundão as consultas realizavam-se uma vez por semana nas instalações cedidas pelo Hospital do Fundão. Na cidade de Castelo Branco foi criado o Dispensário de Higiene Mental, sito na rua Ruivo Godinho n° 23, como uma extensão do Instituto de Assistência Psiquiátrica de Coimbra, hoje extinto. As consultas realizavam-se neste local duas vezes por semana, deslocando-se o médico e o enfermeiro da Covilhã até esta cidade. Com o primeiro médico residente o Dispensário de Higiene Mental foi transferido para o ex-Albergue da Mendicidade (que havia transitado do Ministério da Administração Interna, sob comando da Polícia, para o Ministério da Saúde).

O albergue da mendicidade acolhia mendigos e marginais que a Polícia de Segurança Pública recolhia na cidade. Estes indivíduos, a troco de trabalho na quinta, recebiam a alimentação.

Entretanto, pela falta de condições inerentes ao pessoal e instalações, alguns doentes continuavam a ser internados no Centro de Saúde Mental da Covilhã ou no Hospital Sobral Cid em Coimbra.

A designação e o estatuto do Dispensário de Higiene Mental de Castelo Branco manteve-se até 27 de Novembro de 1980, data em que foi publicado, no Diário da República, o Decreto-Lei n° 1015 que criou o Centro de Saúde Mental de Castelo Branco. Tinha este Centro como principal função a assistência, e a promoção da saúde mental nos concelhos de Idanha-a-Nova, Castelo Branco, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Sertã e Vila de Rei. Em 1981 as consultas de Psiquiatria, que até aí se realizavam na

Quinta da Carapalha, foram transferidas para uma área contígua ao Hospital Distrital de Castelo Branco. Nesse mesmo ano foram institucionalizadas as visitas domiciliárias, a doentes mentais, que haviam sido iniciadas, experimentalmente, dois anos antes.

Nos primeiros anos da década de 80 houve um esforço da direcção do Centro no sentido da angariação de novos técnicos, com formações diversificadas, para uma mais adequada prestação de serviços.

Em 1986 deu-se a transferência do lugar do internamento dos doentes da Quinta da Carapalha para as novas instalações, construídas de raiz para o efeito, vulgarmente designadas por Hospital da Mina.

Assim, o Centro de Saúde Mental passou a estar distribuído pelas instalações Hospital Distrital de Castelo Branco (consulta externa e serviço administrativo) e pelo Hospital da Mina (serviço de internamento).

Durante o ano de 1991 realizou-se uma experiência que consistiu na descentralização das consultas de saúde mental pelos Centros de Saúde de Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão.

Em 2 de Julho de 1992 foi publicado o Decreto-Lei n° 127/92 que extingue, após 30 dias, os Centros de Saúde Mental distribuídos pelo país integrando-os nos hospitais distritais das respectivas áreas.

A Portaria n° 750, de 1 de Agosto de 1992, faz integrar o Centro de Saúde Mental de Castelo Branco no Hospital Distrital desta cidade com a designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Castelo Branco. Exceptuando funções administrativas não houve alterações profundas. No mês de Outubro de 1993 as instalações do Hospital da Mina foram abandonadas e os serviços psiquiátricos concentrados no Hospital Distrital.

Os concelhos que nos propomos estudar integram, actualmente, a área de intervenção do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano, de Castelo Branco, antes designado de Hospital Distrital.

1.4. Psiquiatra e cultura

O mais antigo documento conhecido, relacionando cultura e doença mental, é um pequeno escrito da colecção hipocrática denominado “Ares, Águas e Lugares”. Neste documento é feita a descrição da doença dos Citas, actualmente uma área do sudoeste da Rússia. Os homens com esta doença começavam a falar com a voz feminina,

perdiam a potência sexual e adoptavam o estilo de vida das mulheres. O autor do documento explica este tipo de comportamento pelo clima (húmido e nebuloso), pela alimentação e pelo tipo de vida geral dos Citas (nómada).

Ao longo dos últimos séculos foram recolhidos muitos outros elementos em documentos de médicos, viajantes, historiadores, geógrafos e outros personagens.

Na *Nosologie* (1770-1771) de Boissier de Sauvage surge, entre outras doenças exóticas, a descrição do Amok na Malásia que é caracterizado por um estado de agitação, violência e ataques homicidas que terminam num esgotamento físico e amnésia.

Em 1880, Heinrich Obersteiner faz publicar um conjunto de descrições, resumidas, acerca dos distúrbios mentais dos turcos, dos persas, dos egípcios, dos esquimós, de algumas tribos índias brasileiras e da Guiana Britânica e de outros povos.

Nos finais do século passado abundavam os documentos para se iniciar um trabalho de psiquiatria comparada. Mas os factos descritos e observados eram tidos como bizarras e meras curiosidades etnográficas passando assim à margem da psiquiatria científica da época.

A Kraepelin é atribuído o mérito de ser o fundador da psiquiatria comparada. Deslocou-se a Singapura e a Java para estudar fenómenos psicopatológicos *in loco*.

Após a primeira Guerra Mundial a escola do alemão Richard Thurnwald inaugura estudos sistematizados entre raças e culturas de níveis diferentes.

A escola da antropologia cultural americana, influenciada pela corrente psicanalítica, passou a estudar a correlação entre a técnica de cuidados e educação dada às crianças, por um lado, e, por outro, a personalidade base dos membros do grupo social em causa.

Em 1956, Eric Wittkover funda um grupo de psiquiatria transcultural na Universidade McGill, em Montréal, tendo como porta-voz o periódico Transcultural Research Newsletter.

Não foi unânime a atitude de aceitação relativamente à psiquiatria transcultural. Na Rússia, por exemplo, o professor Rappoport argumentou que a psiquiatria transcultural seria válida para os países capitalistas mas não para os comunistas. Um professor argelino defendia, por sua vez, que esta área da psiquiatria era um instrumento de opressão colonial.

Na primeira metade do século XX, a psiquiatria esteve relativamente dominada pela perspectiva psicológica do adoecer, principalmente pela psicanálise. Nas décadas de 60 e 70 dominaram as correntes da psiquiatria comunitária e, mais recentemente, as atenções foram centradas na importância dos factores biológicos.

Sabe-se hoje que a conduta individual é determinada pela biologia individual, pela interacção do indivíduo com o meio e pelas experiências vividas. A cultura é então o caldo onde operam estas forças (biológica, sociológica e psicológica) e isto afectará a perspectiva de encarar a doença mental, sua etiologia e tratamento. Torna-se por isso imprescindível ter em conta a variável sociocultural na avaliação dos doentes e das doenças psiquiátricas.

Mas, o que é a cultura? Não é fácil defini-la. Cada investigador trabalha com o seu conceito. Em sentido geral, poderíamos entendê-la como tudo o que o homem acrescenta à natureza, mas uma concepção tão abrangente torna-se inoperante. Especificaremos melhor com três concepções relativamente semelhantes entre si. Para Margaret Mead a cultura é o conjunto de formas adquiridas de comportamento que determinado grupo social, unido por uma tradição comum, pode transmitir aos seus filhos. Para R. Linton será a conduta aprendida. Para Marsella e Kameoka (1989: 233) as culturas são:

“condutas aprendidas e compartilhadas, transmitidas de geração em geração com o fim de conseguir a adaptação, o crescimento e o ajustamento do indivíduo. Possui tantos referentes externos como internos. Os externos incluem objectos, papéis e instituições. Os internos incluem atitudes, valores, crenças expectativas, epistemologias e consciência”.

A antropologia é a ciência que por excelência estuda a cultura, o homem como ser cultural e fazedor de cultura.

A antropologia ligada à área da saúde, ou da medicina, é uma subdisciplina da antropologia social que se consolidou na década de setenta com investigadores anglo-saxónicos. Mas, desde meados do século que a psiquiatria se tem interessado, de um modo sistemático, pela aplicação de técnicas e métodos da investigação antropológica, de modo a encontrar respostas para a universalidade dos transtornos mentais.

Numa rápida perspectiva histórica, segundo Fonseca (1982:228), as primeiras referências antropológicas, ao nível da psicopatologia, remontam à publicação em 1913 da obra Totem e Tabú de S. Freud.

Com o passar dos anos surgiram outros trabalhos de antropólogos e psiquiatras como os de Margaret Mead (*Coming of Age in Samoa*, 1928), Ruth Benedict (*Patterns of Culture*, 1934) A. Kardiner (*The Psychological Frontiers of Society*, 1945) e E. Wittkover (*Recent Developments in Psychosomatic Medicine*, 1966).

Nas páginas que se seguem apresentamos uma resenha, muito breve, das principais correntes psiquiátricas que valorizam a contribuição das ciências socioculturais para a compreensão da doença mental.

Iniciamos com a antropologia da medicina, também designada por antropologia da saúde, que estuda a versão dos actores acerca da doença (nesta perspectiva a doença não é apenas uma disfunção orgânica mas também uma experiência vivida), da saúde, dos processos da procura da saúde, da concepção do corpo e da concepção do terapeuta. Analisa também a especificidade cultural das doenças, os factores socioculturais locais que implicam formas concretas de construir os sintomas, de determinar o que é, ou não é, patológico e de viver a doença como uma experiência (Canseco & Hernáez, 1992). É uma tendência muito difundida e com escola em Espanha.

A antropologia médica para Kaplan & Sadock (1989:253) é uma disciplina que:

“trata sobre el estudio transcultural de los sistemas médicos y sobre la influencia de los factores bioecológicos y socioculturales sobre la salud y enfermedad. Algunas áreas de interés común a psiquiatras y antropólogos médicos son la dinámica de la conducta de búsqueda de salud, los modelos de enfermedad mental, los sistemas de curación, los síndromes definidos culturalmente, las pautas de ingesta alcohólica, la desinstitucionalización y los estados mentales especiales, como los estados de transe y posesión por espíritus”.

Helman (1994) incluiu a psiquiatria transcultural como uma das principais áreas da antropologia médica.

A psiquiatria social surge como um ramo particular da psiquiatria. Foi fundada por Henry Baruk em *La Psychiatrie Sociale* (1955). Segundo Fonseca (1985:3) existem hoje três matérias com contributos significativos para a psiquiatria social. “São elas a «etologia», a «psiquiatria transcultural» e a «epidemiologia” . Este autor propõe que esta área da psiquiatria estude a contribuição dos factores sócio-culturais como causas ou atenuantes da doença e da descompensação psíquica (Fonseca, 1982).

A sociologia das doenças mentais estuda as “*correlações estatísticas existentes certos factos sociológicos e certas manifestações patológicas*” (Laplantine, 1978:16). É uma corrente psiquiátrica fundada por R. Bastide.

A psiquiatria comparada é um termo introduzido por Kraepelin, em 1904, para designar um estudo clínico de doenças mentais, num país de cultura não ocidental, usando as classificações e o corpo de conhecimentos de um país de cultura ocidental.

Ainda neste âmbito Fonseca (1985) entende por psiquiatria comparada o “estudo da influência que uma determinada cultura se mostra susceptível de exercer sobre a saúde mental de um grupo social”. Dá-lhe o estatuto de uma subespecialidade da psiquiatria para o que contribuem, em primeiro lugar, os aportes da sociologia e, secundariamente, as contribuições da antropologia, da etologia e da etnologia.

A psiquiatria comparada, como salienta Ellenberger (1981a), permite evidenciar uma sintomatologia psiquiátrica mais rica e variada permitindo um maior conhecimento da doença mental.

A etnopsiquiatria (Devereux, 1973), ou etnopsiquiatria psicanalítica como Laplantine a prefere designar (Laplantine, 1978), é uma disciplina criada por Georges Devereux, etnólogo das culturas Sedang-Moi (Indochina) e Mohave (América do Norte) e psicanalista clínico.

Para Devereux a etnopsiquiatria é uma ciência pluridisciplinar e não interdisciplinar, “*que pretende abordar a relação de complementaridade entre o indivíduo, a sociedade e a cultura*” (Devereux, 1981).

No dizer de Laplantine (1978:15) a etnopsiquiatria:

“é uma pesquisa decididamente pluridisciplinar. Esforça-se por compreender um conjunto de conceitos fundamentais que são os da psiquiatria (o normal e o patológico) e os da etnologia (as categorias universais da cultura) a fim de elaborar a partir daí uma antropologia psiquiátrica e uma prática terapêutica nela fundada”.

Este autor usa a psicanálise por ser “*a técnica mais eficaz de que dispomos actualmente para captar as estruturas geradoras de sentido que actuam em todo e qualquer comportamento cultural*” (Laplantine, 1978:16).

Para Ellenberger (1981) a *etno-psiquiatria* é quase sempre empregue como sinónimo de psiquiatria transcultural. Outros autores reservam o termo para os conhecimentos relativos às doenças mentais e práticas psiquiátricas nas diversas populações do globo. Na cultura ocidental, até há décadas atrás, a normalidade era caracterizada pela

adaptação do indivíduo ao meio sociocultural, sendo, mais recentemente, caracterizada pela adaptabilidade, que pode ser entendida como a capacidade do indivíduo se ajustar às alterações bruscas do ambiente (Laplantine, 1978).

A alteração conceptual corresponde à passagem de uma sociedade industrial para uma sociedade tecnológica que exige uma permanente e rápida mutação. O louco e a loucura, no dizer de Laplantine, são gerados por um sistema cultural que os rejeita mas, ainda assim, fazem parte dele e desempenham um papel no seu interior. A loucura surge então como uma construção colectiva. Cada sociedade atribui ao louco um estatuto próprio que permite ao grupo sobreviver sem grandes riscos.

Nesta corrente a cultura é a causa da loucura. O louco é o indivíduo a que a cultura não armou, adequadamente, com as defesas psicológicas suficientes ou apropriadas para a vida de relação (incapacidade de lidar com as frustrações e pulsões agressivas), ou é o indivíduo que por razões inatas ou adquiridas, durante a primeira infância, não se conforma com as normas do grupo não tendo por isso também acesso às “defesas étnicas”, que são dadas pela cultura do próprio grupo. Isto pressupõe que a cultura pressiona, condiciona, violenta, modela, ensina a renunciar mas, simultaneamente, cria no indivíduo e no grupo as defesas necessárias (recalcamentos, válvulas de escape, rituais de revolta teatralizada, elementos amortecedores da realidade) para reparar o traumatismo.

A doença mental deve então ser entendida como um “*processo de desculturação da cultura*” e não somente um desajustamento social do indivíduo com o seu meio. Pretende-se dizer, com isto, que é o facto de um indivíduo apresentar incapacidade para viver em sociedade que o conduz à doença. Por sua vez, se as consequências da doença forem levadas ao extremo (psicose) o indivíduo atinge uma incapacidade de aprender e de comunicar com os outros afastando-se não apenas das normas da sua cultura, mas da cultura enquanto fenómeno universal que caracteriza o ser humano.

A sociedade condiciona a loucura ou, a cultura pré-condiciona a doença mental.

Isto é, não se é louco como se quer mas como a sociedade o previu. O grupo social convencionou as normas que definem o normal (comum à maioria do grupo) e o marginal. Logo, o padrão anormal não deixa de ser tão convencional como o primeiro, porque é autorizado, orientado e controlado pela cultura do grupo. Este modo de agir preserva a ordem do grupo de perturbações, não controladas.

Continuando a seguir Laplantine é ocasião de apresentar a distinção entre loucura e desviância. “*A desadaptação social em relação a uma dada cultura é um fenómeno do*

campo de etnologia” (Laplantine, 1978:83) que corresponde à desviância. Por sua vez a loucura é “*sempre e em toda a parte um fenómeno patológico que pede uma intervenção (não exclusiva mas essencialmente) psiquiátrica*” (Laplantine, 1978:83).

A psiquiatria transcultural surge como um dos mais importantes ramos da antropologia médica e “*consiste no estudo e na comparação da doença mental nas diferentes culturas*” (Helman, 1994:216). É desenvolvida por dois tipos de investigadores: psiquiatras e antropólogos sociais. Estes têm como preocupação comum o estudo dos fenómenos ligados ao diagnóstico e ao tratamento das doenças do foro psiquiátrico, quando doente e psiquiatra possuem suportes sócio-culturais diferentes. Dão também importância ao estudo das consequências da emigração, urbanização e mudanças sociais na saúde mental do indivíduo.

Neste contexto torna-se importante ter em atenção a relação cultura-doença mental que, segundo Helman (1994:217), pode ser resumida nos quatro pontos que se seguem:

“1 - Define «normalidade» e «anormalidade» numa determinada sociedade; 2 - pode tomar parte da etiologia de determinadas doenças; 3 - influencia a apresentação clínica e a distribuição da doença mental; 4 - determina meios pelos quais a doença é reconhecida, rotulada, explicada e tratada pelos membros da sociedade.”

A psiquiatria transcultural “*s'applique surtout aux recherches qui visent à mettre en évidence le rôle des facteurs ethniques et culturels dans l'étiologie et la symptomatologie des maladies mentales*” (Ellenberger, 1981a:625). Este autor faz incluir na psiquiatria transcultural a psiquiatria comparada, a intercultural (cross-cultural), a etnopsiquiatria, as psiquiatrias paralelas, a psicopatologia transcultural e a psiquiatria transcultural teórica. E, como já observámos, o termo etnopsiquiatria surge como sinónimo de psiquiatria transcultural.

Nesta perspectiva Kaplan & Sadock (1989) referem que a abordagem transcultural da doença mental se baseia na comparação dos fenómenos entre as várias culturas.

Para Wittkover (citado em Fonseca, 1982:229) a psiquiatria transcultural “*se dedica a estudar al enfermo mental en sus relaciones con el ambiente cultural en que se desenvuelve*”. Wittkover, tido como um dos autores com maior experiência no campo da psiquiatria transcultural, propõe quatro grandes objectivos para este ramo da psiquiatria. Assim, considera:

“a apreciação das semelhanças e diferenças nas manifestações da doença mental em culturas distintas; a identificação dos factores culturais que predisõem para a doença

mental e dos que permitem evitá-la; a valorização do efeito de factores culturais idênticos na frequência e na natureza das doenças mentais; o estudo dos diversos tratamentos praticados ou preferidos por diferentes grupos culturais e a comparação das actividades e atitudes adoptadas com as doenças mentais em distintos grupos étnicos e sociais” (Fonseca, 1985:657).

Fernandes Fonseca tem sido um dos psiquiatras que, em Portugal e Espanha, muito tem contribuído para a divulgação da psiquiatria transcultural. Em Psiquiatria Transcultural (Fonseca, 1982) o autor aborda no mesmo capítulo a psiquiatria social. Teoricamente segue os quatro grandes princípios propostos por Wittkower e acrescenta um da sua autoria, que é:

“a influência que os factores de desenvolvimento e subsenvolvimento económico e sócio-político podem exercer sobre a natureza e a incidência de determinadas doenças mentais tanto em grupos culturais afins como em grupos culturais diferentes” (Fonseca, 1985:657).

Outros autores como Fuentenebro (1990) entendem que a psiquiatria transcultural ou antropológica, como também lhe chama, não difere, conceptualmente, das perspectivas que acabámos de tratar.

Nos anos 90 surgiu uma nova corrente designada Nova Psiquiatria Transcultural (New Cross-Cultural Psychiatry) protagonizada por cientistas como Marsella (1988), Hopper (1991) e Cohen (1992) que trouxeram novas contribuições para o debate entre as posições mais organicistas e os defensores das teses culturais, argumentando que determinadas doenças são produzidas por contextos culturais específicos.

Psiquiatria intercultural é o termo proposto por Mongeau (1980) para substituir psiquiatria transcultural, etnopsiquiatria e outros. Defende o autor que o termo psiquiatria intercultural lhe parece mais adequado para dar conta da relação psiquiatra - interlocutores em diferentes culturas. Argumenta que a designação psiquiatria transcultural é inadequada, está esgotada pela prática do quotidiano e que o seu uso pode até tornar-se inconveniente para a reflexão teórica.

No entanto, para Ellenberger (1981a:625) a psiquiatria intercultural faz parte da psiquiatria transcultural e o termo é usado para designar *“des études comparatives de deux ou plusieurs échantillons de malades mentaux appartenant à des ethnies différentes mais étudiés dans des conditions aussi semblables que possible.”*

Por outro lado, na literatura portuguesa da especialidade é com alguma frequência que nos deparamos com o termo medicina popular.

A Organização Mundial de Saúde definiu medicina popular:

“como o conjunto de todos os conhecimentos e práticas, explicadas ou não, para diagnosticar, prevenir ou eliminar um desequilíbrio através da experiência pessoal e observação transmitida de geração em geração” (WHO, 1983).

Cristiana Bastos e Teresa Levy definem-na, de um modo muito breve, *“como as práticas consideradas de raiz empírica”* e contrapõem a este conceito o de medicina alternativa que entendem como *“aquelas que se baseiam em sistematizações eruditas de outros tipos de saber sobre o corpo e a saúde” (Bastos & Levy, 1987:222).* Por sua vez, Fontes (1995:18) define medicina popular como *“o conjunto de conhecimentos e crenças criadas pelo povo, quer dizer, pelos profanos não profissionais, e se opõe ao discurso erudito”.* Esta medicina goza das características gerais da cultura popular como, por exemplo, a oralidade e uma maior *“utilização dos meios imateriais relativamente aos materiais para reabilitar os indivíduos” (Cachadinha, 1993:372).*

Pudemos constatar, ao longo deste subcapítulo, a enorme variedade de designações disponíveis para especificar uma mesma realidade ou realidades muito semelhantes.

1.5. O louco na literatura nacional e regional

Neste subcapítulo abordaremos as práticas terapêuticas de medicina popular relacionadas com o louco e com a loucura em Portugal e na área de incidência deste trabalho, o sul da Beira Interior.

1.5.1. Em Portugal

A saúde mental não merece especial atenção nas largas dezenas de trabalhos que inventariam, a nível nacional, práticas terapêuticas de medicina popular. A esta área da medicina surgem referências no corpo geral do trabalho, raramente aparecem autonomizadas. A saúde mental, ao nível da medicina popular, tem sido subvalorizada em detrimento da medicina com uma vertente mais física. Esta situação pode justificar-se pela dificuldade e complexidade que envolve a área da saúde mental e psiquiátrica. A quase inexistência, no panorama bibliográfico português, de trabalhos nesta área temática, inventários e estudos globais, fez deste subcapítulo o mais difícil de concretizar.

Em Portugal, a área de psiquiatria e cultura tem sido fundamentalmente tratada a dois níveis; na relação médico-doente e no relacionamento estabelecido entre o doente mental e o sobrenatural, protagonizado pelas bruxas e mulheres e homens de virtude.

Relativamente à relação médico-doente não podemos deixar de referir os dois importantes simpósios, subordinados a esta temática, realizados em Coimbra em 1980 e 1981 pela Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade.

Os trabalhos referentes à relação médico-doente são, na quase generalidade dos casos, subscritos por médicos e chamam a atenção para a importância do contexto cultural do doente e, neste âmbito, valorizam a consulta médica.

O conhecimento e o respeito pelos valores do indivíduo que tratam, a sintomatologia que é condicionada pelo quadro de valores e referências do doente, e a comunicação, que se pode tornar numa das principais causas do desencontro entre o terapeuta e o doente, tornam a cultura num vector essencial. Das comunicações apresentadas nos simpósios referidos, destacamos as de Pego (1980), Gamito (1980), Serra (1980) e Polónio (1982) que abordam as vertentes focadas.

De 1980 aos nossos dias muitos outros artigos surgiram, focando a relação médico-doente. Muitas vezes, melhor seria denominá-la terapeuta-doente porque esta relação transvasa a área médica, continuando a ser uma temática plena de actualidade. Dos trabalhos com a temática referida destacamos o de Almeida (1994), pela síntese que faz de um conjunto de ideias dispersas na literatura especializada. Nele, o autor privilegia: a importância de olhar o homem numa perspectiva global que a medicina, só por si, não pode dar; da utilidade de registar os “pedaços culturais” que o doente traz até nós para mais facilmente reconstruirmos a lógica do seu pensamento e a representação da saúde e da doença; a arte e a técnica que envolve a relação-médico doente; o desempenho do papel que o médico julga ser o seu e “que também o doente espera dele: o homem seguro e poderoso, capaz de proteger; senhor de grande autoridade”; o papel desempenhado pelo doente e que o doente julga ser o dele “dependente, submisso. O doente vai tomar uma postura que corresponde às suas crenças e representações mentais da doença e da cura”; o papel da doença no relacionamento com os outros e consigo próprio. “A relação médico-doente é fazer, mas também o corolário de um fazer saber”, escreve a terminar. A correlação do doente mental com o sobrenatural tem sido essencialmente tratada por investigadores ligados à área da medicina (médicos, psicólogos e outros técnicos) e às áreas das ciências sociais e humanas (sociólogos e antropólogos).

Os primeiros questionam: “*como é que as técnicas utilizadas pelas bruxas ou «mulheres de virtude» podem em certos casos produzir efectivamente resultados positivos?*” (Barreto & Ribeiro, 1982:402). Outros, tentam conhecer a razão da ida à bruxa em detrimento dos serviços de saúde. Num inquérito realizado a 30 doentes da Clínica Psiquiátrica de Celas as autoras concluíram que 22 deles (70%) “*já previamente tinham consultado bruxas*”. No final do referido trabalho alertam para os prováveis atentados que estas mulheres e homens, desenvolvem diariamente, “*contra a dignidade dos doentes em geral e do doente mental em particular*”. Um outro trabalho, desenvolvido na freguesia de Olivais (Lisboa) confirma a elevada percentagem de ida às bruxas por parte de doentes psiquiátricos crónicos (Teiga & Amaro, 1988:29, 103-105).

Num outro trabalho, realizado numa aldeia de Trás-os-Montes, a médica Berta Nunes (1987) regista relatos de indivíduos que melhoraram, e outros que mantiveram, o seu estado de saúde após a consulta de uma bruxa ou mulher de virtude e perante estes factos tem uma atitude bem digna de resto. Assim:

“*ao contrário da atitude arrogante de muitos profissionais de saúde, eu penso que o doente tem o direito a optar, desde que devidamente informado, pela solução que entender para resolver os seus problemas de saúde. A tolerância deve ser uma das qualidades principais do médico. Só respeitando o doente e as suas escolhas poderemos ter o respeito deste e sua confiança*” (Nunes, 1987:241).

Mário Lima (1982) trabalhou apenas a área da supersticiosidade como causa da doença mental. Na sua prática clínica encontrou material para a dividir em maldição, benção, possessão, mau-olhado, encantamento e presságio.

Na revista Hospitalidade, Nogueira (1975, 1977 e 1978) publicou um conjunto de artigos onde aborda a relação dos povos africanos que conheceu com a doença em geral e com a doença mental em particular. Nestes artigos dá especial importância aos terapeutas locais e à origem das doenças. Lembra o autor que a medicina popular tem sido, e nalgumas situações continua a sê-lo, um dos únicos recursos destas comunidades para a saúde. Propõe por isso que os técnicos de saúde conheçam os padrões culturais da comunidade onde trabalham nunca hostilizando a única arma destas populações contra a doença, durante milénios.

Os antropólogos e os sociólogos quando estabelecem a correlação cultura/saúde/doença fazem-no numa perspectiva mais cultural/social onde a vertente processo saúde - doença não está devidamente explorada, porque também não é esse o objectivo. Entre os muitos excelentes trabalhos que poderíamos destacar neste rol

referimos os de João Pina Cabral (1989 e 1989a), o de Clara Afonso de Carvalho (1989), os de Jorge Crespo (1989 e 1990), o de Elvira da Conceição Fernandes (1990) e o de António Maria Romeiro de Carvalho (1994). O doente e a doença mental quase não têm lugar nestes trabalhos mas sim os terapeutas que identificámos (bruxas e padres).

As gentes do Minho, segundo a investigadora Elvira Lobo (1993), divide as doenças em “doenças de médico” e “doenças não de médico”. Cada um destes grupos corresponde, respectivamente, ao modelo científico ou ao modelo religioso. O primeiro modelo explica a doença como uma disfunção física ou psíquica e o médico (psiquiatra) e o psicólogo são os terapeutas. No segundo modelo, a doença é atribuída a “*uma entidade desconhecida que se apoderou do indivíduo*” e é solucionada com a intervenção de curandeiros, de padres, de santos ou de espíritas. Neste artigo a autora privilegia as doenças conotadas com o sagrado e as respectivas curas. Para isso aborda a eficácia e as funções simbólica, religiosa e terapêutica do ritual (transe e possessão) e a actualidade dos mesmos, independentemente das autorizações ou perseguições.

Manuela Cachadinha no seu trabalho *A Medicina Popular no Noroeste de Portugal* (1993) estuda, na área das doenças que não são de médico, os terapeutas (endireitas, ervanários, especialistas de queimaduras, bruxas, espíritas e médiuns, exorcistas e parapsicólogos) e sabemos que muitos deles lidam, frequentemente, com a doença mental.

Não poderemos terminar esta tentativa fruste de contextualização sem fazer referência à obra do padre António Fontes e de João Sanches (1995) *Medicina Popular. Barrosã - Ensaio de Antropologia Médica*. Este trabalho é, parcialmente, fruto dos Congressos de Medicina Popular de Vilar de Perdizes. Parece ser o primeiro trabalho português, com divulgação massiva, na área da antropologia médica.

Interessam-nos para o presente estudo os capítulos “Os Males Psicológicos e a sua Cura” (capítulo IV), “O Social” (capítulo V) e “O Sobrenatural” (capítulo VI).

No capítulo IV, “Os Males Psicológicos e a sua Cura”, destacam-se: o álcool como a principal substância utilizada para alterar o estado de consciência, no Barroso; uma listagem de substâncias autóctones utilizadas como estimulantes do sistema nervoso central, como calmantes, analgésicos, tóxicos e estupefacientes; nos meios de tratamento locais da neurose histérica (bofetadas do padre Teles e o ritual de São Bernardino, concelho de Chaves; os doentes [sobretudo mulheres] eram levados em carros de bois e acompanhados de grande comitiva); o insucesso do tratamento, por

parte de uma bruxa, de um caso complicado de patologia psiquiátrica e o uso do espírito de solidariedade aldeã no tratamento dos sintomas depressivos.

De entre o material registado no capítulo V, “O Social”, destacamos: “*os maluquinhos a que se «dá o caminho todo»*” que, segundo os autores, nem sempre são mais doentes que os seus vizinhos mas, frequentemente, mais negligentes na defesa dos seus interesses. Nestas situações a comunidade torna-se responsável pela sua sobrevivência ajudando-os com trabalho gratuito, alimentos e esmolas; as doenças em que se procura, prioritariamente, um curandeiro (ossos partidos, reumatismo e males do ventre); as doenças em que dão prioridade à intervenção médica (doenças infecciosas, epidemias e acidentes muito graves); as doenças do padre ou da vidente (possessões, relações familiares difíceis e inveja alheia) e por fim as doenças de Deus, quando o homem já mais nada pode fazer (cancro, sida, «variação da cabeça», acidente muito grave).

No capítulo VI, “O Sobrenatural”, os autores voltam a referir-se ao exorcismo de uma jovem «desacordada» e aos rituais de S. Bernardino mencionando que:

“*S. Bernardino é de tal modo poderoso que obriga o diabo a deixar o possesso, e faz falar os espíritos que se metem no corpo, sobretudo aqueles que foram para o outro mundo e neste praticaram crimes, deixaram dívidas ou praticaram actos imorais (...) os possessos rebolam no chão, dão gritos horríveis, chegando a agredir os que os acompanham*”.

Se até aqui se fizeram referências a um contexto mais alargado passaremos, seguidamente, a privilegiar as realidades regionais e locais, mais condizentes com o trabalho que desenvolvemos.

1.5.2. No sul da Beira Interior

Nos últimos anos, os técnicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (herdeiro do extinto Centro de Saúde Mental de Castelo Branco) elaboraram trabalhos que apresentaram em reuniões científicas ou publicaram em revistas especializadas (Osório, 1986 a 1993; Centro de Saúde Mental..., 1988; Navarro, 1989; Monteiro, 1994; Henriques, 1997 e outros).

Alguns destes trabalhos caracterizam, de um modo geral, o serviço de saúde em causa e expõem os seus objectivos, as suas carências, o seu modelo de funcionamento e os seus planos. Outros, expõem questões concretas como o alcoolismo ou a intervenção na comunidade. São trabalhos que apresentam quase sempre dados estatísticos e acabam por ser escritos secundários para a perspectiva antropológica que tentaremos

imprimir a este trabalho. Destaca-se, da globalidade destes trabalhos, o de Osório & Henriques (1992) pela tentativa de abordagem cultural que fazem da doença mental.

Deste último trabalho sobressai a versão dos “actores” acerca dos seus processos de saúde e doença, o papel da mulher e do homem como terapeutas e a importância do ritual mágico-religioso no processo de cura. No final, os autores expõem, resumidamente, quatro exemplos de patologias que podem ser reinterpretadas pela psiquiatria convencional (mijar na cama, ogado, cobrante e mau olhado).

Desde 1989 realiza-se, anualmente, na cidade de Castelo Branco um importante evento denominado *Jornadas sobre Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX*. Esta reunião, de carácter interdisciplinar, tem enriquecido a medicina regional com contributos da arqueologia, da história das ideias, da antropologia, da sociologia, da geografia, da botânica, da anatomia, da fisiologia, da literatura, da linguística, da história política e institucional, da demografia e da história económica e social. As comunicações têm sido publicadas na revista *Medicina na Beira Interior, da Pré-história ao Século XX - Cadernos de Cultura*.

A generalidade dos artigos publicados nestes Cadernos têm relações com a medicina, mas são raros os trabalhos com referências directas ao modo como as populações actuais lidam com a doença mental. As referências registadas são de poucas linhas e apenas uma (Fernandes, 1990:38), menciona o «estrepasso» na criança, é relativa à área geográfica em estudo.

Em 1949 Fernando Namora, em *Retalhos da Vida de um Médico*, descreve um caso pitoresco passado com “o Sr. Potrinhas, célebre «barbeiro de Alcafozes», especialista em sangrias”. Escreve o escritor e médico:

“... aparecera por ali uma rapariga aloucada. Médicos, manicómios - patranhas. Ela voltava sempre à terra para repetir os desvarios. O Sr Potrinhas fez então um raciocínio que repetiu em todos os casos: se a moça tinha macaquinhos no cérebro, era abrir-lhes uma saída, esvaziá-los através das veias. E fez a sangria. Abundante, com larguezas. A rapariga, abalada, sem forças para correr pelos caminhos, sossegou. O homem conseguira uma vitória negada aos médicos!” (Namora, 1983:173).

Entre 1960 e 1961, o Dr. A. Proença publicou na revista *O Médico*, posteriormente reunidas em separata única, pequenas crónicas onde é evidenciada a intervenção de curandeiros locais, figurando, numa delas, uma intervenção psiquiátrica. Escreve o autor:

“O Felisberto Mocho... que tinha sido aspergido pelo Senhor Vigário, depois dos exorcismos, possesso do espírito de Santanás, partia tudo e batia em tudo, sossegou, quando... o barbeiro de cedilha, auxiliado por dois latagões da terra, lhe bateram tanto, tanto, que lhe racharam a cabeça... estando três meses tão sossegado, que ainda admira, como não morreu!” (Proença, 1963: 25).

Encontramos também um trabalho de Romeiro de Carvalho (1994) que não está directamente relacionado com a saúde mental mas que consideramos imprescindível para a sua melhor compreensão. O autor constrói uma proposta que permite uma mais adequada compreensão da “bruxa” e da “mulher de virtude” no universo rural. Aborda a importância da mulher no processo de cura, o papel social da “bruxa” como vazadoiro das frustrações colectivas, a diferença entre a “bruxa” e a “mulher de virtude” e a não contradição, no pensamento aldeão, entre a procura do médico e a procura da “mulher de virtude” ou da “bruxa”.

Em 1990 elaborámos, em colaboração, uma contribuição para o conhecimento da medicina popular no sul da Beira (Henriques *et al.*, 1990). Este trabalho é uma mera inventariação de patologias abrange os concelhos de Vila Velha de Ródão e Proença-a-Nova, com as respectivas propostas terapêuticas. Ao nível da doença mental recolheram-se e divulgam-se propostas de tratamento para os *nervos, ogado e gaguez*. É também realçado o papel da mulher como terapeuta, como visitadora de doentes, como administradora e angariadora dos elementos constituintes da farmácia caseira. Neste trabalho, dá-se também conta da existência de dois níveis de conhecimento, hierarquicamente diferentes. Um é relativamente generalizado, não havendo restrições à sua divulgação. O outro tem cariz iniciático e é de carácter ritual.

Na perseguição da temática encontramos uma colectânea de crónicas publicadas, ao longo dos últimos anos, no jornal *Reconquista*. Neste trabalho surge um texto com o título “*Mais uma figura típica do meu concelho*” (Frade, 1995: 259). Nele, o autor regista, sumariamente, as relações existentes entre uma comunidade (Rosmaninhal) e um indivíduo apelidado de *Chico Bacorinho*. Desta relação ambos retiram dividendos, a comunidade, porque “...nunca constou que o Chico agredisse ou roubasse. Fazia barulho, arrastava a espada imaginária, mas não passava disto. Era inofensivo, como aliás todos os pobres de pedir que por lá conheci.”, e o Chico, porque segundo as suas palavras, “«... Sou tonto, sou tonto, mas eu governo-me sem trabalhar. E vossemecês, p’ra se governarem, fartam-se de penar... » E riu, e riu, e abalou arrastando a espada.”

Jaime Lopes Dias na melhor e mais completa obra de etnografia sobre a Beira Baixa, *Etnografia da Beira*, quase se esquecia do louco. Nas muitas dezenas de práticas

registadas acerca da origem, manifestação e cura das doenças surgem apenas duas curtas referências directas à saúde/doença mental, e ambas recolhidas fora da área de intervenção deste trabalho.

Nessas referências há uma terapia para a cura (Dias, 1955:230), que consiste em colocar sobre a cabeça do louco um cachorro aberto ao meio de modo a que o sangue escorra pelo rosto do doente, e um cuidado preventivo (Dias, 1953:316) que recomenda a não ingestão de vinho com uma luz acesa na mão, “*porque quem tal fizer perde o juízo*”.

Após a pesquisa, nas monografias regionais, pudemos concluir que o fenómeno doença mental raramente tem cabimento nas suas páginas. As excepções dizem sempre respeito a temas relacionados com a medicina física (catarral, dores ou outros sintomas). O louco, ou outra qualquer minoria, não aparece referenciado.

2. Louco e a loucura no sul da Beira interior

Este capítulo divide-se em duas áreas distintas que são: apresentação e discussão dos resultados da investigação e conclusão.

2.1. Apresentação e discussão dos resultados da investigação

Esa parte do trabalho subdivide-se em: etiologia das doenças psiquiátricas; sinais manifestos; terapêutas e terapêuticas; interacção dialéctica comunidade/louco; ideia de louco.

2.1.1. Etiologia das doenças psiquiátricas

Do material manuseado para elaborar este trabalho, para a explicação popular da etiologia da doença psiquiátrica, tivemos oportunidade de identificar factores de variada natureza. Uns mais centrados no meio físico, outros no grupo social, outros no indivíduo, outros com essência mágica ou mística e outros ainda de cariz sobrenatural. Verificámos que uns e outros se entrecruzam ao ponto de nem sempre ser fácil identificar a causa principal embora, na acepção popular, possam surgir relativamente compartimentados ou mesclados.

Quanto à doença psíquica tivemos sempre em conta a causa apontada popularmente, como já escrevemos, ainda que do ponto de vista da ciência médica moderna se possa ter concluído ser outra a origem ou o factor desencadeante do distúrbio.

A origem ou o factor que desencadeou a doença, na perspectiva popular, é frequentemente identificada e expressa pelo doente, mas raramente surge registada na ficha clínica. É comum também a indistinção, por parte da população, entre factores causais e factores desencadeantes.

Consoante a fonte, entrevistas ou fichas clínicas, foi diferente a etiologia atribuída à loucura, pela população rural.

Verificámos ser comum a causa e o tempo da doença surgirem confundidos, na versão popular. “Desde a morte da mãe que ficou muito apaixonado”, “apanhei esta coisa no parto do meu menino que morreu”. Expressões deste tipo revelam, em simultâneo, o factor que terá desencadeado a doença e o momento da sua origem.

Tentámos inventariar, de forma o mais completa possível, as causas das doenças mentais identificadas sem lhes atribuirmos valor estatístico.

Durante o trabalho de campo observámos que as causas das doenças psiquiátricas podem não ser comuns para o indivíduo ou família, que as atribui a um momento muito difícil da sua existência, ou para a comunidade. A comunidade tem maior tendência para atribuir estas disfunções a uma intervenção mágica ou, mais recentemente, ao consumo de substâncias tóxicas. Chegámos a recensear quatro causas diferentes para a mesma situação de doença mental. É o caso, por exemplo, da esquizofrenia e das psicoses em geral a que se atribuem as seguintes causas: andar menstruada e lavar ou molhar determinadas partes do corpo; consumo de droga; mistela e espíritos. Estas doenças são também as de maiores implicações sociais.

São relativamente diversas as etiologias inventariadas nas diferentes fontes. A maior diversidade de causas foi encontrada nas entrevistas, enquanto nas fichas médicas surgem, principalmente, as de cariz reactivo. Os jornais e as monografias regionais pouco contribuíram para este objectivo. A presença de vários casos graves de psicopatologia, em pequenas comunidades, é hoje atribuída pela ciência, na maioria dos casos, à consanguinidade dos indivíduos.

A consanguinidade foi possível pelo forte isolamento a que as comunidades estiveram sujeitas durante séculos e à política de casamentos que restringia a escolha dos pares. Esta realidade foi-nos referida durante a realização das entrevistas e ficámos estupefactos com a quantidade de doentes do foro psiquiátrico, mencionados pelos informantes, unidos por consanguinidade. Não incluímos o mal de inveja ou o mau olhado como uma doença ou como causa da doença do foro psiquiátrico, porque nunca

foram indicados como tal. Estes problemas apenas produzem sintomas variados mas sempre mais ou menos passageiros.

A tipologia proposta por George Murdock, e que Kaplan (1989:260) faz incluir na sua obra, não foi adoptada neste trabalho por nos parecer desajustada da realidade em questão.

Depois desta breve introdução vamos apresentar as causas que pudemos encontrar durante as entrevistas, na leitura das fichas médicas, nos jornais regionais e nas monografias locais.

a) Água de determinada fonte

Durante o trabalho de campo encontramos uma pequena comunidade (Relvas) onde há notícia da existência de um número incomum de doentes psiquiátricos. As pessoas atribuem tal facto ao consumo continuado da água da fonte que abastecia a povoação. Pelo facto, “até já mudaram a fonte de sítio”. Em Fratel foi-nos também noticiada a existência de uma fonte, na área de Gavião (Abrantes), cuja água tinha o poder de transformar o indivíduo normal em louco, se a bebesse.

É também frequente atribuírem à água à capacidade de “prender” os indivíduos solteiros, sempre do sexo masculino, a uma determinada povoação (Tostão, Póvoa Rio de Moinhos). Ou melhor, às raparigas de uma determinada povoação. Isto é, quem bebesse água de uma fonte com aqueles dons casar-se-ia com uma rapariga dessa aldeia.

b) Sol

A região em estudo é de intensa luminosidade, dispõe de grande número de dias de sol ao longo do ano e a sua população tem-se ocupado, essencialmente, em actividades ao ar livre.

Em três comunidades desta área (Bairrada, Fratel e Vale do Souto) o sol intenso, prolongado e incidindo sobre a cabeça é tido como causador de doença mental irreversível. As pessoas avisam: “não te ponhas ao sol, olha que o sol faz mal. E então agora que o sol anda baixo, põe as pessoas doidas, entra-lhes na cabeça”. Em muitas outras comunidades foram recolhidas patologias provocadas pelo sol mas não relacionadas com a psiquiatria.

Durante as entrevistas, notámos que os informantes não defendiam o factor sol com a mesma convicção dos restantes elementos etiológicos, nem nos foi exemplificado qualquer doente mental cuja causa fosse atribuída ao sol.

c) Guerra

A guerra, como situação excepcional na vida de um indivíduo, é referida pela população como causadora de doença mental. A guerra colonial está ainda muito viva na memória das pessoas, com sequelas nefastas nos participantes e nos respectivos familiares. A nossa população refere que os militares adoeciam psiquicamente devido “aos maus tratos que por lá passavam” e “aos medicamentos que lhes davam”.

Nesse tempo, e nesta região, os militares que ingressavam na força aérea eram rotulados de “malucos”. Esta designação não era extensiva à marinha ou ao exército.

Foi-nos exemplificada uma família que sofre de doença mental, atribuível ao facto de um seu ascendente ter participado na I Grande Guerra, em França, onde teria sido intensamente gaseado. O indivíduo em causa teria ficado com perturbações psiquiátricas que foram transmitidas aos seus descendentes.

Nos Ecos da Sobreira (nº236, 9.1996:1, 5) recolhemos um recorte que atribui aos factores negativos da guerra a doença mental:

“...O D., quando militar foi mobilizado para Angola, tendo cumprido parte do tempo em Cabinda. E quando aqui, devido a factores negativos em tão distante continente contribuíram de sobremaneira para lhe afectar o cérebro, ficando doente...”

d) Problemas sócio-económicos

Problemas de cariz financeiro foram mencionados como factores causais da doença mental. Como ouvimos, em Montes da Senhora, “basta dever dinheiro para se ficar doente”. Em Fratel foi apontada como causa a ausência de condições condignas de vida. Em Rosmaninhal foi mencionado o empobrecimento de uma família, e a respectiva descida na hierarquia social da comunidade, e por esse motivo os filhos ficaram gravemente doentes do foro psiquiátrico.

e) Fatalismo

Entendemos por fatalismo a ideia que tudo está pré-determinado, independentemente da vontade humana. É o destino. Nesta perspectiva, cada indivíduo traz o destino traçado à nascença.

Subjacente à maioria das intervenções notámos a crença que a doença mental, ou qualquer outra, acontece porque tem que acontecer, sem intervenção de qualquer factor etiológico específico. “A pessoa já nasce com esse signo”. Alguns informantes, mesmo

que apontando outras causas para a doença, referiram que “o que tem que ser tem que ser” ou, “o que tende a ter tem [a doença mental], o que não tem de ter não tem”.

f) Castigo /maldição

A maldição é uma fórmula através da qual se pode fazer mal a quem se destina. É frequente, no sul da Beira Interior, ouvirmos atribuir a castigo divino a causa de doenças somáticas ou psíquicas. As expressões: “não faças mangação senão Deus castiga-te” e “não faças pouco do teu vizinho que o teu mal já vem a caminho” são elucidativas.

Contou-nos um informante que “uma vez estava ali um homem a fazer mangação daquele rapazinho que é anão, cego, diabético e anda com dificuldade. «Coitadinho tens as pernas tortas! Endireita as pernas! Porque não endireitas as pernas? És torto, fizeram-te torto». Agora este homem tem um filho exactamente igual. Dizem que o pai desse rapaz também fazia pouco de pessoas com estas deficiências. “Estava aqui um homem que andava muito torto e o pai deste moço andava sempre a dizer «endireite-se que as gajas gostam dos homens direitos» e depois saiu-lhe o filho assim”.

Seleccionámos ainda outro exemplo, dos muitos que ouvimos, acerca da ideia de castigo na origem de anormalidade. “Uma mulher andava grávida e desejou uma coisa de comer. Uma vizinha prontificou-a a ir arranjà-la pela vizinhança.

- Olha lá tens tal coisa?
- Então para quê?
- É para fulana que anda grávida.
- Olha que não desejou caganetas de cabras.
- Pois não, então caganetas de cabra é que ela devia desejar?

Esta mulher tinha uma filha e quando andava grávida tinha que ir ao curral comer caganetas de cabra”.

Noutras ocasiões o castigo pode ser consequência de uma imprecação, que consiste em rogar pragas. O visado ao sentir-se vexado, por exemplo, pode proferir uma praga. Por exemplo: “oxalá que os filhos que tu tiveres sejam como a mim”. Por isso a nossa população aconselha, “a gente nunca deve fazer mangação de coisíssima nenhuma”.

Em situações de castigo, ou imprecação, as consequências recaem, frequentemente, na geração imediata à do prevaricador.

g) Maldição do castelo de Vila Ruivas

Este monumento não é propriamente um castelo, antes uma torre de vigia alcandorada sobre as Portas de Ródão, na margem norte do rio Tejo. É conhecido também por castelo do rei Wamba e castelo de Vila Velha. A torre encontra-se em mau estado de conservação devido ao desaparecimento de grande número de cunhais em granito. A restante construção é em quartzito. O granito é uma rocha nobre e ideal para enquadrar portais e janelas. Os afloramentos de granito mais próximos ocorrem em Castelo Branco (cerca de 30 quilómetros para norte), na área de Nisa (cerca de 15 quilómetros para sul) ou no sítio do Castelejo de Gardete (cerca de 10 quilómetros para sudoeste). O desaparecimento dos cunhais deu-se após o abandono da torre pelos militares, no século passado. No sul da Beira era prática comum a destruição de castelos, após a perda da sua funcionalidade, tendo em vista construções públicas ou privadas.

Segundo a população, os cunhais em falta terão ido para Vilas Ruivas, que é também o aglomerado populacional mais próximo. Ouvimos que em “Vila Ruivas havia muita gente doida porque roubaram as quinas do castelo da Senhora do Castelo. Havia lá uns ricos que foram roubar as quinas do Castelo, à Senhora do Castelo, e de então para cá aquela gente ficou toda doida”.

Associada a este castelo é conhecida a “Maldição de Ródão”. Esta maldição foi proferida pela rainha, mulher adúltera do Wamba, momentos antes da sua precipitação sobre a íngreme encosta, atada a uma mó. Maldisse a rainha:

*“Adeus Ródão, adeus Ródão,
Cercada de muita murta
E terra de muita puta!
Não terás mulheres honradas,
Nem cavalos regulados,
Nem padres coroados!”* (Soromenho, 1965:437).

h) Possessão

A possessão é a presença de um espírito no corpo de um sujeito e o respectivo controlo deste. Entendemos aqui como espírito não a parte nobre do ser humano mas o princípio que se separa do corpo, depois de morto. Alma e espírito são conceitos diferentes. Na tradição popular qualquer indivíduo pode ser possuído por um espírito e nunca por uma alma. No dizer de Espírito Santo (s/d: 195):

“as mulheres não têm espírito, ou a sua alma não pode tornar-se em espírito. Estes, possessivos assombradores de casas ou de caminhos, são sempre espíritos de homens. Nunca se ouviu falar do espírito de uma mulher que tenha voltado para assombrar a sua casa...”

Nesta região encontrámos várias referências a espíritos de mulheres. Os espíritos atentam os vivos e manifestam-se sob diversas formas.

Os espíritos que atormentam e possuem uma qualquer pessoa, segundo os três videntes que ouvimos (Castelo Branco, Ladoeiro e Lisga), 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”.

No que concerne à importância das promessas, diz um dos videntes que “a promessa nunca morre, cada um que faça uma promessa que a venha cumprir. A promessa está à espera que seja cumprida por uma pessoa de família até à quinta geração. Em passando da quinta geração então já pode ser por outra pessoa qualquer”.

Relativamente à relação entre a imprescindibilidade do cumprimento das promessas e a saúde mental contaram-nos o seguinte caso. “Havia ali uma pessoa de Monfortinho e também diziam que andava com um espírito e passou-lhe mas teve que cumprir uma promessa na Senhora do Almutão. Pelos vistos a mulher estava completamente louca até andava de costas de rastos no chão da igreja. Diziam então que era ou o sogro ou a sogra dela e que o requereram e ele [espírito] então disse que era uma promessa, tinha prometido dar uma volta com o carro de bois ao arraial da Senhora do Almutão e foram lá um ano com o carro, ela e o marido, mas que não deram bem a volta, que faltou um bocadinho e então vieram para casa e dizem que quando chegaram lá a casa dela que logo ouviram uma voz “outro ano de penitência” e depois outro ano foram lá deram a volta como é dado e a mulher pôs-se boa. Está boa hoje”.

Quando o espírito entra numa pessoa, e pode ser mais que um (Vilar de Boi), tem por objectivo o controlo completo do indivíduo. Como ouvimos, “dizem que foi um espírito que entrou nele porque ele às vezes fazia coisas como fosse outra pessoa”. Nesta perspectiva a loucura é gerada pela ocupação do corpo por um espírito que lhe é alheio. Isto é, o corpo é o que todos conhecem alterando-se apenas a intervenção social do sujeito que passou de previsível a imprevisível. Passou a ter um comportamento estranho aos olhos do grupo. É um corpo gerido por uma mente que lhe é estranha.

Os videntes associam, frequentemente, o espírito invasor ao de um familiar ou de um vizinho próximo. Um dos informantes esclareceu: “cheguei a levar o João à bruxa. Só me disseram aldrabadas. Estorei um par de patacos com isso e nenhum deu certo. Cheguei a levá-lo ao Jacinto. Levei-o também a ... longe, entre ir e vir e um jantar que lá tivemos foram mais de 30 contos. Ele disse que era o espírito da avó paterna. Deu-lhe uns medicamentos para lhe dar soltura. Fomos a outro e ele disse «olhe é uma pessoa que anda em cima dele. Olhe, agora vamos trabalhar nisso para ele desaparecer dele para fora». Disse que era uma pessoa de família que andava em cima dele, um tio”.

São vários os meios através dos quais os espíritos entram no corpo, quase sempre pelos orifícios naturais. Em Tinalhas, segundo Jorge (1996:324):

“a mulher só lavava a cabeça quarenta dias após o parto e no primeiro mês não saía de casa, pois ficava com o corpo aberto, o que a tornava muito vulnerável a espíritos...”

Esta realidade era comum a outras comunidades do sul da Beira Interior.

O diagnóstico da situação, a identificação do espírito que ocupa o indivíduo e a prescrição para a cura são sempre feitos pelo vidente. O vidente é o intermediário entre o espírito usurpador e o sujeito ocupado ou um seu representante. Disse-nos um informante: “levei o António à Rosa do Adro, ao Rossio de Abrantes. E ela lá fez aparecer um irmão meu a falar, a dizer:

- Perdoa-me, perdoa-me. Mas eu não creio muito nessas coisas.
- Eu sou o António, perdoa-me, mas eu esqueci-me de perguntar o que perdoava.
- Eu perdoo tudo. Disse eu na atrapalhação.
- Obrigada, obrigada. E desapareceu”.

Pudemos constatar, durante o trabalho, que os videntes atribuem sempre a doença mental ao domínio do indivíduo por um espírito.

i) Mistela e outros venenos

É designado por mistela o sangue menstrual simples, ou adicionado a outros ingredientes, e tem como objectivo prender afectivamente o rapaz que o ingeriu à rapariga produtora do fluido. Demos conta de ser esta prática conhecida, e aceite a sua eficácia, no sul da Beira Interior.

Mário Lima (1982) utiliza, para esta mesma realidade, o termo encantamento. Nós preferimos o termo mistela, por ser o utilizado em todo o sul da Beira Interior.

Em muitas comunidades foram apontados casos de loucura que terão tido, na explicação popular, esta origem.

O sangue menstrual é o elemento essencial da mistela. Nalgumas comunidades juntam a este fluido raspa de unha. Somente em Penha Garcia nos falaram da quantidade necessária, “três gotas de sangue”. É sempre utilizado um líquido (vinho, água, gemada ou qualquer outra bebida) como veículo do sangue menstrual.

A quase totalidade das pessoas que abordaram a composição da mistela fizeram-no com pouco à vontade, o que não acontecia com as restantes temáticas da entrevista, e quase sempre à segunda tentativa, após termos fornecido pistas de que estávamos na posse do “segredo”. O assunto é nitidamente tabu.

A mistela é administrada pela rapariga, ou pela sua mãe, ao rapaz que lhe convém para marido, “para o prender”. A rapariga dava o produto a beber, quase sempre, quando “desconfiava que ele a queria deixar”.

Como consequência da ingestão do produto o rapaz ficava preso à rapariga, em estado de “ficar rendido”, se a dose fosse a indicada. Na perspectiva dos informantes, o que geralmente acontecia era o rapaz “ficar maluco” porque a dose era excessiva. Ou então, dava-se uma alteração do comportamento do rapaz que de alegre e extrovertido passava a triste. Estas alterações de humor e comportamento são também referidas por Espírito Santo (s/d: 166). Frequentemente, após a ingestão da mistela o rapaz passava a “deitar bichos do corpo”.

O diagnóstico da situação e a prescrição da terapêutica eram feitos por um “bruxo”. A terapêutica consistia na administração de um contra-veneno, com propriedades eméticas e/ou laxativas, com o objectivo de expulsar o mal. Relatamos a seguir um testemunho recolhido na área de Perna do Galego. “Tive aqui um serrador que era um rapaz novo, solteiro, namorava uma rapariga aqui no Mosteiro e casou com ela e ele desconfiou que foi essa, mas não devia ter sido essa. ’

... Um dia à noite disse que não andava bem e disse assim para a minha mãe:

- Ó senhora Maria eu vou à minha terra, ando muito doente, vou à minha terra. Mas não foi. Foi a uma benzilhona e que lhe disse que lhe tinham dado, uma rapariga, uma mistela e depois sabe o remédio que ela deu? Beber um litro de aguardente e comer um pão centeio. E o bom do homem, isto visto por mim, comeu o pão centeio e bebeu o litro de aguardente e depois deitava da boca dele para fora como fosse carneiros desses do estrume, mas muitos nem queira saber. E essa mulher disse que ele estava

envenenado. A rapariga deu-lhe aquilo para o prender. Ele namorava com ela mas também namorava com outras e quis fugir dela. Ele vomitou foi aquilo tudo. Depois andou uma temporada doente e depois ficou bom. Isto já tem sucedido aí a muitos. Os gajos ficavam doidos”.

Na Zebreira foi-nos noticiada uma situação, a única, em que foi o rapaz o protagonista. Assim, “no Rosmaninhal havia lá um rapaz que gostava de uma rapariga e a rapariga não gostava dele e ele andava sempre atrás dela a dizer que haviam de casar os dois e deu-lhe uma coisa a comer e ela depois de comer isso dizem que ficou maluca e que em certas alturas deitava do corpo, quando andava mais mal, bichos e cabelos da boca e que se abriam buracos no corpo”.

Em Penha Garcia recolhemos também o seguinte depoimento. “Quando eu era nova, urna vez, deixei estragar uma laranja porque o rapaz que ma deu meteu a laranja no bolso, e comprou-ma a mim! Quando um rapaz me dava uma coisa eu guardava-a por causa de dizerem essas coisas. Os rapazes fazem isto, os rapazes fazem aquilo”.

Durante o trabalho de campo não conseguimos identificar o produto que os rapazes davam a comer, ou a beber, à rapariga, além da laranja.

Fazia parte da educação informar os filhos adolescentes e casadoiros sobre os perigos a que se expunham ao ingerir alimentos dados por raparigas ou mulheres. “Uma vez uma rapariga deu uma laranja ao meu irmão e ele chegou a casa e deitou-a para baixo da cama, não a comeu; e que depois passou uma sexta-feira e ele foi ver a laranja e estava cheia de bichos”.

Outro depoimento. “Quando eu era novo já andei apanhando uma coisa destas. Eu é que não comi o bolo. Se eu o como apanhava uma coisa dessas. Pus o bolo em cima de uma prateleirinha, no quarto, e no fim de uns dias estava cheio de bichos”.

O médico Mário Lima (1982:65) descreve o caso de um doente psiquiátrico de Proença-a-Nova que:

“atribuiu a sua doença a uma bebida oferecida por uma rapariga com intuitos sedutores e que lhe provocou o aparecimento de «bichos com cabelos dentro do corpo», causa de todo o seu mal-estar”.

Esta realidade é comum a muitas outras regiões do país. O antropólogo Pina Cabral (1989:204) menciona situações semelhantes no Minho onde mulheres solteiras e casadas dão aos homens, da sua preferência, a dita poção no sentido de os conquistar ou preservar o seu amor.

O significado simbólico que este investigador atribui à menstruação é o da associação “à impureza e à cupidez, isto é, a tendências anti-sociais cuja difusão instauraria o caos na sociedade” (Cabral, 1989:123).

Parece confirmarem-se os malefícios atribuídos ao sangue menstrual. Anabela de Sousa (1994:95), num trabalho sobre esta temática, escreve que:

“na realidade, a composição do sangue menstrual, atestada cientificamente, possui uma toxina específica, a «menotoxina», que quando injectada em cobaias lhes pode provocar a morte, o que terá levado alguns biólogos a interrogarem-se sobre a influência das «emanações» menstruais nas práticas culinárias ou nas flores”.

Como escrevemos, é relativamente comum ouvir histórias tendo como centro uma laranja dada por uma rapariga a um rapaz. Ele, já avisado, guarda-a, não a come, e ao fim de três dias está cheia de bichos.

Os informantes quando solicitados a exemplificarem vítimas destes “venenos” mencionavam doentes diagnosticados com esquizofrenia.

j) Menstruação e contacto com água

A bibliografia especializada caracteriza o período menstrual como o de proibições intensas para o quotidiano da mulher. Nesta parte do trabalho interessa-nos a menstruação como causa da doença mental.

Aceita-se em todo o sul da Beira que “uma mulher menstruada não se pode lavar porque pode ficar doida”. Este interdito é extensível a qualquer outro contacto mais prolongado com água. Na Bairrada, a proibição/perigo restringe-se à lavagem da cabeça. Em Penha Garcia foi-nos descrito o caso de uma rapariga menstruada que “andou a lavar a casa, num domingo, lavou tudo e depois subiu-lhe o sangue à cabeça e ficou maluca”. Em Tinalhas, Jorge (1996:325) refere que: “nos dias em que a mulher está menstruada não pode lavar o corpo, excepto as mãos e a cara, «pois corre o risco de ficar doida”.

O mecanismo que activa a doença mental é a subida do sangue menstrual à cabeça. Em termos simbólicos é a invasão de áreas puras (cabeça) pelo impuro, protagonizado pelo sangue menstrual, porque a menstruação surge associada à noção de impureza (Cabral, 1989). Outra interpretação possível é a interdição de pôr em contacto o puro (água) com o impuro (sangue menstrual), os extremos. A purificação que o banho significava ficaria perturbada pela presença do sangue menstrual.

l) Parto

O parto era, até há pouco tempo, um momento de elevado risco na vida da mulher. Para se proteger, a si e à criança, a mulher tinha que cumprir um complexo conjunto de ritos, designados por Gennep (1978) de rituais de protecção.

É crença comum que neste período a mulher se encontra excepcionalmente vulnerável a distúrbios, de vária ordem, onde se incluem a loucura e a posse do seu corpo por um espírito.

Esta origem é mencionada pelas doentes ao médico psiquiatra, nas consultas.

Registaram os médicos: “depois do parto fiquei muito nervosa”. Disse outra: “apanhei esta coisa no parto do meu menino que morreu”. E outra ainda: “os nervos que tenho partiram do medo que tive quando nasceu o meu filho”.

Os elementos colhidos no trabalho de campo são mais completos e especificam que “há mulheres que ficam doidas depois de parirem os filhos porque dizem que o parto lhe sobe à cabeça”, ou “dizem que foi o sangue que subiu à cabeça e se o sangue sobe à cabeça a pessoa fica maluca ou morre”. O parto pode subir à cabeça em virtude do não cumprimento das proibições socialmente prescritas. Assim: “depois do parto era preciso a gente guardar-se o mês inteiro e quem não se guardasse o mês inteiro podia apanhar qualquer coisa. Havia aqui uma mulher que só lhe faltava um dia para acabar o mês, comeu um bocado de chouriça, ou de farinheira, e daquela morreu. Outra que só lhe faltava um dia para o mês e pôs-se ao sol, de inverno, sobre o mato que as ruas tinham e depois morreu. Agora toma-se os medicamentos e a gente fica limpa”. Ou ainda: “o parto sobe à cabeça porque a gente depois de ter o bebé não podia tomar banho durante sete dias”.

O parto e o período de puerpério estavam sujeitos a um vasto e complexo sistema de interdições que não se confinavam às mencionadas.

Cremos que os mecanismos que provocam a doença mental são semelhantes aos observados para a menstruação e para os contactos com a água. Isto é, a invasão de áreas nobres por excreções corporais poluentes, sangue derramado durante o parto.

m) “Ataque de bichas”

Apenas em Penha Garcia registámos o facto das parasitoses intestinais poderem provocar patologia psiquiátrica. “Antigamente havia muitos ataques de bichas mas agora não se fala nisso. As pessoas punham-se a tremer, a tremer e ficavam como mortos.

Para os curar davam-lhe chá de hortelã”. Não identificaram casos actuais de indivíduos cuja patologia psiquiátrica tivesse esta origem.

n) Quedas /violência física

As quedas, com traumatismo crânio-encefálico, e a violência física são tidas como factores etiológicos da doença mental. Em Perna do Galego fomos alertados que “é muito fácil perder o juízo, basta bater com a cabeça algures quando se anda bêbedo”. Isto é, o traumatismo crânio-encefálico é agravado, ou unicamente perigoso, enquanto bêbedo. Na ficha de um doente residente em Póvoa da Atalaia pudemos ler: “desde que tive a pancada na cabeça que não tenho alegria”. Referindo o caso de uma doente de Oledo “dizem que foi uma malha que lhe deram”. No Rosmaninhal pudemos ouvir o historial de uma senhora que “endoideceu devido aos maus tratos que o homem lhe dava; até a chegava a dependurar pelos pés na trave da casa”.

O jornal regional Povo da Beira (nº103, 26.9.95:3) noticiou o seguinte caso:

“Há pouco mais de oito dias zangou-se com a mulher e não esteve com meias medidas. Numa noite, e como não deu com a mulher em casa, dirigiu-se a outra sua casa e deitou-lhe o fogo pensando que a mulher estava lá dentro. ... A senhora não sofreu danos físicos, mas diz o povo que ela já não está bem da cabeça com tantas que o marido lhe faz até porque, ultimamente, ela tem permanecido internada no Centro de Saúde Mental”.

o) Consumo de álcool

Até há poucos anos o vinho e a aguardente eram as bebidas alcoólicas mais consumidas no meio rural em causa. Os homens faziam-no em grupo e, frequentemente, nas adegas de cada um. No Domingo, dia em que não trabalhavam, juntavam-se depois da missa e passavam o resto da tarde a andar de adega em adega. Os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas estavam, e estão, profundamente arraigados na população e ainda deparamos com vários falsos juízos relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em Vilar de Boi conhecemos outra causa para a loucura que consiste na proibição em manter uma luz acesa na mão enquanto se ingere um copo de vinho. Quem o fizesse dizia-se que bebia o juízo e ficaria louco.

Esta prática foi referenciada também em Benquerença, fora da área em estudo, por Lopes Dias (1953:227 ou 1966:274) que refere:

“Não se deve beber vinho com uma candeia, lanterna, candeeiro ou outra luz acesa, na mão, porque, quem tal fizer, perde o juízo (endoidecerá). Por isso quem vai beber e tem uma luz acesa na mão, passa-a a outrem ou poisa-a no chão antes de levar o copo à boca”.

Esta prática leva-nos a questionar se não terá esta norma funcionado como medida de prevenção de incêndios? Se o indivíduo fosse à adega e consumisse bebidas alcoólicas, em excesso, com uma lanterna na mão, ou candeeiro, poderia cair incendiando-se a si e à casa.

Em Perna do Galego é também conhecida esta prática mas com desfecho diferente. Dizem que quem beber um copo de vinho com uma luz acesa na mão “quando morrer vai com a gaita direita”.

No trabalho de campo pudemos constatar que não é o consumo excessivo de bebidas alcoólicas que conduz o indivíduo à loucura. Segundo a nossa população “o perigo está nos pais gerarem filhos quando estão bêbedos”. Os filhos concebidos nestas condições irão sofrer de doença mental, quase sempre debilidades.

No vocabulário e expressões recolhidos nesta região encontrámos duas expressões que imputam directamente às bebidas alcoólicas a psicopatologia. Assim, “a mulher e o vinho tiram o homem do juízo” e “a mulher e o vinho fazem um homem tontinho”.

A literatura oral desta área, ao nível do conto, está repleta de casos referentes a intoxicações etílicas agudas onde está bem patente a alteração do estado de consciência dos protagonistas (Belo, 1985).

p) Hereditariedade

A importância do factor hereditário no desencadear da doença mental só foi bem referenciada nas entrevistas que realizámos. Nem nas monografias locais, nem na literatura oral, nem nos jornais consultados há referências directas à importância do factor hereditário no desencadear da doença mental. Nas fichas dos doentes encontrámos um único registo com menção clara desta etiologia ter sido verbalizada no acto da consulta: “informa o marido «os nervos foram sempre desde o início, já a mãe dela tinha o mesmo mal» “. Não temos dúvidas que muitas mais vezes o doente, ou um familiar próximo, o deve ter afirmado, mas faltam-nos no registo do médico as palavras do doente. Sendo assim, contaremos, essencialmente, com o material recolhido durante as entrevistas. É consensual, no sul da Beira Interior, a valorização do factor hereditário no desencadear da doença mental.

São várias as denominações que a população utiliza para designar o factor hereditário. As mais significativas são “vir de geração”, “vir de herança”, “vir de trás”, “vir na massa do sangue”, “vir de sangue” e “vir de raça”.

Em cada comunidade foi-nos referido um ou mais casos de patologia psiquiátrica herdada dos pais, segundo informam. Mas este facto, ainda que mencionado e exemplificado, não era sobrevalorizado pelos entrevistados, excepto se os pais fossem primos. “É que quando casam primos com primos nascem os filhos malucos” e aqui, dizem-nos em Oledo, “cortavam um pouco isso”. “Aqui nem casavam primos com primos, já não casavam, eram as pessoas que não queriam, mas até certa altura penso que os padres também não aceitavam” ouvimos no Rosmaninhal.

Ainda sobre o casamento entre primos, em Perna do Galego, ouvimos o seguinte depoimento: “À isso por aqui é a maior miséria, olhe temos logo ali um na nossa frente, aquela casa além. Isso de casar primos com primos deve ser a coisa pior que deve existir. As minhas irmãs, eu tinha primos bons, mas a minha mãe sempre lhes pediu a elas para não casarem com primos. Isso é a coisa pior que existe cá. Cá muita gente é mental [doente] vem daí dessa coisa. Isso devia ser proibido no Registo Civil. Olhe esta senhora aqui os bisavós eram primos inteiros, os avós eram primos inteiros, o pai casou primo inteiro e este tornou a casar primo com primo. Casaram quatro gerações só com primos e os filhos nasceram malucos. São todos um pouco atrasados, nem se casam. O nosso sangue e o dos nossos animais quer ser trocado. Agora os filhos dela já nenhum quis casar com família é que as pessoas aí começaram a dizer «então andais doentes porque vós casais com família».

Em Zebreira nada impedia o casamento entre primos, “as pessoas não se incomodavam. Mas, na Torre ninguém casava com uma pessoa qualquer, só casavam primos direitos com primos direitos por via dos herdos e não havia malucos, só lá senti um”.

Em Vilar de Boi e Perna do Galego defendem que o perigo é maior se os filhos de irmãos, do sexo masculino, casarem entre si. Nesta situação os netos “nascem tontos”. Em contrapartida, se os filhos de um irmão e de uma irmã casarem entre si (primos) o perigo é menor.

Já registámos uma das várias razões que leva ao casamento entre primos, “por via dos herdos”. Outras vezes, “essas pessoas já não têm pretendentes vêem-nas já assim atrasadas e não querem casar com elas, depois juntam-nos. Um rapaz assim [atrasado]

fala a uma cachopa e não o quer e depois fala a uma prima e como já é tudo atrasado casam uns com os outros”.

q) Droga

O fenómeno droga é relativamente novo na sociedade rural desta área. Os primeiros artigos nos jornais regionais, focando o tema, remontam aos finais da década de setenta. É um problema que até há poucos anos chegava, essencialmente, pelos meios de comunicação social.

Actualmente, após a divulgação e a democratização das drogas, não é raro associar a origem da doença mental ao consumo de droga. Esta associação é feita pelos grupos onde o doente se insere, família e comunidade. Droga, nestas circunstâncias, é entendida em sentido lato, sem especificação do produto.

No passado, muitos casos de doença mental atribuídos a outra etiologia são agora atribuídos à droga, devido ao comportamento estranho ou anti-social do consumidor. A esquizofrenia é a doença mais associada à droga, devido à sintomatologia alarmante que produz e à idade em que irrompem os primeiros sintomas.

A droga surge sempre associada a pessoas jovens, logo “se [as alterações do comportamento] forem numa pessoa mais velha dizem que está maluco agora se for mais novo, dizem logo que é drogado”.

Se o jovem saiu da comunidade, para estudar por exemplo, e regressa doente é frequente, ouvir “até diziam que lhe tinham dado lá droga, agente não sabe, ele andava lá em Coimbra”. Noutra situação, uma jovem foi para a Suíça com a família. Neste país ficou doente e regressou à terra natal. A população, que sempre a conheceu saudável, atribuiu a doença ao consumo de droga, “lá fora”.

Este diagnóstico, contrariamente a outras etiologias, é feito pela comunidade onde o doente se insere e não pela bruxa.

As comunidades rurais, desta região, ainda não têm soluções eficazes para a resolução dos problemas criados pelo fenómeno da droga. Por isso, recorrem aos mesmos terapeutas (videntes/bruxas) e usam as mesmas terapias de outras patologias. Este facto deve-se à novidade do fenómeno.

r) Momentos traumáticos na vida do sujeito

Incluimos nesta rubrica quatro subrubricas, relativas a um conjunto variado de situações fortemente traumáticas, para o sujeito que as vivenciou, e passíveis de provocarem

alterações de comportamento. O desajuste acaba por ser uma reacção do indivíduo ao acontecimento traumático.

Perda e separação de um ente querido

Demos conta, nos casos recolhidos, que a perda de um membro da família nuclear levou à perturbação significativa de um dos restantes elementos deste grupo. Assim: “[desde a morte do filho] os nervos subiram-me à cabeça”; “ficou assim [louco] depois dos pais morrerem, ficou sozinho”; “o homem variou depois da morte da mulher, já era pouquinho, mas desde a morte dela deu em ter fúrias”; “apanhei a doença depois da morte de minha mãe”; “desde a morte da mãe que ficou muito apaixonado”, informa um pai acerca do filho. Relativamente à separação, a saída dos filhos da casa paterna também provoca o desequilíbrio na saúde num dos membros do casal. Assim: “desde que minha filha casou e por ter ido para França eu ando triste, com uma impressão na garganta, um aperto e não durmo bem”; ou “comecei a ficar assim quando os filhos saíram de casa”.

Hospitalizações e tratamentos

Diz a população que a saúde é o nosso melhor bem. A estada num hospital e os tratamentos destinados a recuperar a saúde são, frequentemente, momentos marcantes na vida de um indivíduo podendo, só por si, provocar psicopatologia. “Isto dá-me desde que o meu sogro foi internado num hospital”. “Isto começou quando fui ao Tramagal, a um médico, fazer tratamento com agulhas, era medo que eu tinha”. “[Refere o marido] diz ter arranjado a doença de nervos quando esteve hospitalizada”. “Os problemas começaram depois de uma operação ao rim”. Segundo escreve O Povo da Beira, (nº127, 12.3.1996):

“A sexagenária não andava bem e segundo alguns vizinhos, desde que foi operada por vezes saía de casa sem destino, ... punha-se a andar fugindo de casa”.

Problemas familiares diversos

Continua a ser a família, por circunstâncias diversas, o principal agente perturbador do indivíduo. É esse o teor dos seguintes testemunhos: “o meu marido é um borracho, isto é tudo por causa dele”; “sou nervosa desde que casei”; “doente dos nervos há cerca de sete anos, logo depois que casei”; ou:

“... tinha de há pouco tempo para cá uns problemas com a família a quem se ligou, o que o fazia viver perturbado mentalmente” (Ecos da Sobreira, nº72, 25.6.1978).

Ou ainda:

“...recebera de um sobrinho a incumbência de o representar em assunto de partilhas, que não terão corrido de modo a satisfazer os princípios morais do senhor Silva. E talvez por isso, a partir daí o honrado cidadão passou a andar acabrunhado e muito pensativo, até que a 22 do passado mês de Novembro pôs fim à sua limpa existência...” (O Concelho de Vila Velha de Ródão, 27.12.1984).

Neste recorte sublinha-se a importância da honra e da partilha de bens herdados para o equilíbrio psíquico do sujeito.

Outras etiologias

Sob este título, agrupamos um conjunto diferenciado de causas que na versão popular terão provocado doença mental: o forte controle social exercido nas aldeias, “ficou assim desde que na terra falaram dela que anda com outros homens”; a violação pelo padrasto; a descoberta de que o cônjuge tem amante; a doença de um qualquer familiar; os “muitos problemas na vida”; o acumular das “arrelias”, das “inquietações”, das “apoquentações”, e ainda “apanhei os nervos uma vez que estava a tirar água de um poço, para regar, e cai lá dentro”. Regista também o jornal local Ecos da Sobreira (nº72, 25.6.1978):

“... como os demais refugiados era particularmente notório nele o desânimo de ter deixado a vida que teve durante vários anos e os seus haveres produto do seu trabalho honesto. Terá sido esta a razão porque há cerca de dois meses vivia perturbado mentalmente...”

O mesmo jornal, Ecos da Sobreira no nº 205 de Fevereiro de 1992 e números anteriores, relata o caso de um assalto a uma residência, com roubo, destruição e tentativa de incêndio que levou a vítima a necessitar de internamento num hospital psiquiátrico, onde faleceu.

Daqui, podemos concluir quão viva e intensa é a vida social das pequenas comunidades rurais e em particular a importância e a profundidade com que é vivida a relação familiar, e aqui “família” extravasa, frequentemente, o conceito de família nuclear.

s) Actividade intelectual

As actividades que exigiam esforço físico eram dominantes, na área rural a que este trabalho diz respeito. O indivíduo com actividade intelectual intensa estaria sujeito a uma maior probabilidade de contrair doença mental, “por ficar com os miolos feitos em água”. Em Montes da Senhora e Almaceda apontaram o “muito estudar” como causa para a doença psiquiátrica.

De forma geral, as causas aqui encontradas são diferentes das descritas por Bernardo (1984:24). Este autor agrupa as etiologias concorrentes das doenças mentais em oito grandes grupos, tendo em conta a ciência médica moderna. Mesmo assim, algumas das causas registadas sobrepõem-se às que foram aqui inventariadas, enquanto as de carácter sobrenatural, mágico (administração da mistela) e místico (violação de tabus como as práticas ligadas ao parto e à menstruação) extravasam aquelas.

O investigador Carvalho (1994:74) defende que as doenças:

“têm sempre duas origens, a material e a espírita. Uma existe nesta realidade, a que vulgarmente se chama de real; a outra existe noutra realidade, a que os racionalistas chamam de superstição”.

Relativamente às práticas inventariadas por Lima (1982) encontrámos apenas material integrável naquilo a que aquele autor chamou maldição, possessão e encantamento.

Na História da Vida Privada (Ariès, 1990:282) lê-se que:

“entre as loucas há muitas apaixonadas abandonadas, mal casadas, mulheres enganadas, mães de luto pelos filhos. A loucura masculina parece mais ligada às lides da existência pública ou profissional...”

Constatamos que estas causas não são muito diferentes das registadas nas fichas de doentes ou na imprensa regional.

2.1.2. Sinais manifestos

Na linguagem corrente o sintoma ou sinal de uma doença é a manifestação que algo está mal no sujeito.

O sintoma, no vocabulário médico, reporta-se quase sempre às queixas do doente. Os detectados pelo médico durante a observação são designados de sinais (Wingate, 1977).

Numa primeira tipologia o sintoma pode ser classificado em subjectivo e objectivo. É subjectivo se for sentido pelo próprio doente. É objectivo se for observado por quem o rodeia.

Nesta área do trabalho focaremos os sinais e os sintomas objectivos, referidos pelos sujeitos que integram o grupo social do doente (família e comunidade). Sendo assim, os sinais mencionados estão na área da relação do doente com o grupo social e vice-versa.

Durante a análise das causas atribuídas à doença mental, dos tratamentos propostos pelos terapeutas e dos sinais tivemos oportunidade de constatar que estes últimos são o único aspecto comum entre a medicina científica e a medicina popular.

Veremos que os sinais/sintomas raramente determinam os tratamentos propostos e que apenas um sinal ou sintoma é insuficiente para uma população apelidar qualquer dos seus membros de louco.

Por questões de operacionalidade, apresentamos os sinais divididos em seis grandes grupos: atentados ao pudor; agressividade (auto e hetero); fugas; cantar, rir, falar e gritar; desrespeito às hierarquias e atitudes irracionais. Uma mesma situação de doença pode apresentar sintomatologia de diversos grupos. Estes grupos acabam por integrar a quase totalidade dos sinais e sintomas inventariados.

a) Atentados ao pudor

Nos atentados ao pudor predominam duas referências tipo: os indivíduos que se desnudam na via pública e os que exibem os órgãos genitais, acriteriosamente. No primeiro grupo foram referenciados indivíduos do sexo feminino e no segundo apenas sujeitos do sexo masculino. Relativamente ao primeiro grupo, o observador, hipervaloriza a cena observada. No segundo a cena não é muito valorizada.

No jornal Notícias da Nossa Terra (nº230,12.1971), o autor do texto escreveu o seguinte:

“O caso é, antes de mais, um caso de moralidade pública, pois a doente não tem pejo algum em se despir na rua, na frente seja de quem for, inclusivamente de crianças... não se importa em que a sua intimidade feminina seja violada pelos olhares estranhos...”

É frequente ouvirmos expressões como: “até se punha nua”; “quando chovia andava em coiro a chapinhar na água”; “ela saía de noite em coira”.

O homem perante a desinibição sexual da mulher, na via pública, parece temer a situação e recua perante uma iniciativa que não partiu dele. Conta-nos um dos informantes: “outra vez aqui em Idanha, por acaso fui a Idanha nesse dia, disseram-me assim uns senhores «então você é lá do R... ?». «Sou». «Então porquê?». «Olhe, anda ali uma senhora com uma saia preta e já viu o que ela aqui faz? Abre a saia, mostra-nos as cuecas, amostra tudo». «Ah, não façam caso que essa mulher é doente». «A gente já viu que ela é. Pôs-se ali no largo...». «Então onde ela está?». «Olhe foi para ali». Mas ela viu-me e conheceu-me logo e eu disse-lhe «o que é que andas aqui a fazer?». Diz o

Tonho do Carro, que é o taxista, «veja lá se a convence, levamo-la». Depois disse-lhe: «vai lá para ali. Lá veio e lá a convencemos e lá a trouxemos então para cá».

O segundo tipo de situações é protagonizada por homens, em consequência do corte que os separa da realidade. As queixas, quando surgem, são de mulheres, ainda que estas sejam suficientemente tolerantes. "O Tonho da Moita Recome mijava em frente das mulheres". Dizia-nos o familiar de um doente: "outro problema é ter a casa de banho em casa e sair de casa e ir mijar à rua. Põe a tralha toda de fora e não se incomoda que venha mulheres, homens ou quem quer que seja".

O acto de se denudar na via pública e a exibição, acriteriosa, dos órgãos genitais é um dos critérios que a nossa população utiliza para delimitar o louco do não louco.

b) Agressividade (hetero e auto)

Os casos de violência protagonizados pelo doente mental, e referidos pela população em geral, têm como alvo, maioritariamente, o interior da família nuclear do doente. Nos exemplos recolhidos durante as entrevistas, e sempre que conhecíamos os doentes, pudemos identificar os doentes psicóticos como autores da violência. Foi-nos referenciado um número de casos de hetero-agressividade superior aos de auto-agressividade.

Dizia-nos o familiar de um doente: "houve aí um tempo que o meu João me abria navalhas para mim e me dava murros até dormia com navalhas ou com ferros aguçados à cabeceira, dizia que me havia de matar", e mais à frente, "começou a deitar-se a mim e uma vez arrancou-me dois dentes e noutra vez arrancou-me os colarinhos da camisa". A mãe de um outro doente, com quem também falámos, dizia-nos: "ele batia-me, apanhei tanta pancada dele". Noutro depoimento ouvimos: "o tio João Periquito também tinha fúrias. Batia à mãe dele. Uma vez lá dentro de casa queria matar a mãe e eu e outro rapaz tive que meter a porta a dentro e ele estava completamente em courinho, nu. E nós dissemos, «ó João nós não abalamos daqui e se tu tentares bater à tua mãe nós damos-te uma tarefa". Num outro caso "... o avô dele chegou à Castanheira, a uma capela, rasgou a porta da capela com um machado, tirou o santo para o chão e escavacou-o todo. Quantas árvores encontrou daqui até à capela cortava-as todas com um machado".

As nossas aldeias, antes da introdução e massificação dos neurolépticos, estavam repletas de histórias de violência muito marcantes, protagonizadas por doentes mentais. Estas vivências passadas continuam ainda hoje a povoar o imaginário popular.

São-nos referidas poucas situações relativas à auto-agressividade. Terão menor impacto junto da comunidade? Ou são em menor número? Não nos podemos esquecer que alguns destes actos teriam um desenlace trágico. Dizia-nos uma informante: "o Filipe ficou assim [com problemas físicos] porque atirou-se do Castelo de S. Jorge cá para baixo", e outra, "mas esta até se deitava da janela para baixo, aqui em casa". O jornal O Concelho de Proença-a-Nova (nº223, 30.4.1960) noticia: "*a infeliz não possui juízo, dando-se para se esfarrapar em qualquer lugar*".

Foram situações como estas que contribuíram para a criação de um estereótipo que associa loucura e violência.

c) Fugas

Entendemos por fuga a saída do sujeito de sua casa por um período indeterminado e, aparentemente, sem objectivo específico. Os informantes associaram as fugas a doentes com sintomatologia psicótica e a débeis mentais. Na imprensa regional foram múltiplas as referências encontradas a este tipo de sintomatologia. Uns noticiando o desaparecimento de indivíduos de suas casas e pedindo, simultaneamente, a colaboração de todos na sua busca. Como fez o jornal a Reconquista (nº2648, 13.12.1996):

"Desaparecido de casa há cerca de 15 dias -

Desapareceu de casa de seus pais, no Fratel, Vitor Sequeira Pires. O indivíduo, de cerca de 45 anos, sofre de problemas mentais e ausentou-se, inesperadamente da freguesia no dia 1 de Dezembro. O caso foi, entretanto, comunicado à GNR de Vila Velha de Ródão que já efectuou várias buscas, até ao momento sem êxito.

... Quem der conta da sua presença, a família agradece que comunique para ...".

Outros, mencionam situações de doentes mentais onde a fuga de casa era uma constante. Como escreve o jornal Notícias da Nossa Terra:

"Todo o dia este homem palmilhava caminhos de pau e manta às costas, resmungando contra as pedras do caminho" (nº105, 15.5.1965); "a Maria dos Anjos nos seus ataques de demência foge para a rua, vencendo todas as forças em contrário" (nº230, 12.1971) e ainda, "traz sempre em aflição os seus pais, porque foge da sua residência" (nº158, 1.10.1967).

As fugas de casa são também motivo para atitudes específicas para com o doente:

“Tenho de o amarrar com uma corda, por muito que isto me custe. - E chora. - Se não ele foge perde-se... e isso já aconteceu” (Povo da Beira, nº98, 22.8.1995).

As fugas de casa preocupam de sobremaneira os familiares do doente por desconhecerem o seu paradeiro, com a conseqüente ausência de controlo dos seus actos e da sua protecção. Como ouvimos em determinada ocasião, “no Vale da Lousa estava um doente mental fechado, numa casa de milho como esta. Ele estava fechado porque fazia mal. Ao fim a guarda ou a lei proibiu [de ter os doentes mentais presos] ... e ele fugiu para a Pampilhosa. Fez um prejuízo que tiveram que pagar 40 contos, naquele tempo”.

No trabalho de campo foram-nos referidos muitos casos de indivíduos, com marcante sintomatologia psicopatológica, que vagueavam de terra em terra. Este facto era relativamente comum até às décadas de 40 e 50, tornando-se mais raro na actualidade. Alguns destes sujeitos tornaram-se figuras típicas de uma determinada região, como o Manuel das Pedras Brancas. Os doentes-mendigos, com estas características, viviam da caridade pública e, durante o Inverno, pela intensidade do frio e por vestirem pouca roupa chegavam a enfiar-se no interior dos fornos para se aquecerem e dormirem, o que espantava a população.

Das referências dos informantes respigamos: “[o doente em causa] faz uma circunferência, passa por Oleiros, Castelo Branco, sempre com uma saca às costas. Foi até encontrado em Castelo Branco a comer no caixote do lixo, este não pede nada a ninguém. Passa em Vila Velha de Ródão, Perdigão, Vale da Mua, sempre na estrada”; “andava fugido, chegou a andar oito dias sem aparecer em casa”; “olhe, numa noite ele era capaz de vir da Relva, fazer dez quilómetros, de noite”.

d) Cantar, rir, falar e gritar

Qualquer destas actividades nada têm de patológico se cumpridas no local, no momento e com a tonalidade adequada. Entretanto, se descontextualizadas e portadoras de elevada imprevisibilidade e estranheza podem ser sinal de psicopatologia, pelo menos assim o interpreta a nossa população.

Dizia-nos um dos informantes: “o rapaz aparecia-me já a cantar, a dar aos braços e ele não era assim. Deu-me em aparecer já naquele espectáculo”.

Os risos imotivados e/ou desadequados são outro dos sinais que se podem associar a doença mental. Como nos confessava o pai de um doente: “o meu rapaz ia pela rua

acima a rir-se, a rir-se, parece que eram quatro ou cinco pessoas a falar com ele”. Ou também: “ria-se com as cachopas, dizia que as queria namorar”.

Distinguimos “falar” de “gritar” pelo tom de voz usado. O falar é um dos factores a que se dá maior importância no estabelecimento da fronteira entre o normal e o patológico. O facto de “não ter uma conversa certa, não ter nada certo, é só parvoíces, é só asneiras” é praticamente um sintoma prodromico da loucura.

A comunicação verbal de um sujeito já diagnosticado, socialmente, com loucura pode ser desvalorizada. Isto é, o seu discurso verbal parece ter deixado de possuir o mesmo significado que teria se proferido por outro indivíduo. Não se tem em conta o que o louco diz, desvaloriza-se o significado da sua comunicação. Esta desvalorização atenua a conflitualidade latente entre o sujeito e a comunidade, preservando ambas as partes.

Durante o trabalho de campo demos conta de transtornos de linguagem identificados como afasia, “apenas pronuncia «quim», «trinta» e «quinta»” (Notícias da Nossa Terra, nº33, 4.1962), e coprolália, “esta senhora não se consegue controlar, vem para a rua diz asneiras, fala alto, fala em sexo. É só falar em sexo e por isso lhe chamam a Amélia Tonta”, ou, “a Emilia Pica Ô Boi falava muito mal; as pessoas depois até começaram a não lhe falar para ela já não falar; não era tanto tratar mal as pessoas, era mais falar mal”.

O facto de um indivíduo “falar sozinho” nada tem de estranho. Mas se o fizer na via pública, e com alguma frequência, pode ser considerado um sintoma de doença mental. Dizia-nos um dos nossos informantes a respeito do solilóquio: “este, gritar não grita, mas fala, fala, fala, sozinho”.

O falar em tom elevado, em local inadequado, pode ser já sintoma de rompimento com a realidade e, logo, de doença mental. Um dos padres que ouvimos contou-nos o seguinte episódio, passado durante uma cerimónia religiosa: “eu comecei a falar [durante a cerimónia religiosa] e ela começou também, alto, desordenado. Eu calei-me. Ela falou, falou, falou, e eu estava à espera que ela se cansasse. Vendo que não havia reacção, ela continuou a falar, nós [padre e paroquianos] estivemos, estivemos e depois eu disse «hoje estamos a ver que não podemos fazer o que fazemos nos outros dias cada um faça a sua oração, e acabou assim”.

O gritar, em situações inadequadas e frequentes, é uma ocorrência que surge associada, comumente, à loucura. Como nos dizia um padre “na missa falava mais alto que qualquer pessoa, gritava as respostas” ou “gritava na igreja e na rua”. O cantar,

o rir, o falar e o gritar em situações desadequadas são motivos para se ser olhado com desconfiança pelo resto da população.

e) Desrespeito para com as hierarquias

Viver em sociedade pressupõe uma determinada ordem e previsibilidade. Modelos hierárquicos, ainda que diferenciados, são uma constante dos grupos humanos e de outros animais.

Desrespeito para com as hierarquias é frequentemente observado em doentes diagnosticados, pela clínica, de psicóticos.

Aqui a hierarquia é identificada com o pai (autoridade familiar), o padre (autoridade religiosa) e a Guarda Nacional Republicana (autoridade do Estado). Os nossos informantes falaram-nos, e temos disso prévio conhecimento, da revolta dos doentes contra a autoridade familiar, quase sempre protagonizada numa das figuras paternas. Dizia-nos o pai de um doente: “respeitava-me, depois que se juntou com ela começou a deitar-se a mim... o que eu nunca me temi foi a ele.. ... Agora [com o tratamento] respeita-me mais”, ou “ele coitado... não lhe dava para respeitar pai nem mãe”.

A desobediência à autoridade religiosa foi noticiada, mais que uma vez, quando o doente perturbava um ofício religioso e era convidado a sair. “A P. grita na igreja e não obedece ao padre nem a ninguém. O padre diz-lhe para ela sair mas ela é que não quer”.

São várias as notícias de confrontos e desobediências à autoridade. A autoridade policial é aqui representada pela Guarda Nacional Republicana (GNR). Vejamos apenas um caso: “houve aí um outro que deu com uma cavaca num guarda republicano que teve que estar onze meses em Coimbra no hospital”, o que levou um dos informantes a dizer-nos, à laia de conclusão, “a guarda [GNR] também não quer nada com esta gente [doentes mentais]”.

f) Atitudes irracionais

Sob este título incluímos um conjunto variado de ocorrências que não cabem nos grupos anteriores. A irracionalidade é referida pelo grupo social do doente e não por ele porque, na sua perspectiva, não há irracionalidade nos seus actos. Irracionalidade é aqui entendida como incompreensibilidade pelo entendimento.

Os quatro primeiros casos, a seguir mencionados, referem-se a indivíduos cujo “única anomalia” é a persistência num determinado tipo de atitude incompreensível para o grupo. Estes personagens, perante o grupo social que os integra, estão numa situação

de fronteira entre a normalidade e a anormalidade. Nos casos restantes estão bem patentes sinais e sintomas, ainda que verbalizados por terceiros. Além destas ocorrências muitas outras poderiam ser também seleccionadas.

O primeiro caso refere-se a “um rapaz novo e inteligente que entrara num curso universitário de Física e começou a ter alterações de comportamento, que era ler dentro da cama com uma pilha, e a mãe não entendia”.

A segunda situação refere-se a uma “pessoa que esteve em França [nas linhas da frente da I Guerra Mundial]. Ele podia estar bem sentado mas nisto, de repente, levantava-se e gritava «fujam todos que eu mato toda a gente que eu vou buscar a minha espingarda de sete canos e mato toda a gente» e corria por aí fora direito a casa e depois no fim de um pouco sossegava”.

A terceira ocorrência é relativa a “um homem que diz a toda a hora que fala com Nossa Senhora e que vê Nossa Senhora, mas eu não encontro que seja doido, mas isso são coisas que se metem na cabeça da gente”.

O último caso é o de uma mulher a que “chamavam a Maria do Senhor, porque ela metia-se-lhe na cabeça, ela dizia que o Senhor lhe tinha feito um bebé. E então a gente perguntava «á senhora Maria então...». Ela fez o enxoval e tudo para o bebé. «Então como é que fez o bebé com o Nosso Senhor?». «Como eu fiz? Veio pelo telhado abaixo e depois fez-me um bebé». Era ela e outra, que também já morreu, que andava metida naquilo. Chegaram a comprar baetas que se usavam na altura e o bebé não apareceu. Tanto que agora quando alguém anda coisa nós dizemos «então nunca mais tens o bebé? És como a Maria do Senhor?». Esta mulher não era maluca só tinha aquela cisma que o Senhor lhe tinha feito um bebé e que ela também falava todos os dias com o Nosso Senhor. O homem dela morreu por causa destas cismas da mulher. O padre não fazia caso. Ela ia à missa como todas as pessoas e ele ainda brincava com ela. Ainda se punha assim «Então, ó senhora Maria quando o nosso bebé vem?». Aquele casal não tinha filhos. Tinham tido um mas morreu. Ela até teve uma doença e até lhe caiu o cabelo todo e até usava cabeleira postiça. Ela dizia aquilo mas já nem podia ter filhos”.

Em Notícias da Nossa Terra (nº72, 12.1963:3; nº152, 1.10.67:2) há referências a perturbações do silêncio nocturno por parte de doentes do foro psiquiátrico. Vejamos um relato relativo a uma dessas referências:

“Proença-a-Nova - o doido das Eiras lembrou-se, nas noites passadas, de dar concerto de pífaro pelas ruas da Vila às 4 da madrugada. O bom do homem despertou a muitos

com as melodias do costume. O mais engraçado é que chovia e estava escuro como breu. Boa serenata que os ouvintes se arregalaram de escutar aconchegando os cobertores por causa do frio. E o doido das Eiras ia tocando, não sentia o frio e sentia-se feliz... “.

A tranquilidade nocturna não é apenas perturbada pela ausência de silêncio mas também por outras situações. Senão vejamos. “Andava de noite a bater à porta das pessoas, de casa em casa, aquilo era um castigo que os vizinhos tinham”.

Associadas a doentes jovens, do sexo masculino, encontrámos várias referências ligadas à afectividade/sexualidade. Alguns exemplos. “Dava-se para se querer casar e ia falar às viúvas”, ou “um deles andava sempre a dizer que as raparigas lhe entravam pela fechadura da porta”, ou ainda, “o João pôs a mania com uma professora, que já aí andou, a mania de a querer namorar, andou aí três ou quatro meses, mas a professora até já era casada e a professora tinha vergonha de não lhe estender a mão e ele ia lá para a escola e quando ela saía, era só para lhe apertar a mão, mas ela depois começou a dizer que não queria. Então pois ela era casada queria lá andar com aquilo atrás dela...”. O tipo de sinais que referimos a seguir é percebido, fundamentalmente, por quem vive junto dos dentes. Alguns deles são fruto da actividade alucinatória do doente. Diziam-nos os informantes: “eu na altura estava no arraial com minha mulher e ele dizia «já não quero ir, já não quero ir. Porque quando vou lá para diante só oiço malhos a cortar azinheiras»” e “depois andou muito tempo que não falava. Depois na hora em que falou disse «fulano e fulano não querem que eu fale», «mas és tu que mandas ou são outras pessoas que mandam na tua fala?», «não querem que eu fale e eu não falo», ele até me cuspiu para a comida, nem eu nem ele comia”.

2.1.3. Terapeutas e terapêuticas

Tentámos identificar os terapeutas, os tempos, os lugares e as técnicas de cura. Neste grupo, apenas incluímos as práticas terapêuticas que tinham, e têm, por finalidade tratar o indivíduo.

Durante o trabalho de campo tivemos oportunidade de constatar que no passado, relativamente recente, o doente mental nem sempre era alvo de tratamento. Os familiares nem sempre recorriam aos terapeutas existentes e, frequentemente, os videntes/bruxas e os padres recusavam-se a tratá-los devido à ineficácia dos meios que utilizavam.

A concepção minhota de doença, relativamente a quem trata, divide as doenças em dois grandes grupos: as de médico e as de não médico (Cabral, 1989; Cachadinha, 1993; Lobo, 1993).

As doenças de médico, também designadas por doenças de cá (Cabral, 1989:212), são doenças do corpo físico, como por exemplo um abscesso ou uma fractura. São doenças de médico porque se recorre a este terapeuta. Entretanto, em caso de dificuldade na cura ou no estabelecimento do diagnóstico há necessidade de uma intervenção sobrenatural.

As doenças do segundo grupo, as de não médico, são as que de alguma forma se relacionam com a psicopatologia é neste grupo que se inclui a doença mental. Os sintomas patológicos que caracterizam este grupo são, por exemplo, os delírios, as alucinações, os comportamentos maníacos ou depressivos, as bizarras ou outros.

Este grupo é caracterizado por uma variedade grande de terapeutas (padres, videntes/bruxas, curandeiras, cartomantes) e de técnicas de cura (orações, exorcismos, benzeduras, defumadoiros).

a) Terapeutas

Verificou-se ser restrita a variedade de terapeutas implicados no processo de cura de psicopatologias graves. Neste âmbito, Cachadinha (1993) inventariou, no distrito de Viana do Castelo, seis diferentes tipos de terapeutas (ervanários, bruxos, espíritas, médiuns, exorcistas e parapsicólogos) que lidam com as doenças de não médico.

No sul da Beira Interior os videntes/bruxos e os padres são de longe os mais procurados. Os médicos surgem como o último recurso e aos barbeiros há escassas referências. Vejamos cada um deles em particular.

Barbeiro

O barbeiro era o homem que cortava cabelo e barba. Alguns deles exerciam também medicina, prescrevendo mezinhas, curando feridas e fazendo sangrias.

Eram frequentemente avençados e pagos em cereal. Enquanto curadores, alguns granjearam tal fama que se alargou a todo o sul da Beira, sendo por isso muito procurados. Nas monografias locais ainda encontramos muitos vestígios da sua importância e actividade.

Os barbeiros eram, essencialmente, reconhecidos no tratamento de doenças físicas e, muitos deles, confessavam a sua incapacidade no tratamento de doenças psiquiátricas.

O barbeiro das Relvas, quando lhe apresentaram um doente mental para curar, disse “eu mentais nunca curo nenhum”. Em contrapartida, o barbeiro de Alcafozes no relato de Namora (1983:173) aplica uma abundante sangria a uma doente mental. O “barbeiro de cedilha” (Proença, 1963:25), como vimos no capítulo anterior, aplica a violência física para manter o doente calmo.

Estes terapeutas, nesta região, saíram de cena há duas ou três décadas, salvo uma ou duas excepções.

Devido à relação destas doenças com o mundo sobrenatural, e na perspectiva da população rural, os barbeiros nunca eram os mais procurados, nem eram reconhecidos como os terapeutas mais adequados e eficazes na resolução dos problemas do foro psicopatológico.

Padres

Os padres são o elo de ligação entre o mundo divino/sobrenatural e o humano. Recorria-se ao padre quando se atribuía a doença mental a uma entidade extraordinária, superior à natureza humana, mas que o padre era capaz de contactar e dominar.

Alguns padres, residentes longe desta área, são íntimos colaboradores de videntes/bruxas na concretização de exorcismos mais difíceis. Muitos outros proporcionam os meios materiais indispensáveis à realização dos rituais obrigatórios, como a água benta.

Nesta região, quem não se lembra do padre de Meimão, melhor, do padre Miguel Pereira que alcançou a fama de santo e de autor de milagres. Quantos doentes do foro psiquiátrico, e outros, não o visitaram para lhe solicitar intervenção na cura? Chegaram a organizar-se excursões para o visitar. Dizia o padre:

“não sou benzilhão, nem curandeiro, nem negociante. Se tenho poderes curativos, não os conheço. Acredito que se passaram aqui casos em que houve intervenção divina e que a medicina não explica” (Aldeia Viva, n.º25, 2.1987).

Relativamente a este personagem, e durante o trabalho de campo, ouvimos vários depoimentos valorizando sempre a sua acção curativa. Diz-nos um informante: “a mãe diz que desde que o levou ao padre de Meimão nunca mais lhe fez mal em casa... até aí tinha que o ter fechado porque lhe estragava tudo”.

Encontrámos ainda referências aos padres tira-espíritos e à realização recente de exorcismos, como se exemplifica na descrição seguinte.

Uma mulher chegou-se junto do padre solicitando-lhe que a livrasse de um espírito que a vinha incomodando. O padre, com muito cuidado, ia dizendo à senhora que devia ir a um médico. Que fosse primeiro a um médico e que depois falariam. O padre contactou antecipadamente com o médico (psiquiatra) que a observou. Durante algum tempo a doente fez o tratamento indicado, após o que trouxe uma carta do médico informando o padre da incapacidade de tratar eficazmente a senhora. O médico pedia ao padre para satisfazer a vontade da doente. O padre, perante esta situação, contactou o bispo da diocese, expôs-lhe o caso e obteve a necessária autorização para o exorcismo. O bispo pôs como condição que o acto fosse presenciado por outras pessoas.

O ritual foi realizado na igreja com a presença do padre, da doente e de vários acompanhantes. Durante o ritual a paciente apresentou grande agitação psicomotora. Finda a leitura do Evangelho o padre passou a ler a oração do exorcismo e, no momento da palavra final, a senhora deu um urro tão grande que deixou toda a gente aturdida e com medo. Depois, a doente ficou tranquila, disse que estava curada, abalou para casa e nunca mais se queixou ou procurou o padre para este assunto.

A atitude cautelosa deste padre é complementada com a de um outro padre exorcista, ouvido por Lobo (1993:378). Disse ele:

“Não os podemos desiludir, eles vêm convictos de que estão possuídos pelo demónio e será necessário, tirar-lhes essa ideia. Nós sabemos que a maior parte dos casos são cismas, mas mesmo assim fazemos o ritual”.

O uso do exorcismo é uma prática aceite e defendida pela população rural e não é raro ouvir críticas ao padre que recusa realizar este ritual. Dizia-nos a mãe de um doente: “quando o meu João ficou doente também o levei ao senhor padre, mas ele não quis. Os senhores padres se não fazem esse trabalho é porque não querem que eles sabem o que hão-de fazer”.

O padre é ainda elemento imprescindível num outro tipo de terapia, ouvida em Vilar de Boi, e que consiste em introduzir na boca do padecente, que está possuído por um espírito, as chaves do sacrário.

Havia frequentes recusas dos padres em tratar os doentes mentais. Pensamos que esta atitude se deve à ineficácia das terapias usadas. Dizia-nos um informante: “esse meu tio que foi ao padre e o padre olhou para ele e disse à minha tia «olhe lá então ele faz isso?». «Há muito» disse ela. «Então não o tragam cá que não vale a pena».

Os padres podem ainda ter um papel terapêutico de relevo em situações clínicas como os delírios místicos e as ideias de ofensa a Deus. Num caso, por nós conhecido, o padre chegou a passar um papel a um doente, que sofria de neurose obsessiva-compulsiva com ideias de ofensa a Deus, reafirmando que as suas ideias eram produto da sua doença e não reais ofensas a Deus.

Videntes/bruxas

Na concepção popular estes dois termos não têm o mesmo significado. A bruxa é identificada como a pessoa capaz de provocar mal a outra pessoa ou a um animal, mesmo com um simples olhar; vive socialmente à margem e dizem possuir hábitos estranhos. É frequentemente identificada com mulheres idosas e mal encaradas. A vidente ou mulher de virtude é a personagem que cura as pessoas do mal, provocado pela bruxa ou espírito; não tem capacidade para provocar mal e possui o dom de requerer os espíritos a este mundo, o que faz através de fórmulas verbais em tom imperativo.

Neste trabalho optámos por utilizar os termos vidente e bruxa, conjuntamente.

As videntes/bruxas, tal como os padres, são o elo de ligação entre o sobrenatural e o humano e têm como função recriar a ordem perdida com a doença. Em campo deparámo-nos, indistintamente, com as designações de bruxa, benta, vidente, curandeira, mulher de virtude, mulherzinha e ainda outras denominações.

O que as videntes/bruxas fazem é uma leitura e interpretação dos sinais e sintomas manifestados pelos seus utentes, elaboram um diagnóstico, naturalmente diferente do diagnóstico da medicina científica, e propõem um tratamento.

Frequentemente, a ida à bruxa não corresponde a uma situação patológica mas à mera incapacidade do indivíduo em interpretar o mundo envolvente, como por exemplo o ruído em qualquer parte da casa.

No trabalho de campo pudemos constatar a existência de uma comunicação preferencial entre as videntes/bruxas e os padres, do que entre estas e os médicos. Esta última relação só se observou excepcionalmente.

Segundo Cabral (1989) os papéis dos padres e dos videntes/bruxos não são contraditórios mas complementares. O camponês recorre ao padre com fins profiláticos e aos videntes/bruxas com fins terapêuticos. O padre representa os interesses da colectividade e não há segredo nas suas actividades. A vidente/bruxa representa os interesses individuais sendo, por isso, consultada em segredo.

Relativamente à posição de alguns párocos, no que concerne à relação entre videntes/bruxas e a população, retirámos de um jornal local, com orientação religiosa, fragmentos de prosa bem ilustrativa. Assim:

“Uma mulherzinha doente lembrou-se há tempos de chamar uma bruxa de fora para consulta. Como o resultado não foi satisfatório, pois a doença continuou, lembrou-se de andar lá por fora à procura de alguém que tirasse os espíritos. O pior agora é que a casa da doente vai-se tornando em verdadeiro centro de espiritismo. A mulher chama pelos espíritos e eles acodem. O povo (algum e o estúpido) acorre a perguntar pelos seus falecidos.”

Admira-nos bastante que pessoas que se dizem católicas e com fé em Jesus Cristo andem atrás de semelhantes credices. Triste sintoma de fé quando as pessoas se deixam cair na superstição. Não tenham medo porque as almas que partiram para a eternidade estão bem confiadas. Mal ía a Deus se andasse a brincar connosco e não tivesse poder para as segurar no Céu, no Purgatório ou no Inferno!

A propósito lembramos apenas ao povo da Sarzedinha que em vez de acreditar na doente, trate, sim, de construir uma capelinha das almas. Um povo com 83 fogos era para se preocupar com ter no seu meio um monumento religioso” (Notícias da Nossa Terra, nº19, 9.1961:3).

E ainda:

“Apareceu aqui, na Moita, uma «bruxa» que veio dos lados de Marvão, a pedido dum noivo, que tem passado mal de saúde. A velha, pelos vistos, abriu «consultório» junto à capela e teve clientes, além do «padecente». Receitou boas doses de cerveja e ovos, que realmente é do que se precisa para os fracos de espírito. O pior é que se lembrou de dizer que os últimos mortos andam por cá a passear e a incomodar os vivos, e que os namorados têm andado a «envenenar-se». Muito povo não soube da «convidada» que desapareceu misteriosamente, mas segundo consta, há quem tenha ido ao seu «consultório» na terra onde vive. Foi pena que não se demorasse um pouco mais porque havia quem lhe desse o arroz. Só lamentamos, no entanto, que haja entre nós, alguns que tenham a fé dos pretos de África” (O Concelho de Proença-a-Nova, nº 227, 30.6.1960:3).

Recolhemos de outro pároco posição bem diferente, face à relação vidente/bruxa e população. Diz ele: “a minha atitude para com as pessoas que foram à bruxa é de não as agredir. Porque vítimas de agressão já elas estão. Digo-lhes: a sua consciência é que é o mais importante. Tento-me meter dentro do cumprimento para ajudar a pessoa a

perceber a irracionalidade de tais actos. Se eu a agrido ela defende-se. Assim tento compreender. Digo-lhes então: estão aqui 60 velas [prescritas pela bruxa/vidente] você acende a primeira e eu encarrego-me das outras todas. Mas acendo-as mesmo, sei muito bem que isso tanto faz como fez mas por uma questão de solidariedade para com as pessoas doentes eu todos os dias acendo uma”.

Pudemos ainda constatar que muitos dos indivíduos que consultam videntes/bruxas dizem não acreditar na eficácia dos tratamentos prescritos. Outros são de opinião bem diferente: “as bruxas para certas doenças até serão melhor que os médicos, porque se houver essas coisas [espíritos] os médicos não as tiram”. A vidente/bruxa pode atender os seus clientes pelo telefone, directamente, ou através de uma terceira pessoa portadora de uma foto ou peça de roupa, do visado.

Qualquer das videntes/bruxas que contactámos tiveram a preocupação de dedicar parte do tempo da entrevista a explicitar e a propagandear o tipo de clientes que utilizam os seus serviços destacando, sempre, médicos, engenheiros, quadros superiores da administração, estudantes e outros.

Em termos de comunicação o utente e a vidente/bruxa falam a mesma “linguagem”. Isto é, compartilham da mesma cosmovisão, de idênticos valores religiosos e o segundo possui sobre o primeiro um enorme poder de sugestão. Cabral (1989a:586) acrescenta que:

“eles [vidente/bruxa] 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”.

E, num outro trabalho do mesmo autor (1989:220) lê-se:

“O que me, intrigou mais, nas sessões que observei, foi o modo como os clientes participavam activamente com o «bruxo» na construção de uma resposta específica aos seus problemas, a partir das suas próprias afirmações gerais”.

Recorrer à vidente/bruxa é uma prática frequente por parte dos doentes psiquiátricos, ou respectivos familiares. Como já escrevemos, Barreto (1982) constatou que 70% dos doentes que frequentam a consulta externa da Clínica Psiquiátrica de Celas já usaram os serviços de uma vidente/bruxa. Este fenómeno não é apenas característico das sociedades rurais mas é também comum nas áreas urbanas de Lisboa, como refere Teiga & Amaro (1988).

Médicos

Os médicos eram conhecidos, até há algumas décadas atrás, por mata-sãs. Eram o último recurso. Recorria-se ao médico quando todas as outras soluções estavam esgotadas, sem eficácia. Como dizia um informante, “a maior parte destes doentes vão dar à bruxa primeiro que irem ao médico. Correm todas as coisas primeiro”. Conduta semelhante foi observada por Nogueira (1975) para povos africanos.

A ideia da pouca eficácia do tratamento médico está bem patente nos depoimentos de alguns informantes (“foram levá-lo ao Sobral Cid. Esteve em Coimbra uma temporada mas aquilo pouco valeu”) e na imprensa regional.

Frequentemente, o doente recorre ao médico não pela sintomatologia psiquiátrica mas pelos sintomas físicos. Outras vezes, são os familiares que vêm por ele porque o sujeito doente nem sempre reconhece o seu estado.

No dizer de Karl Jaspers (citado por Guerra, 1979:5):

“o médico está em pior situação que outras pessoas para dizer quem está são ou doente. O juízo sobre a saúde mental depende menos do médico do que dos doentes e das concepções da época...”.

Um dos maiores impedimentos ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica entre o médico e a população rural reside, entre muitos outros factores, na linguagem utilizada; linguagem que é o espelho da visão do mundo que cada uma das partes possui. O médico surge quase sempre como uma pessoa distante e estranha ao universo rural e à sua cultura. E como diz Cabral (1989:213):

“os médicos são geralmente citadinos para quem o vocabulário usado pelos camponeses para descrever problemas mentais é não só completamente opaco, mas também repugnante”.

b) Tempos e Lugares

O indivíduo, ou família, recorria a um terapeuta, qualquer que ele fosse, quando a sintomatologia se tornava alarmante, na perspectiva pessoal ou grupal, ou quando os que o rodeavam atingiam um ponto de saturação pela violência ou irracionalidade do comportamento do visado.

Cada terapeuta ocupa, no acto de curar, um espaço específico. O médico usa o hospital ou o seu consultório, o padre utiliza o espaço sagrado da igreja e a vidente/bruxa a sua casa particular, pelo menos nesta região. Em casos raros a vidente/bruxa pode visitar, com fins terapêuticos, a casa do padecente.

O Concelho de Proença-a-Nova (nº 227, 30.6.1960:3) notícia o caso de uma “bruxa”, estranha à comunidade, que “abriu «consultório» junto à capela” de Moitas.

c) Terapias

As técnicas utilizadas na cura da doença mental estão mais intimamente ligadas aos terapeutas que as prescrevem do que às causas atribuídas à doença. Durante o trabalho de campo tivemos também oportunidade de observar que a medicina popular, no tratamento das doenças mentais, privilegia os meios imateriais em detrimento dos materiais, ao invés da medicina oficial.

Na área geográfica a que este trabalho diz respeito é frequente a utilização de mais que um terapeuta para uma mesma situação e o uso em simultâneo de mais do que uma terapia, por exemplo ir ao médico e ir à vidente/bruxa. Esta aparente contradição apenas existe na perspectiva do racionalista e o nosso aldeão não o é. Este facto vem confirmar a observação feita por Carvalho (1994).

As monografias regionais e a imprensa revelaram-se pobres no fornecimento de informação acerca do tratamento das doenças do foro psiquiátrico. Referenciámos já, no capítulo primeiro deste trabalho, um processo de cura para a doença mental recolhido por J. Lopes Dias (1955:230) no Teixoso, fora da nossa área de intervenção. Esta técnica de cura consistia 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”*.

Creemos que o ritual descrito corresponde a uma cerimónia de purificação. O sangue, segundo autores como Lévy-Bruhl (1931) ou Margaret Mead (1940), quando propositadamente derramado, como o que resulta de golpes voluntários, pode assumir um estatuto semelhante ao da água, o da purificação. Ao invés o sangue que inadvertidamente escorre do corpo, como o da menstruação, é considerado mau sangue, sangue poluente ou impuro.

Na situação referenciada por Jaime Lopes Dias o doente está ocupado por entidades malélicas e necessita de purificação para se restabelecer. Este ritual teria a função de um exorcismo.

Farmacologia e outros meios utilizados pela medicina científica (oficial)

Esta proposta terapêutica é utilizada, preferencialmente, pelos médicos, ainda que haja também referências à sua utilização por videntes/bruxas. Face aos fármacos, prescritos

pelos médicos, podemos encontrar duas atitudes antagónicas que podem corresponder, na nossa opinião, a dois momentos distintos.

O primeiro momento corresponde ao período anterior à massificação dos neurolépticos com acção *retard* ou à implementação, descentralizada, de estruturas de saúde especializadas de apoio ao doente. Nessa altura havia uma descrença generalizada, entre a nossa população rural, relativamente à acção benéfica das terapias propostas pela medicina oficial, devido à ausência de eficácia. O doente partia para qualquer hospital, quase sempre em Coimbra, e ao fim de pouco tempo voltava e as alterações de comportamento recomeçavam. Diziam-nos dois informantes: “era uma miséria como ele andava. Depois foram levá-lo ao Sobral Cid. Esteve em Coimbra uma temporada mas aquilo pouco valeu” e “eu mesmo tomei a iniciativa de o encaminhar para Coimbra, mas passado uma semana estava cá outra vez”. Por isso defendiam o internamento “para toda a vida”, em instituições de saúde. Nesse período os nossos campos estavam repletos de histórias de violência, protagonizadas por doentes psiquiátricos, que marcaram a vivência das populações.

O segundo momento corresponde a uma maior acessibilidade e descentralização dos serviços de saúde e ao uso generalizado dos neurolépticos, em especial aos de acção retardada. Neste período, e devido à eficácia dos neurolépticos, patente na conduta dos doentes, a população rural passou a valorizar o tratamento e as instituições que o administram ou prescrevem e a dar ao psiquiatra maior credibilidade. A eficácia deste tratamento passou a ser superior ao prescrito pelos padres e videntes/bruxas.

Dizia-nos um informante: “desde que vocês começaram a cá vir [a visitar o doente no seu domicílio] nunca mais andou por aí assim, nem fugiu de casa. Foi remédio santo [os neurolépticos com acção retardada]. Grande coisa já temos em Portugal para dominar os mentais. Porque os mentais não se acolham seguro. Eram más de aturar. Davam em bater na família, a bater aos da casa. A tratar mal as pessoas, a deitar fogo”.

Na perspectiva popular a função destes medicamentos era “partir os nervos” a quem os toma. Da leitura das fichas dos doentes pudemos constatar que o tratamento médico era suspenso, frequentemente, durante o período menstrual.

Exorcismos

O exorcismo é um ritual que tem por objectivo afastar de uma pessoa a influência de espíritos malignos ou do demónio. A expulsão efectuava-se mediante a expressão de palavras ou gestos mágicos.

Os rituais exorcísticos de que tivemos conhecimento foram orientados por padres e outros por leigos, a quem são reconhecidos dons para o efeito. No lote dos últimos podemos encontrar indivíduos de ambos os sexos. Neste âmbito, o ritual de exorcismo perde a sua função religiosa e simbólica e adquire uma importante função terapêutica.

O sacerdote para realizar o exorcismo necessita de autorização especial, conforme o Cânone 1172. Mas, muitos dos exorcismos praticados pelos padres, que dão suporte às actividades das videntes do sul da Beira, são feitos à margem da hierarquia da Igreja.

A quase totalidade dos padres que contactámos, e excederam o número dos que entrevistámos, afirmam nunca ter realizado nenhum exorcismo.

Dos exorcismos que nos relataram, feitos por padres, passamos a descrever um segundo caso. Assim, “uma vez um grupo de pessoas daqui iam para Fátima. E depois ia lá um rapazelho e ele chegou ali a Mesão Frio, no Moinho Branco, iam a pé, e deu para sair fora da estrada, que não queria ir «e não vou, e não vou» e ao fim estavam a rezar e ele não queria rezar e escavacava os terços todos. Ao fim a R... levava um terço bento pelo padre S... e esse terço já não o partiu. Os outros não eram bentos e ele partia-os todos. Depois, lá em Fátima, a mãe queria que ele fosse cumprir a promessa e ele não queria. Foi preciso levarem-no de zorro. Andava sempre fugido, sempre fugido com medo”.

Quando vieram foram ao padre S... e lá lhe tiraram o espírito, numa igreja. O moço, na igreja, gritava e tinham que o segurar. Dizem que quando é assim tinham que estar com a boca fechada [os assistentes] senão ele [o espírito] entra para a gente.

Era o espírito de um daqueles que mataram um homem e uma mulher no Alto de Cavalos. Era o espírito do que fugiu. O outro entregou-se à prisão e teve perdão de Deus. O que não teve perdão de Deus é que ali andava. Acabava de sair de um e metia-se noutra. Quando estavam a tirar o espírito ele [o espírito] disse que andava no mundo só para fazer perder as almas”.

Em Vilar de Boi encontrámos uma outra modalidade de exorcismo, se assim lhe podemos chamar, executada pelo padre. Neste caso, o ritual verbal é desvalorizado em detrimento do gestual. Como já escrevemos, o ritual consiste em introduzir na boca do paciente a chave do sacrário. Este exercício apenas pode ser aplicado se no sujeito for diagnosticado um único espírito ocupante. A chave do sacrário é, simbolicamente, um objecto que está carregado de energia divina, como as imagens sagradas. A transmissão dessa energia ao padecente faz remeter o mal para fora do corpo.

Como também já dissemos, os espíritos que ocupam as pessoas, na concepção dos videntes que entrevistámos, são oriundos de suicidas, de indivíduos que não cumpriram promessas e de acidentados, que não esperavam a morte.

A vidente, na sala onde trabalha, chama o espírito que se alojou no consulente e pressiona-o a sair através de um ritual verbal e gestual próprio. As bruxas/videntes referem a existência de espíritos muito difíceis de expulsar do corpo do padecente. Alguns chegam a manifestar-se contra a vidente. Nestas ocasiões, a vidente usa a água benta para autoprotecção, aspergindo-se a ela e à sala. O ritual verbal, frequentemente em tom imperativo, é uma criação da própria, logo difere de vidente para vidente. Neste ritual é costume solicitar-se a ajuda do Padre Cruz, do Dr. Sousa Martins, da Senhora do Carmo, de Jesus Cristo, das almas do Purgatório, conforme a devoção do vidente.

As videntes ouvidas referem que alguns espíritos as deixam muito “magoadas”, chegam a ter que ir para a cama. As situações que não conseguem resolver recorrem a um padre para realizar o exorcismo; “trabalho com ele” como nos diziam. Estas últimas particularidades não foram mencionadas pelo vidente masculino que ouvimos.

Promessas a santos

O homem negoceia com a divindade como o faz com o seu semelhante. Isto é, perante o cumprimento do solicitado obriga-se ao pagamento do ajustado. Num passado recente as promessas eram, frequentemente, pagas em oiro. Actualmente, são pagas em dinheiro.

Prometer a qualquer divindade era, e continua a ser, um facto comum para a nossa população rural. No sul da Beira Interior não foi encontrada nenhuma divindade especializada na cura dos doentes mentais. A promessa era feita à imagem da devoção do indivíduo que a fazia.

As promessas aos santos são, muitas vezes, a primeira tentativa realizada pelo indivíduo, ou familiar, para restabelecer o equilíbrio psíquico perdido.

Terapias prescritas por videntes/bruxas

Enquanto terapeutas é consideravelmente variada a gama de tratamentos prescritos pelas videntes/bruxas. Porque, na sua perspectiva, são meras porta-vozes dos espíritos que encarnam nos clientes.

Os tratamentos recomendados incluem, quase sempre, várias terapias associadas. Isto é, a vidente não prescreve uma única prática mas um pacote delas (missas, velas,

novena de terços, luzes, etc.), o que leva, frequentemente, as pessoas a queixarem-se da dificuldade em cumprir a globalidade da prescrição.

Quando a causa é atribuída à ingestão de qualquer veneno, mistela por exemplo, é necessário prescrever um antídoto, por via oral, de modo a combater o efeito do veneno no organismo do padecente. Inclui-se neste grupo o testemunho recolhido em Perna do Galego, já descrito, no qual a vidente/bruxa prescreveu a ingestão de um litro de aguardente e de um pão centeio. Chás e “medicamentos para dar soltura” são outros produtos frequentemente usados.

Após a ingestão da “mezinha” o indivíduo expele bichos, “rolhões de cabelo” ou outras coisas repelentes. A lógica destes tratamentos parece ser a de entrar remédio e, conseqüentemente, sair o mal (Carvalho, 1994).

A eficácia destes contravenenos não é posta em causa enquanto se contar com a garantia da colectividade. Como diz Espírito Santo (s/d:169):

“os contravenenos sentimentais são também técnicas psicoterapêuticas, na medida em que o homem, depois de ter desvendado qual foi a mulher que o quis tomar «seu escravo» desencadeia um processo de vontade, semelhante a um exorcismo, que é igualmente sugerido por um vômito “.

O jornal regional O Concelho de Proença-a-Nova (nº 227, 30.6.1960), como já vimos atrás, noticia a prescrição de “boas doses de cerveja e ovos”, mas desconhecemos para que sintomatologia ou diagnóstico.

Em Alameda, recolhemos um ritual que consiste em três lavagens do doente com vinho, embrulhando-o depois num lençol de linho. Práticas semelhantes são conhecidas para a limpeza das imagens sagradas em Sobreira Formosa, Proença-a-Nova, Monfortinho e Monsanto (Henriques, 1993, 1997 e 1997a). Esta prática é um ritual de purificação do doente destinado a livrá-lo dos espíritos. “Mas não valeu de nada”, diz-nos a informante.

Aspergir um doente com água benta tinha o mesmo objectivo e significado que a lavagem com vinho. A utilização de água benta é prática comum no sul da Beira Interior e faz quase sempre parte das prescrições das videntes. Os sacristães que ouvimos foram unânimes em referir a elevada procura deste produto. Dizia um deles: “como eu era sacristão iam à igreja e pediam água benta e deitavam água benta para a cara, diziam que era por causa dos espíritos, mas o senhor padre A... não gostava que fossem lá buscar água benta para estas coisas”. Dizia-nos outro informante: “como

agora já não há água benta vão ao senhor padre N... e ele benze uma caldeira com água para fazerem as mezinhas em casa”.

Deparámos, frequentemente, com prescrições de um número variável de velas.

As velas são acesas na igreja a uma divindade que o espírito solicite. O número de velas a acender variou de duas a seis dezenas, segundo constatámos.

A missa é outra das prescrições a cumprir. É frequente a vidente/bruxa, como porta-voz do espírito, solicitar determinado número de missas a um santo ou às almas. Quando o número de missas é grande esta prática é difícil de cumprir, devido ao baixo número de padres existentes na região. Dizia-nos um dos padres que ouvimos: “há tempos chegou-me uma pessoa que trazia a promessa de 50 missas. Falou comigo e eu disse-lhe «volta à pessoa que lhas prescreveu e diga-lhe que agora não pode ser assim, que agora há poucos padres, portanto não pode ser assim tanta missa. Diga-lhe se ela achar que é preciso que nós temos poder de transformar as promessas». «Ah porque meu pai deixou a promessa de cinquenta missas». Então nós temos poder de transformar as promessas e em vez de cinquenta missas, que são muito difíceis de celebrar, porque eu estou aqui sozinho, não consigo dizer cinquenta missas e então podemos mudar. Sei lá, você vai a pé uma vez à Senhora do Almutão que pode valer vinte missas e as pessoas deixaram de vir com cinquenta missas e agora vêm com cinquenta velas”.

Uma novena de terços é outra das determinações prescritas aos clientes das videntes.

Em casa de um indivíduo que tenha sido alvo de exorcismo, e como medida de protecção e prevenção, deve manter-se, pelo menos, uma lamparina acesa. Diz uma das videntes que “a luz das lamparinas é das melhores coisas para afastar os espíritos”.

Espairecer

Espairecer é a designação dada, popularmente, à terapia que tem por objectivo distrair o indivíduo fazendo-o, por exemplo, sair de casa ou coisas diferentes do habitual, com fins terapêuticos. Esta terapia é recomendada a indivíduos introvertidos e com predisposição para o isolamento.

É inquestionável a eficácia de muitas destas intervenções. Para que tal suceda é indispensável que o terapeuta acredite na eficácia da técnica prescrita, que o doente acredite e aceite o poder curativo do terapeuta e por último que se verifique o sancionamento das práticas prescritas por parte da comunidade (Levis-Strauss, 1967).

Barreto (1982:404) refere que a eficácia da intervenção das videntes/bruxas se limita a “anular por persuasão, sintomas causados por sugestão”, além do reforço acidental. Por

reforço accidental entende a autora o facto de grande número de doenças se curarem por si próprias e outras registarem melhoras flutuantes sem qualquer intervenção específica.

Em suma, a eficácia destes rituais, ou técnicas, não depende dos produtos ou das palavras utilizadas mas da intenção de curar. É uma eficácia de tipo «mágico», no dizer de Espírito Santo (s/d:158), “à falta de outro termo” mais adequado.

2.1.4. Interação dialéctica comunidade / louco

Talvez fizesse sentido dividirmos este subcapítulo em dois. Um focando a relação do doente com o seu grupo social restrito e vice-versa. O outro visando a interação do doente com o seu grupo social alargado. Não o fizemos pela dificuldade que sentimos em estabelecer os limites de cada um dos grupos. Ao optarmos por essa divisão haveria, necessariamente, sobreposição de temáticas num e noutro grupo, porque cada um deles não é estanque nem autónomo.

Perante os argumentos apresentados preferimos uma abordagem de cariz temático. Os temas que seleccionámos têm em conta a importância e a representatividade, segundo as fontes do trabalho. As entrevistas realizadas e a imprensa regional foram as fontes que mais contribuíram para a redacção desta parte do trabalho.

Neste subcapítulo focaremos fragmentos da relação existente entre a comunidade e o louco e vice-versa. Existe relação social quando dois ou mais indivíduos interagem entre si. A interação pressupõe sempre que cada uma das partes tome consciência da outra.

Sem prejuízo do que diremos mais à frente, podemos adiantar que a interação da comunidade com o doente mental se reveste de alguma ambiguidade, no que toca à rejeição e à aceitação. O louco não é apenas um ser portador de aspectos negativos; a alguns eram reconhecidos méritos. Um, por exemplo, tinha uma memória prodigiosa e decorava o discurso do padre debitando-o posteriormente na rua. Um outro era capaz de substituir duas pessoas no trabalho, devido à sua força física.

No trabalho de campo demos conta da valorização dada à psicopatologia que predomina nos doentes psicóticos. Esta sintomatologia interfere, frequentemente, com toda a comunidade. Paralelamente, a sintomatologia psicopatológica menos alarmante, ou espalhafatosa, pode ser atribuída ao “feitio esquisito” do protagonista e não ser correlacionada com uma doença. Comportamentos estranhos encerram, muitas vezes, patologias psiquiátricas, ainda que compatíveis com a actividade profissional ou a vida social.

A nível geral, parece que os indivíduos são aceites os loucos, da sua comunidade, como algo intrínseco, que lhes diz directamente respeito. Queremos com isto dizer que se o doente tiver atitudes incorrectas, fora da sua comunidade, há a preocupação de atenuar os efeitos da ocorrência, tentando conduzir o extraviado para a sua comunidade. É a vergonha da exibição pública das “feridas”? Ou é para defesa do louco? Não excluimos ambas as hipóteses, ainda que algumas vezes a comunidade pareça envergonhar-se da actuação dos seus loucos, fora do seu meio.

Fora do seu território o doente está mais vulnerável, não está protegido com o estatuto imunitário que a sua comunidade lhe proporciona. Para o louco este é ainda o espaço mais tolerante e seguro, porque o conhece e reconhece. O espaço geográfico que reconhece o louco como seu pode exceder muito o limite geográfico da aldeia.

O estatuto de louco permite-lhe uma prática mais complacente que aos restantes membros da comunidade. Permite-lhe ser protagonista de atitudes socialmente condenáveis para os restantes membros. Ainda que, não se seja doido como se quer mas como a sociedade previu e determinou.

Como qualquer outro fenómeno social, a interação da comunidade com o louco, e a inversa, está sujeita à acção do tempo e do espaço. Deste modo, a realidade social, ainda que próxima, varia de comunidade para comunidade. Pensamos também ser incorrecto generalizar os mesmos argumentos e explicações para fenómenos e atitudes, ainda que semelhantes.

Mais importante que a variável espaço é a variável tempo. A relação binomial louco/comunidade está em permanente mutação e, nestas últimas décadas, tem sofrido profundas alterações para as quais têm contribuído múltiplos factores.

Depois deste breve intróito passamos a apresentar alguns temas onde a relação doente/comunidade surgiu sobrevalorizada nas fontes que utilizámos. A ordem da apresentação não está subordinada à sua importância.

a) Reclusão e contenção física do doente

Entendemos por reclusão o enclausuramento do doente num determinado espaço físico e a conseqüente privação da liberdade.

Nesta região, até há poucas décadas, era comum o encarceramento dos doentes mentais. No dizer da Prof.^a Maria Araújo (1997:66) “esta situação era muitas vezes trágica, vivendo esses parentes, por vezes muito próximos, trancados em barracos ou escondidos em desvãos.”

A reclusão era uma iniciativa da família e tinha os seguintes objectivos:

- proteger o doente, devido à desorientação espacial. A reclusão evita o desencaminhamento do sujeito com os perigos inerentes e a perda de tempo por parte da família, e da comunidade, na sua procura;
- proteger o grupo (família e grupo social alargado) no caso de doente potencialmente perigoso.

Este último objectivo nunca foi abertamente expresso pelos nossos interlocutores. Entretanto, estamos conscientes da dificuldade em manter encerrado um doente jovem e com força física; para o efeito chegavam a implantar grades de ferro nas janelas. O encarceramento era efectuado pelos familiares, num espaço da sua residência ou num anexo próximo A loja (área térrea da casa), a casa do milho (anexo da casa de residência) e o quarto foram os locais referidos.

O doente ocupava aquele espaço durante todo o tempo. Ali comia, dormia e satisfazia as restantes necessidades.

A contenção física consiste na detenção de um doente com um cabo, ou algo que exerça funções semelhantes. A retenção é feita no interior da casa e possui os mesmos fins que a reclusão. Os indivíduos eram presos pela cintura, pelas pernas ou pelos pulsos. Como nos dizia um informante: “os pulsos da Antónia estão todos marcados de ter estado presa. Era uma maneira de a segurarem. Agora tem 74 anos mas quando tinha 30 era muito difícil e violenta”, ou “a minha mulher tinha um tio que o chegaram a prender pelos pulsos e até pelas pernas. Se não o seguravam ele desaparecia, depois andavam tempos a ver dele e não o encontravam e tinham medo que ele por lá ficasse morto. E para eles não ficarem por lá mortos prendiam-nos e morriam presos. Estavam sempre presos. Ao tio da minha mulher só a mulher dele é que lá ia dar-lhe de comer.

... Eu também estava para prender o meu rapaz, se não fosse os medicamentos. Então ele andava por aí fugido. Andava dias e dias que não vinha a casa”. Noutras comunidades, informam-nos que a reclusão era comum a doentes que tinham o hábito de despir-se na via pública.

A criação de asilos para receber estes doentes, numa primeira fase, a descentralização progressiva dos serviços de medicina geral e da saúde mental em particular e a eficácia dos neurolépticos, em especial os de acção retardada, vieram terminar com estas práticas.

O Povo da Beira, de 22 de Agosto de 1995, noticia ainda uma situação em que a mãe tinha que “*amarrar [o doente] com uma corda, por muito que isto me custe... Se não ele foge perde-se... e isso já aconteceu*”.

Em suma, somos de opinião que a reclusão e a contenção eram usados, mais frequentemente, em doentes com ideias de fuga.

b) Solicitação de internamento

Incluimos nesta rubrica o esforço que as comunidades desenvolvem, ou melhor desenvolveram num passado recente, para o internamento vitalício dos seus loucos. Este esforço está bem documentado nos jornais locais e regionais. O pedido é quase sempre da responsabilidade da direcção do periódico que é, muitas vezes, propriedade da comissão fabriqueira da Igreja, da responsabilidade do padre local. Os padres, nesta região, possuíam, e possuem, um estatuto social elevado e eram as pessoas mais credenciadas para dirigir o pedido às instituições.

Muitos dos pedidos publicados são casos sociais graves, podendo estar igualmente subjacentes práticas ou atitudes relacionadas com atentados ao pudor.

Escreve o periódico Raiano (nº17, 1.12.1974:3):

“Faleceu nesta localidade, no dia um do mês de Novembro, Isabel Beatriz Ramos, que era mãe do demente José Caguêtas.

Bom seria que houvesse uma pessoa caridosa que internasse este desgraçado num albergue, pois que anda todo o dia rua adiante rua atrás pôr não haver ninguém em casa”.

O Concelho de Proença-a-Nova (nº230, 1.2.1971:3) escreve também:

“Depois é um caso humano, que necessita a atenção de quem de direito e que só se resolve com internamento.

Neste sentido já muitos esforços se fizeram oficial e particularmente, mas infrutíferos.

Os esforços oficiais, de modo especial da Comissão Municipal de Assistência nada mais conseguiram do que levá-la a uma brigada em Castelo Branco, onde a Maria dos Anjos continua a ir de vez em quando, mas que não dá resultado algum, pois a solução única válida é o internamento.

Este parece que já foi prometido caso o pai quisesse pagar 23\$00 diários o que não passa de uma utopia para um trabalhador rural de 50 anos, com mulher e cinco filhos, por mais amor que tenha à filha diminuída mentalmente.

Pessoas particulares, inclusivé o próprio pároco, tentaram já o internamento, mas sem resultados positivos, quer nas clínicas particulares, quer nas do Estado”.

Ao divulgar publicamente o pedido, a responsabilidade do internamento alargava-se da família para o grupo social. Vejamos como O Concelho de Proença-a-Nova (nº223, 30.4.1960:2) regista um outro caso:

“A infeliz não possui juízo, dando-se para se esfarrapar em qualquer lugar. Já se tentou interná-la, mas a burocracia é tão complicada que até data ainda não se conseguiu. Não haverá alguém conhecedor de casas; que recebam estas raparigas e que possa influenciar no seu internamento? Aqui fica o apelo feito. Seria uma grande caridade resguardar a infeliz menina”.

Os pedidos de ajuda, publicados na imprensa, tiveram maior incidência nos anos 60, 70 e primeira metade da década de 80. O seu término parece coincidir com uma maior e melhor oferta de serviços de saúde, especializados, à população da região.

A prática de anunciar no jornal local ou regional o pedido de internamento era tida como uma das mais eficazes, tanto pela população como pelos párocos.

Vejamos o que nos diz um dos informantes: “havia um doente na Madeirã que o padre pôs o anúncio no jornal dizendo que se encontra um mental na povoação tal. Foram levá-lo a Castelo Branco e não o aceitaram e na Sertã também não e a família não o pode suportar. Terá de o internar num curral. Ao fim de três ou quatro dias vieram-no buscar”.

Noutras situações, raras (Povo da Beira, nº98, 22.8.1995:8), quando as autoridades desenvolvem esforços para o internamento deste tipo de doentes são os familiares que se opõem.

Actualmente, muitos familiares de doentes crónicos continuam a solicitar o seu internamento vitalício. Argumentam, frequentemente, a incapacidade de tratar de forma adequada o doente e razões económicas. Esta política, ao nível da aldeia, veio substituir a reclusão e a contenção física do doente, considerada já desumana.

O internamento vitalício do doente numa instituição ou a sua reclusão ou contenção física acabavam por retirar o doente do convívio da comunidade.

c) Medos

Sob este título trataremos tanto o medo que o louco provocava, nas outras pessoas, como o medo que os outros lhe provocavam, com fins vários. Para este último aspecto recomenda-se a leitura do título Actos Agressivos, neste subcapítulo.

Actualmente, somos de opinião que o medo expresso em relação aos doentes mentais advém mais do estereótipo construído acerca deles do que de ocorrências recentes que o justifiquem. Como dizia um informante em Proença-a-Velha “era mais o medo que nós tínhamos dele. Nunca se constou que tivesse feito mal. Era mais o medo que nós tínhamos, perseguia as raparigas”.

Era costume, em todo o sul da Beira Interior, as mães meterem medo às crianças com os loucos, para mais facilmente atingirem os objectivos pretendidos. Contou-nos um dos entrevistados: “a gente metia medo às crianças com ele.

Dizíamos às crianças «olha que vem lá o Tó Mau», só às pequeninas. Às maiorzinhas não, ele era muito amigo das crianças”.

Durante o trabalho de campo demos conta de duas atitudes distintas, e antagónicas, que podem ser sintetizadas em medo e não medo, relativamente ao doente mental.

As atitudes de não medo foram de longe maioritárias e parecem-nos estarem associadas, principalmente, a indivíduos que sofrem de atrasos psíquicos. O Raiano (nº95, 2.1982:6) referindo-se ao Gaduço, débil e figura típica da comunidade, regista que “*não fazia mal a uma mosca sendo estimado por, praticamente, toda a população de Idanha*”. Os indivíduos de características itinerantes, desde que conhecidos, deixavam de inspirar medo, mesmo que fossem encontrados no campo por uma mulher só.

Atitudes de medo são mencionadas em quatro comunidades e referiam-se, tanto quanto nos apercebemos, a doentes descompensados (“quando andavam pior”) e com características psicóticas. Mas temos que acrescentar que esta realidade não é extensiva à maioria deles.

Recolhemos algumas atitudes intimidatórias ao doente, no sentido de alteração da sua conduta. Exemplificamos com extractos de duas entrevistas: “então o Vital, o primo dele, começou a dizer-lhe que não tinha nada que andar atrás da rapariga, que ela era casada, e depois vinha cá o marido dela. A meter-lhe medo. Depois ele parou”, ou “ó João nós não abalamos daqui e se tu tentares bater à tua mãe nós damos-te uma tarefa”.

Para concluir, cremos que a população rural (crianças, mulheres e homens), da área em estudo, não receia os doentes psiquiátricos, excepto em raras situações (doente descompensado, por exemplo). O receio aumenta se o doente for um recém-chegado à comunidade cujo comportamento é desconhecido e imprevisível.

d) Diabruras e brincadeiras com o doente

Segundo o material recolhido, as diabruras e brincadeiras funcionavam entre grupos restritos da população e os portadores de patologias específicas.

As diabruras eram pequenas travessuras que as crianças faziam ao sujeito portador de patologia mental. No fundo, eram jogos onde as crianças, de ambos os sexos, exercitavam e punham à prova a capacidade de fuga. Funcionavam como exercícios de destreza física. Os adultos, embora discordassem deste tipo de jogos, eram condescendentes. Estas práticas consistiam em estimular o sujeito alvo até à irritação, quase sempre através de insultos ou puxões de roupa, e quando a vítima se preparava para a defesa a debandada era geral, por parte da criançada. Os sujeitos alvo eram quase sempre oligofrénicos. Vejamos alguns recortes de imprensa:

“E corria! Embora trôpego, corria. Corria de pedra na mão, quando a garotada, sempre traquina para o arrelhar ladainhava: «Já morreu a Lúcia, já lá vai na praça! Dalão, dlão, dlão, dlão!». A Lúcia era a irmã, que certamente ele estimava, embora o seu cérebro vazio não pudesse distinguir o Bem e o Mal, o Amar ou o Odiar. E as pedras zuniam. E algumas vezes fizeram estrago. Era então que lá surgia um mais velho que o agarrava, ao que o Menino Alberto reagia «Ah corno! Ah corno» (Raiano, nº98, 5.1982:3).

Ou, como nos dizia um informante: “o Menaca era mau e a canalha metia-se com ele e ele voltava-se contra a canalha. Usava um capote grande, da tropa, e então a criançada gostava de lhe puxar pelo capote para ele se zangar. Quando o via passar em frente da casa do meu pai eu até pedia ao meu pai [para lhe ir puxar o capote], mas o meu pai era contra estas coisas. Então ele dizia «só vandes uma vez». Depois lá vinha ele a correr atrás de nós”.

O Notícias da Nossa Terra (nº105, 15.5.1965:2) regista práticas semelhantes por parte das crianças na área de Proença-a-Nova:

“A «malta» conhecia-lhe o fraco, deixava-o passar, e quando à distância já podia cobrir as costas bradava: um, dois, três... e era um chuva de pedras, raios e coriscos”.

Podemos afirmar que esta prática era corrente em todo o sul da Beira Interior. Outro objectivo destas brincadeiras, por parte das crianças, era ouvir palavras e expressões

tabus que de outro modo mal teriam oportunidade de apreciar. As brincadeiras com os doentes, jovens e do sexo masculino, tinham frequentemente como protagonistas as raparigas. Cremos serem os indivíduos oligofrénicos o alvo predominante destas brincadeiras. Deles, as raparigas aceitavam bem brejeirices, mesmo algumas mais ousadas. Dizia alguém que viveu a situação: “o Luis era um doidinho que andava a pedir. Coitadinho. Ria-se para as cachopas e dizia que as queria namorar. Era muito palhaceiro e a gente [raparigas] perguntávamos «ó Luis qual é a cachopa que namoras?». «Hei-de-te namorar a ti» dizia ele. «Pois há-des», respondia a gente”.

Para rematar salientamos a boa relação que se consegue estabelecer, nas comunidades rurais, entre alguns tipos de doentes psiquiátricos e a população em geral, com principal destaque para as crianças e as raparigas novas. Esta relação marca positivamente e torna-se inesquecível para os intervenientes saudáveis.

e) Actos agressivos

Nesta rubrica incluímos os actos agressivos exercidos sobre o louco e os da sua responsabilidade, limitando sempre o campo de análise à violência física. Relativamente à origem da violência há duas grandes correntes, que propõem outras tantas teorias explicativas. Uma defende que a violência está inscrita nos genes que é algo do cérebro neo-reptiliano e manifesta-se sobre a forma de pulsão. Nesta perspectiva, a violência tem características inatas e é desencadeada por estímulos situacionais. A outra corrente defende que é a sociedade que torna o homem violento. A violência é assim uma expressão do social.

Um acto violento tem por objectivo a lesão ou destruição do objecto. A intencionalidade, dos sujeitos é condição indispensável para um acto ser violento. Pretendemos com isto dizer que um acto apenas pode ser considerado violento se o agressor tiver intenção consciente de molestar e o agredido sentir o acto como uma agressão. O investigador, nesta perspectiva, tem que valorizar o contexto em que se dá a agressão.

Em termos gerais, julgamos que ocorre um maior número de agressões de indivíduos doentes a não doentes. As vítimas, não doentes, nem sempre se desforram com receio de uma qualquer maldição, sobre si ou a sua família. Vejamos o que nos conta um informante: “o mal da Emília Pica Ô Boi dizem que começou aos 18 anos. O tio José era primo direito da mãe da Emília e a Emília fez-lhe uma asneira qualquer e ele deu-lhe uma sova, para ela emendar. Na altura a mulher do tio José andava grávida e nasceu uma filha que era atrasada e dizem que foi do pai dela ter dado uma sova à Emília”. Situação idêntica se escreve no Raiano (nº102, 10.1982:10), em texto que

transcrevemos uns parágrafos abaixo. Este receio funcionava como uma protecção para o louco.

A violência sobre o louco tinha fins reeducacionais e de perpetuação das hierarquias. Reeducação quando o objectivo era alterar, no futuro, a conduta do doente. Este tipo de violência é oriunda do interior da família, como vimos no exemplo anterior, ou da comunidade do doente. Vejamos os depoimentos: “batiam ao doente para que à outra vez ele tivesse medo. Era uma maneira de o humilhar e ele tinha medo”, e “o Carlos era um rapaz sério mas davam-lhe ataques e ficou doente e ruim. Metia-se com toda a gente e uma vez levou uma sova do António Robalo que lhe tomou tanto medo que bastava pronunciar o nome dele para ele fugir e meter-se em casa e já de lá não sair. Ele nem era preciso vê-lo”. Podemos ainda aqui incluir a violência provocada com o objectivo de diminuir a imprevisibilidade do comportamento do doente, porque para os indivíduos que o rodeavam eram incompreensíveis as alterações bruscas de humor e de comportamento.

Como dissemos, a violência exercida sobre o doente para manter a hierarquia tem origem, quase sempre, no interior da própria família e serve para a manutenção da autoridade paternal. Esta violência não tem como fim último molestar o sujeito alvo, é antes uma técnica para conseguir o objectivo indicado e é designada por agressão instrumental (Flores, s/d). Ouvimos de um informante: “aquele senhor que estava em Proença-a-Nova arranjou um chicote de bater numa mula para bater no filho. Disse-me um vizinho dele, do pé da porta, que ele arranjou um chicote de bater num cavalo e à pancada para o dominar”, ou “alimentação davam-lhe mas se eles eram desobedientes era abaixo de pancadaria”.

Outros seriam casos de violência gratuita como exemplifica o Raiano (nº102, 10.1982:10):

“Quando o inverno era muito duro, o Alberto [Gaduço], com consentimento dos ferreiros, sentava-se junto ao lume da forja no banco de picar foições. Se o carvão estalasse muito e as faúlhas saltassem para cima dele, não se queimava. Mas já que falo em queimá-lo, não quero deixar de frisar uma passagem com o Alberto, que me deixou traumatizado para toda a vida. Um dia de inverno muito frio estava um ferreiro a trabalhar na forja, a calçar as mangas de eixo de uma carroça. O «Gaduço» foi-se sentar junto ao lume; tinha as calças rotas entre as pernas e devido ao calor que vinha do lume, abriu as pernas ficou descomposto com o sexo hirto e a descoberto. Enquanto a calda do ferro ia apurando na forja, estava o ajudante do ferreiro a espevitado o lume puxando o pau do fole para baixo e para cima, o ferreiro e um cunhado deste que não

quero frisar o nome dele pois já deve ter feito contas com Deus. Então o cunhado do ferreiro ao ver o Alberto naquele estado, meteu o ferro (espetão) de mexer o carvão na forja deixou por em brasa e queimou o Alberto no pénis sem que o ferreiro desse por isso. O pobre do Alberto deu saltos e mais saltos e mais berros, proferiu palavras obscenas, chamou nomes e o ferreiro cheio de raiva quase batia no cunhado. A resposta do cunhado para o ferreiro: ah é maluco. Voltou o ferreiro à carga dizendo: é maluco mas também tem vida e por isso lhe dói. Dizendo de novo o ferreiro para o cunhado: Tu queimaste-lo e o teu pai cegou”.

As agressões dos doentes à população tinham, quase sempre, carácter imprevisível e periódico. Os períodos referidos podem corresponder a fases de descompensação. Esta violência é, frequentemente, resposta a agressões físicas ou verbais. Como nos diziam acerca de uma doente: “só era violenta quando faziam pouco dela, quando lhe diziam que havia de casar com o Armando”. Outras vezes são fruto do seu quadro delirante ou alucinatório. Por vezes a violência do doente era dirigida a uma única pessoa e ouvimos algumas vezes: “às pessoas de fora não fazia mal, só à mãe”.

Para terminar, podemos acrescentar que de uma forma geral há alguma tolerância para com o doente psiquiátrico, por parte da população. Questionamos ainda o carácter violento de muitas das agressões protagonizadas pelos loucos, segundo a definição que defendemos de acto violento.

f) Trabalho

É habitual ouvir-se “trabalha que nem um doido”. O louco trabalha assim tanto? Talvez a realidade seja diferente e estejamos perante um falso conceito. Vivemos numa sociedade em que um dos valores máximos é o trabalho. Logo, torna-se incompreensível não trabalhar e não comungar desta perspectiva.

Da nossa experiência e da análise das fontes utilizadas encontramos doentes que trabalham e outros que não o fazem. O último grupo é constituído, maioritariamente, por indivíduos portadores de psicoses e débeis com alguma profundidade. Relativamente aos débeis é visível, logo compreensível, a razão de não trabalharem. No que toca aos doentes psicóticos torna-se incompreensível, para a comunidade, que não trabalhem, apesar da sua idade.

Relativamente a estes doentes é frequente ouvirem-se comentários do género: “ele não trabalha mas tem bom lombo”.

O grupo que trabalha é constituído, na sua maioria, por débeis que se ocupam no sector primário da economia, como a restante população. As actividades ligadas a este sector, nas comunidades rurais desta área, são ainda pouco exigentes. As sociedades modernas, ligadas aos sectores secundário e terciário da economia, tendem para uma maior competitividade e especialização, marginalizando fatias cada vez maiores da população.

É compreensível então que alguns dos doentes referenciados sejam pastores, rocem mato, ajudem nas tarefas de casa, como ir à água antes da sua distribuição ao domicílio, ou “aviem recados”. Por vezes, nas actividades mais exigentes, pastorícia e actividades inerentes, eram acompanhados por outro indivíduo que os supervisionava, “ele sozinho não podia andar”.

Em tarefas esporádicas alguns dos doentes faziam-se retribuir com “pequenos mimos”, quase sempre de cariz alimentar, ou algumas moedas.

Alguns doentes eram mesmo o suporte da débil economia familiar; “ele ia ao mato para vender. Ele praticamente governava a casa. Governava a mãe e a ele. A mãe era muito doente e não podia trabalhar. Ele ia à fonte, à lenha. Mas ele de graça não queria ir”.

Em dois locais tivemos referência ao excesso de solicitação da população a estes indivíduos, “as pessoas costumavam abusar como com aquele rapaz do Vale da Bezerra que era o criado das pessoas. Porque vinha um e dizia «vai-me guardar as cabras». Vinha outro, «vai-me cavar esta terra» e outro ainda, «vai-me buscar umas pinhas». Por vezes, este excesso de solicitação vinha do interior da própria família o que era mal visto e criticado pela restante população, principalmente se o doente não era devidamente compensado em termos alimentares e de indumentária.

Relativamente ao falso conceito “trabalha que nem um doido”, os informantes são de opinião que “é o contrário, os doidos não trabalham”, ou “os doidos não trabalham muito, oi, oi”. Lembramos também o que escreve António Frade (1995:259) transcrevendo as palavras do Chico Bacorinho: “«...sou tonto, sou tonto, mas eu governo-me sem trabalhar. E vossemecês, p'ra se governarem, fartam-se de penar...»”.

g) Ajuda e solidariedade

Independentemente das leis do Estado a ajuda e a solidariedade para com o louco centrava-se primariamente na família e, secundariamente, no grupo social alargado que o integra. Era função social da família, e da comunidade, velar pela sobrevivência do elemento doente e ajudar os de outras aldeias enquanto aqui permanecessem.

A rede social, e de saúde, montada pelo Estado raramente beneficiava o cidadão comum e a comunidade mobilizava-se para a resolução dos seus problemas. Assim, o jornal Raiano (nº25, 9.1975:3) faz o seguinte apelo:

“Foi internado com urgência no Instituto de Palhavã a sr.^a Amurinda de Jesus Oliveira. Dado o seu grave estado e a situação aflitiva em que se encontra a família, apelamos para os bons sentimentos dos Monsantinos que nunca se deixaram vencer em generosidade, em favor dos seus filhos anormais - o Tó e o Zé - que nos inspiram compaixão e que temos obrigação de amparar e socorrer materialmente”.

A senhora doente, mãe do Tó e do Zé, escreveu depois duas cartas, uma ao pároco e outra ao povo de Monsanto. Nelas, agradecia publicamente o interesse manifestado pelo seu estado de saúde, por parte das pessoas, e *“também soube que o Senhor José Rocha, levou os meus filhos a Castelo Branco, a fim de serem internados. Bem haja Senhor José Rocha, Deus lhe pague já que eu não posso”* (Raiano, nº31, 3.1976:3). Junto a esta carta vem uma listagem de contributos financeiros prestados àquela família.

Outro exemplo de solidariedade manifestou-se após o incêndio da casa de uma doente. A população mobilizou-se na recuperação da casa e na compra de alguns bens.

Muitos mendigos de características nómadas, que povoavam a região até há cerca de três décadas, sofriam de psicopatologia. Soeiro (1959) designou estes personagens de «mendigos-vadios» e numa amostragem de 142 indivíduos adultos, internados num albergue, concluiu que 123 casos (86.6%) eram doentes mentais. Disse-nos um dos nossos informantes: “conheci na minha infância mentais, coitadinhos, a tremer, a pedir um bocadinho de pão e toucinho”. As dádivas da população aos mendigos-doentes mentais eram de cariz alimentar, hospedaria e roupa.

Uma das primeiras formas de solidariedade, com o doente, consistia em estimular a sua família a consultar um terapeuta, para o estabelecimento de uma causa e do respectivo tratamento.

Nalgumas comunidades, havia famílias onde os doentes mentais eram sempre bem acolhidos. Na área de Perna do Galego, por exemplo, “se alguém procura um maluco dizem logo: procurem-no na casa do Manuel Janeiro que lá é que eles estão. ... No tempo da minha mãe já era assim. Havia sempre comida, lume e um palheiro para dormirem... dormiam num palheiro, num palheirinho bom, com muita palha. A minha mãe sempre deu uma manta ou duas para os pobrezinhos se deitarem no palheiro. A minha mãe tinha por hábito enviar um prato de sopa, por mim ou por um criado ao pobre

que estava no palheiro”. Chegaram a relatar-nos adopções de sujeitos com patologia psiquiátrica. Facto similar vem também referenciado num jornal regional.

“Abriu a série de funerais o inconfundível João Celorico (Alburrinha), figura típica, protótipo dos sem-família. Foi adoptado pelo generoso casal sr. Domingos Mendes e D. Carminha” (Raiano, nº76, 5.1980:3).

h) Estupro

Neste item incluímos o receio de estupro e o estupro, propriamente dito.

Esta temática não foi abordada nas entrevistas, mas também não foi explorada pelo entrevistador. Os elementos referidos foram colhidos na análise das fichas, já mencionadas no capítulo anterior, e num recorte de jornal.

Relativamente ao receio, diz uma mãe: “não a deixo sair de casa com medo dos homens”. A corroborar esta afirmação, e após análise de mais de três mil estrofes da poesia popular desta região, Henriques e Caninas (1995:119) são de opinião que a mulher nunca é criticada por se deixar “enganar”. A mulher é encarada como inocente e vítima. Os responsáveis são sempre os homens Um articulista, no jornal Notícias da Nossa Terra (nº230, 1.2.1971:3), ao referir-se a uma jovem com problemas psiquiátricos escreve:

“...Já não falamos, na hipótese, nem pensar nela queremos, mas que é mais possível que se possa imaginar, de vir a ser ultrajada por algum «maduro» sem escrúpulos nem vergonha”.

Por vezes os receios confirmam-se, e nós conhecemos alguns destes casos. Vejamos o que diz uma mãe: “dois mariolas abusaram dela”.

Como vimos, e temos disso conhecimento empírico, a doença psiquiátrica torna mais vulnerável os seus portadores no que toca ao estupro. Os casos conhecidos e referidos dizem apenas respeito ao sexo feminino.

i) Aceitação e marginalização

Para a realização destes parágrafos tivemos em conta as atitudes características de uma e outra posição. Por atitudes de aceitação entendemos a relação positiva do sujeito com o grupo e vice-versa. São atitudes que têm a ver com o acolhimento, respeito e aprovação do doente. Relativamente à marginalização do doente entendemo-la como um conjunto de atitudes reflexo do medo e da desconfiança que a doença ou o doente mental inspiram. Preferimos empregar este termo em detrimento de rejeição. Rejeição

significa recusa, lançar fora, destruição do elemento rejeitado. A marginalização é, ao invés, pôr de lado, colocar na periferia mas continuando a fazer parte do todo.

Encontrámos aplicadas a um mesmo indivíduo, e independentemente do tipo de doença psiquiátrica, atitudes de aceitação e de marginalização por parte do grupo. Para retratar atitudes de aceitação foi frequente ouvirmos expressões como: “nunca se mete com ninguém”; “ele não faz mal a ninguém”; “as pessoas não fazem dele um palhaço”; “ninguém os trata mal”. Ao balcão de um café, ou de uma taberna, ninguém se afasta se um indivíduo tido como louco se aproxima. Na rua, também “ninguém se desvia deles, ninguém passa de um lado para outro só por eles ali estarem”.

Pudemos verificar que as figuras típicas (Domingos Rita, Tonho da Moita Recome, Alburrinha, Ti Mexina, Menino Alberto e outros) são bem aceites nas suas comunidades e permitem-lhes, inclusivamente, algumas liberdades não acessíveis a indivíduos saudáveis. Já aqui referimos que uma destas figuras “mijava em frente das cachopas”, outro tinha livre acesso às repartições públicas, como o relata o jornal Raiano (nº99, 6.1982:10):

“o Alberto era um homem honesto e sei muito bem que o era. Lembro-me muito bem, que ele entrava em todas as repartições da Câmara da Idanha, nos Cartórios, na Central de Camionagem, casas de comércio, tabernas para tirar dos cinzeiros ou apanhar do chão pontas de cigarros, fazia serviços «recados», transportava encomendas e outras coisas (objectos) que ele só entregava ao próprio”.

O Aldeia Viva (nº 60, 4.1990:3) descreve um deles como “sociável e muito amigo do convívio humano”.

Tivemos oportunidade de constatar que a quase generalidade dos doentes come ao mesmo tempo que os demais familiares, os mesmos alimentos e dorme nas mesmas condições que os restantes filhos do casal.

Foi-nos também mencionado, em várias comunidades, que “se uma rapariga num baile for convidada por um destes rapazes para dançar elas vão, não só aqui mas em todos os sítios da região. Por vezes são elas mesmo que os vão chamar”.

Entretanto, e como já vimos, nalgumas situações a aceitação pode ser sob coacção, pelo medo das consequências. Um informante expôs-nos esta ocorrência do seguinte modo: “não costumavam fazer pouco dos malucos com medo que a desgraça lhes batesse à porta. Que viessem a ter um filho maluco”.

Vejamos algumas situações que não sendo de marginalização podem conter alguns dos seus gérmes. “As pessoas vão dizendo «olha lá vai ele» “ ou, relativamente a uma família com um doente mental “olha têm que suportar aquilo”, ou “as pessoas não os tratavam mal mas riam-se do que ele fazia”. Pela irracionalidade das situações, são muitas vezes contados, em tom hilariante, casos que envolvem doentes, quase sempre débeis.

Para detectar atitudes de marginalização não pudemos apenas perguntar como se relacionavam com o louco. Se a questão era feita nestes termos a resposta imediata era que os tratavam bem e se relacionavam bem com eles. Os vestígios de atitudes perversas surgiam, principalmente, em relatos de situações e era também isso que ia sendo sugerido aos informantes, para uma mais adequada percepção do fenómeno.

Ao longo das últimas páginas, o leitor teve oportunidade de se aperceber que a marginalização, quando existe, pode começar no interior da família do doente. Situações como “comer nos fundos da casa”, comer em mesa diferente da dos pais porque “está a comer e a babar-se todo, é um porco”, ou viver num anexo à casa dos pais, são situações que não sendo frequentes foi possível detectar. O grupo social alargado podia marginalizar o louco, e a respectiva família, das mais diversas maneiras. Uma delas era condenar, por exemplo, o namoro ou o casamento com um sujeito em cuja família nuclear houvesse elementos com pesada patologia psiquiátrica. Ouvimos expressões: condenatórias, “ó Júlia tu agora namoras o filho de um doido?”; de aconselhamento, “não cases que essa gente não é boa [sofre de doença mental]; de desprezo com sobrançeria, “gozavam com o V. é sempre conversa de merda e a conversa não sai dali, como é que um homem não se deve chatear?”. A incompreensibilidade dos processos destas doenças levava, por vezes, os indivíduos a fazerem “uma mangação, diziam que andavam assim era da malandrice, que era velhacaria, que não queriam trabalhar”. Ao nível da conversação “parece que as outras pessoas não falavam para ela [doente] desenganadamente”.

Na rubrica Reclusão e Contenção Física do Doente, e nalgumas das rubricas seguintes, tivemos oportunidade de averiguar outras formas de marginalização. Em suma, cremos que a aceitação ou a marginalização depende, essencialmente, dos comportamentos do doente. Quando o doente manifesta, violência, repetidamente, está mais vulnerável a atitudes de distanciação/marginalização por parte da comunidade. Durante a investigação demos conta da existência de indivíduos bem aceites e perfeitamente integrados, a maioria, nos grupos sociais de que fazem parte, mas deparámos também

com situações de completa marginalização. Os débeis são o grupo de doentes que conseguem uma maior aceitação e integração, porque “não têm maldade”.

j) Casamento

O celibato era um dos muitos critérios a ter em conta na ideia de anormalidade. Lembramos que do ponto de vista social o indivíduo apenas atinge o estatuto de homem com o casamento. A mulher além do casamento necessita ser mãe. Do conhecimento empírico da realidade, e do trabalho de campo, constatamos que muitos dos doentes psiquiátricos (essencialmente psicóticos e débeis) são solteiros. Dos que casaram poucos conseguiram manter a situação familiar e separaram-se. Diz-nos o pai de um doente: “depois começou a namorar uma tipa, que andava por aí abandonada, depois fugiu mais ela, andou por lá uns dias e depois regressou”, mas foi uma união fugaz.

Para muitos doentes, o casamento continua a ser uma importante aspiração como o diz a Ti Mexina ao jornal regional Aldeia Viva (nº60, 4.1990:13):

“a meio da conversa confidenciou-nos que vai casar para a Páscoa com um noivo que não conhece nem sabe como se chama. É uma ilusão que alimenta...”

Os homens, os rapazes e até as raparigas vão estimulando estes indivíduos para o casamento, o que é contraproducente segundo outros. Diz-nos um dos entrevistados: “às vezes metem-se com eles. Havia aí dois homens que já morreram, eles eram muito tentados ao namoro e depois brincavam com eles [loucos], «fulana gosta de ti». E eu sempre dizia: «essas coisas nunca se dizem aos tontinhos» “.

Assim, muitos dos doentes mantêm o celibato para o resto da vida ou rompem com o casamento pouco tempo depois da união, não chegando, muitos deles, a atingir o estatuto completo de homem ou de mulher.

l) Sentimentos de comiserção

Tivemos oportunidade de constatar que a generalidade dos doentes psiquiátricos inspiram sentimentos de compaixão ou piedade, independentemente da sua aceitação ou marginalização por parte do grupo social que os integra.

As pessoas manifestam dor pelo mal alheio mas não é muito frequente tratar os doentes com termos como “coitadinhos”, “desgraçados”, “pobrezinhos” ou palavras sinónimas, como o exemplificam as expressões “as pessoas têm pena, mesmo com chuva o António deita-se em qualquer lado”, ou “as pessoas às vezes riam-se mas ao mesmo tempo era uma dor”.

m) Alimentação, dormir e vestir

A alimentação, o alojamento e o vestuário do indivíduo doente estavam habitualmente a cargo da família. A sociedade era responsável pelos sem família ou nómadas. O tema alimentação não foi devidamente valorizado pelos informantes, apesar de convidados a fazê-lo. A alimentação dos doentes, em termos gerais, era muito pobre, como a da generalidade das pessoas do meio rural. E se havia famílias que alimentavam o louco em pé de igualdade com os restantes membros, noutras temos indícios de assim não ser. Na área do concelho de Proença-a-Nova, onde há algumas décadas a subalimentação era endémica, recolhemos o seguinte testemunho: “no que toca a comer davam-lhe [ao louco] só o mais ruim”.

Ao Menino Alberto, Idanha-a-Nova, davam-lhe o que não era aproveitável pelo comum das pessoas. Vejamos uma passagem de um artigo inscrito no Raiano (nº 101, 9.1992):

“outros havia que o consideravam como animal ou como um ser sem alma e então davam-lhe o toucinho que envolvia a «oreta», o pichelho, como lhe chamavam ou o ânus, mas por lavar: e cru. Quando ia ao Matadouro Municipal como atrás digo, ele pedia ao magarefe a quem chamavam «Tónho» e dizia: «Tonho? Cane? ... Tonho? Cane? ... Querendo dizer: António dá-me carne. A carne que lhe davam, era quase sempre guela, bife ou beijo, o que ele comia crua se os dentes entrassem com ela caso contrário ia pelas forjas (oficinas de ferreiro) e ia pedir para pôr sal e assar dizendo: Tonho sala à lume, que depois de assada ele devorava com restos de pão que ele trazia nos bolsos misturados com papéis e pontas de cigarro.”

Dissemos atrás que ninguém negava um prato de sopa a um doente, desde que a tivesse. A sopa era o prato habitual de uma casa comum. Qualquer mimo alimentar só em época festiva, ou para pagamento de um serviço prestado.

O vinho era um bem que, não sendo raro, exigia parcimónia no seu consumo anual. Logo, o louco raramente tinha acesso a ele, salvo se fosse para o compensar pelo cumprimento de uma qualquer tarefa.

Para dormir utilizavam as mesmas instalações dos outros filhos do casal. Se era rapaz adulto, até há algumas décadas, dormia nos palheiros, no meio da palha e utilizando uma manta. Se era rapariga utilizava a casa. O Raiano (nº95, 2.1982:6) noticia um caso, que pensamos ser extremo, de dormida nas pocilgas dos porcos para *“para usufruir do calor dos seus corpos e das camas de palha dos mesmos”* ou numa frágua.

Um informante menciona o medo que os irmãos de um doente tinham em dormir com ele, porque “estrebuchava durante a noite e diziam que eram espíritos. Nem os irmãos queriam dormir com ele. Diziam que ouviam grandes barulhos durante a noite”.

A globalidade da informação colhida nas entrevistas e na consulta de jornais dá sempre uma imagem do doente mental mal vestido, mesmo esfarrapado. Este facto não é alheio à pobreza do meio e à situação de doença dos sujeitos. O meio era paupérrimo e os indivíduos não doentes já vestiam mal. Dizia um informante: “aqui as pessoas já andavam mal vestidas mas os doidinhos ainda eram pior”; e outro, “eles andavam todos esfarrapadinhos, descalçinhos, que miséria. Até criavam, por baixo dos pés, uma sola de andarem a pé, sempre descalços. As famílias eram pobrezinhas não tinham que lhe dar, que miséria!”. Relativamente à situação de doença escreve o Raiano (nº95, 2.1982:6):

“vestia roupas muito esburacadas, pois nem que lhas dessem relativamente boas tratava logo de as rasgar à medida das suas necessidades de bolsos e esconderijos”.

Ao nível da higiene corporal pode dizer-se que, em grande número de casos, há uma quase ausência de cuidados.

Parte desta realidade já foi alterada, mas não é raro encontrarmos ainda ressaibos da mesma.

2.1.5. Ideia de louco

Esta parte do trabalho tem como objectivo construir uma ideia de buço, tão próxima quanto possível da comungada pelas populações das áreas rurais do sul da Beira Interior. Conhecemos, antecipadamente, as enormes dificuldades em o fazer pela profunda subjectividade do propósito.

Para a sua elaboração contribuíram todas as fontes referenciadas, ainda que de modo desigual. A informação recolhida durante o trabalho de campo foi fundamental.

Passamos, seguidamente, a tecer breves considerações acerca dos apelidos com que são conhecidos os doentes, sobre algum vocabulário e expressões usadas para transmitir a ideia de louco, de como o louco foi tratado nos jornais regionais e locais e como surgiu na pesquisa de campo.

a) Alcnhas

A alcunha é uma designação social que justapõem ao nome do sujeito. Nesta região, até há poucas décadas, todos os indivíduos tinham alcunhas. Esta prática, ainda que

mantida, está actualmente em desuso. O acréscimo da alcunha ao nome tinha quase sempre lugar na infância, na adolescência ou, mais raramente, no início da vida adulta, quando o indivíduo tinha conquistado autonomia e as características pessoais se acentuavam. Entre as várias funções da alcunha, no dizer de Ramos (1996), destaca-se a identificação rápida e eficaz, indispensável em comunidades com escassa variedade de apelidos e o “*reforço das marcas discriminatórias*”.

A alcunha era quase sempre representativa de uma característica [António Mau], de uma acção praticada pelo sujeito [Emília Pica Ó Boi], do seu local de origem [Manuel das Pedras Brancas], da família de origem [Domingos Rita] ou assume outras formas ainda e tem, algumas vezes, cariz injurioso [Chico Bacorinho].

Dos 29 indivíduos que identificámos com doença mental e alcunhas, de acordo com a imprensa ou a população, apenas sete referem esta patologia [Amélia Tonta, António Mau, Doido das Eiras, Doido do Vale da Lousa, Júlio Doido, Rosa Tonta, Tontinho do Ti Manuel Clemente]. Estas alcunhas reforçam a marca discriminatória e pretendem a delimitação do campo entre o *nós e os outros*.

Creemos que as alcunhas ligadas à doença mental surgem quando o indivíduo manifesta sinais e sintomas de psicopatologia, em novo. Este facto pode ajudar a explicar o número reduzido de indivíduos com alcunhas portadoras das características mencionadas. Somos de opinião que as alcunhas pouca contribuição poderão dar para o objectivo presente, a não ser como um elemento a ter em conta no processo de marginalização.

b) Vocabulário e expressão gestual

A área de recolha do vocabulário e expressões corresponde aos concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão, tal como o restante trabalho, embora uma boa parte tenha uma distribuição mais ampla. Evitámos registar vocabulário e expressões com distribuição nacional.

Este inventário temático teve origem nas monografias regionais, com destaque para os trabalhos de Jaime Lopes Dias, e numa vasta colectânea de vocabulário e expressões que mantemos inédita. O material publicado está devidamente referenciado e transcrito textualmente das fontes. A maior percentagem do material inédito é relativo aos concelhos de Proença-a-Nova e Vila Velha de Ródão.

A quase totalidade do material inédito sobre vocabulário e expressões possui, entre parênteses, a indicação da comunidade onde foi ouvido. Se o vocábulo ou expressão foi ouvida em vários locais, do mesmo concelho, registamos apenas o nome do concelho.

O vocabulário e as expressões aqui reunidas possuem um âmbito que se alarga aos vários campos da psicopatologia (alcoolismo, psiquiatria infantil, síndrome depressivo, debilidade mental e outras patologias).

Da leitura das fichas dos doentes, existentes na consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco, concluímos que as mulheres têm uma ilustração da linguagem mais rica que a dos homens. As fichas mais ricas, em termos de vocabulário e expressões, são as das doentes neuróticas.

As referências bibliográficas existentes no Vocabulário e Expressões remetem para a bibliografia geral do trabalho.

O significado de cada um dos termos e expressões pode não ser uniforme a nível regional. As diferenças, quando existem, são quase sempre de pormenor. Para outras realidades etnográficas o mesmo vocabulário pode assumir outras significações.

Nos mais de oitocentos vocábulos e expressões que inventariámos, cinquenta (6%) são sinónimos de loucura ou muito próximos desse significado. Apresentamos no quadro 1 os termos e as expressões mais utilizados, pela população do sul da Beira Interior, para transmitir a noção do *estar louco*. Sabemos, de antemão, que não esgotámos este tipo de vocabulário.

Quadro 1 Termos e expressões que podem transmitir a noção de *estar louco* no sul da Beira Interior

A cabeça não regula bem	Estravaliédo	Perder o juízo
Acanhado	Estravaliér	Poucacinho
Alonso	Estrelouquédo	Relouquér
Alterado	Ficar perdido da cabeça	Sem trambelhos
Andar turvo do juízo	Ficar transtornado	Sentido variado
Andar avariado	Impouquedo	Sentimental das ideias

Atrasado	Manhouvas	Ser fraco do cérebro
Atrasadinho	Não bater bem da bola	Sofrer da cabeça
Atroalhado	Não dizer coisa com coisa	Ter pouco expediente
Chouço	Não estar bem da cabeça	Ter um feitio esquisito
Doente da cabeça	Não regular bem da cabeça	Ter um parafuso a menos
Em pouquédo	Não ser certo	Ter uma aduela a menos
Enfraquecer do cérebro	Não ter os cinco alqueires bem medidos	Tolo
Esgaziado	Não ter os parafusos todos	Tonto
Esparvoado	Nenho	Turvado do juízo
Estar avariado	Palonça	Variar
Estrelocado	Paradinho	Variadinho de todo
Estonteado	Parvo	

O vocabulário exposto no quadro pode traduzir, nas classificações modernas, patologias psiquiátricas variadas. A título de exemplo temos: débeis (impouquedo, poucachinho); psicóticos (variadinho de todo ou sentimental das ideias); distúrbios de personalidade (esparvoado ou esgaziado); dementes (esterloucado ou estravaliédo).

Ao nível da comunicação gestual designamos um indivíduo de louco quando em referência a um determinado sujeito se toca com o indicador, de uma qualquer das mãos, no temporal do mesmo lado ou na testa.

c) Entrevistas

Esta parte do trabalho teve a entrevista como fonte e foi especialmente orientada para a obtenção de uma ideia de louco. Por conveniência de exposição dividimo-la em duas partes. A primeira fundamenta-se nos vários casos/histórias relatados pelos informantes. A segunda parte resulta do tratamento das respostas obtidas ao guião “Noção de Doido”.

Relativamente à primeira parte revelaram-se importantes três critérios: “não tratar bem da vida dele”; comunicação verbal inadequada e irracionalidade das acções. A uma pessoa que trate bem da vida é mais difícil colarem-lhe o epíteto de doido. Como nos

diziam dois informantes “ele é acusado de ser doido... mas ele não é doido, ele trata bem da vida dele”, ou “doido é a pessoa que não faz a vida dele”.

A comunicação verbal inadequada é um importante critério, como iremos ver. “Só dizer parvoíces”, “não ter uma conversa de jeito”, ou “não dizer coisas acertadas” são atitudes tomadas em consideração na marcação da linha divisória louco/não louco.

De situações que exemplifiquem a irracionalidade das acções está o trabalho cheio, como o “querer-se deitar pela janela abaixo”, ou “mesmo com chuva deita-se em qualquer lado”.

Para a segunda parte socorremo-nos das respostas a um conjunto variado de questões colocadas aos entrevistados.

Nem todas as questões do guião foram colocadas aos entrevistados, por as considerarmos inadequadas ou pouco oportunas no momento. Por sua vez, muitos dos entrevistados não responderam às perguntas que lhes fizemos, ou ficaram-se por um não sei, ou ainda por um mero encolher de ombros. Fez-se fundamentalmente análise descritiva sem recurso a tabelas ou tratamento estatístico.

Passamos seguidamente a analisar as questões para as quais obtivemos respostas significativas.

O que é preciso para se ter a fama de doido?

Três entrevistados responderam a esta questão. Todos valorizaram a comunicação oral como critério. Dois deles privilegiaram a temática. O indivíduo que no meio rural valorize, nas suas conversas, temáticas estranhas ao comum das pessoas, como por exemplo a astrologia ou a telepatia, passa a ter fama de louco. O terceiro entrevistado deu importância à coerência interna do próprio discurso “não ter uma conversa certa, não ter nada certo, é só parvoíces, é só asneiras”. Este último valorizou também os risos imotivados no meio da rua. Os primeiros entrevistados referiram ainda que um indivíduo pelo facto de “ser diferente, completamente diferente”, no modo de ser e de estar pode ser considerado louco.

Concluimos também, a partir de muitos outros contactos realizados, que, o discurso oral é um dos mais importantes parâmetros usados pela população para avaliar a saúde mental de um indivíduo.

Uma pessoa que se mata é doido?

Para as onze respostas que obtivemos ninguém reconhece que uma pessoa que se suicida seja doido.

Uma pessoa que mata outro é doido?

As três respostas que obtivemos foram todas em sentido negativo. Segundo estes entrevistados o homicida, a nível geral, não é considerado doido.

Uma pessoa que deita fogo aos seus bens (casa, por exemplo) é doida?

Das oito respostas obtidas apenas duas foram no sentido de considerar doido o sujeito que deita fogo aos seus bens. As seis restantes não os consideram doidos e utilizaram o mesmo argumento nas respostas: “isso é velhacaria, fazem-se malucos”, ou “só por velhacaria”.

Uma pessoa que se despe na rua é doida?

Das oito respostas que obtivemos apenas dois dos entrevistados responderam negativamente. As seis respostas restantes foram no sentido de considerarem doidos os sujeitos que se despem na rua. Diziam-nos os informantes: “doido e bem doido”; ou “pois claro, uma pessoa com juízo não faz isso”. O despir-se na rua, na via pública, é um dos critérios mais comumente aceites para a qualificação de doido.

É doido um indivíduo que grita ou fala alto na rua?

Sobre esta questão pronunciaram-se doze pessoas. Cinco delas pronunciaram-se favoravelmente. Isto é, considera doido o sujeito que grita ou fala alto na rua, “as pessoas dizem logo «olha como ele anda, anda de todo»” ou “o Marçal [doente mental] anda sempre a cantar”. As restantes sete respostas são em sentido contrário. Defendem que pelo facto de um indivíduo gritar ou falar alto na rua não pode ser tido como doido. Diz um dos informantes: “é a ideia deles, já tenho encontrado muita gente na rua a falar alto e não são doidos”; ou, “os que falam sozinhos na rua não são considerados doidos, são os que andam arrelhados com a vida”.

Não podemos concluir, categoricamente, que o facto de se gritar ou falar alto na via pública seja sinónimo de loucura.

Uma pessoa que diz falar com pessoas que já morreram é doida?

Das quatro respostas obtidas duas negam que seja doida a pessoa que diz falar com pessoas que já morreram. As outras duas responderam o contrário e argumentaram: “só as bruxas é que fazem isso [falar com as pessoas que já morreram] se alguém disser

que faz é porque é maluco”; ou, “isso é gente que já não está boa do juízo, são pessoas variadas”.

Uma pessoa que fala, fala, que não deixa os outros falar, pode ser considerada doida?

Na entrevista, esta questão foi melhor explicitada de modo a retratar situações compatíveis com psicose bipolar, fase maníaca. Das sete respostas obtidas houve unanimidade em considerar que nestas circunstâncias nunca um indivíduo pode ser considerado doido. Diziam-nos os informantes “são pessoas que falam muito, eu conheço pessoas que falam o fim do mundo, é sinal que têm pulmões formidáveis, não são brancos”, ou, “é acusado de ser doido, o meu primo... fala tanto e com tanta intensidade, fala, fala, fala e não deixa ninguém falar, mas ele não é doido, ele trata bem da vida dele”, ou ainda, “é um fala barato, por falar muito não o consideram doido”.

Uma mulher que se atira aos homens das outras mulheres pode ser considerada doida?

Esta questão foi formulada no âmbito da questão anterior e pretendia apurar se o assédio sexual é tido, pela nossa população rural, como algo psicopatológico. Responderam quatro pessoas (dois homens e duas mulheres) que são unânimes em não considerar louca uma mulher que assedia sexualmente homens casados. Defendem que, nestas circunstâncias, “não é doida, é histérica, é uma mulher que gosta de homens”, ou “é má”.

Uma pessoa que diz que viu, ou que falou, com Nossa Senhora pode ser considerada doida?

Obtivemos respostas de nove intervenientes. Deste grupo apenas uma pessoa considera louca a pessoa que vê, ou fala, com Nossa Senhora. Dos restantes oito entrevistados um deles argumentou que “não são doidos mas são atrasados”. Dizia-nos outro informante “não podemos cair nessa situação, aqui há várias pessoas que alimentam que tudo quanto vê uma luzinha que é Nossa Senhora”. Um outro defendeu que “há pessoas competentes para isso”, as bruxas/videntes. Outro contou a história de seu pai que viu a Nossa Senhora caminhar no céu.

Podemos concluir que a cultura religiosa condicionou esta resposta e leva a que se deseje, e aceite como normal, um contacto directo com Nossa Senhora através do diálogo ou da visão.

Uma pessoa que se mete na cama, e não sai de lá, pode ser considerada doida?

Responderam seis pessoas a esta pergunta. Duas responderam positivamente. As quatro restantes foram em sentido contrário. Isto é, não consideram doido o indivíduo

que se mete na cama e não sai de lá. Consideram antes a situação como uma “cisma” ou como “uma forma de pressionar o parceiro”.

Obtivemos também das entrevistas a ideia que o louco pode ser visto como um indivíduo inteligente. Esta perspectiva é referenciada pelas pessoas com um misto de estupefacção e estranheza. Diziam-nos os informantes: “ele é inteligente, tem o 5º ano, muito inteligente, não o conseguimos enganar”; ou, “doidos por vezes são indivíduos super inteligentes, porque fogem ao normal, possuem maior capacidade e rapidez de resposta e fazem coisas diferentes das outras pessoas”. Pensamos que esta atitude resulta, essencialmente, da associação frequente entre louco e débil mental.

d) O louco na imprensa regional

Consultámos as colecções completas de onze periódicos da imprensa regional e local, da área dos quatro concelhos alvo do presente estudo.

Não abundam os vestígios do louco, e da loucura, nos jornais analisados. Os mais frequentes são: os pedidos de internamento definitivo de doentes, matéria que já tratámos; os pedidos de ajuda para o doente, “boa assistência médica e farmacêutica..., e a necessária pensão de invalidez” (Ecos da Sobreira, nº225, 7.1994:2); as curtas notícias de internamento de doentes:

“Sofrendo de uma doença mental encontra-se internado no Hospital Sobral Cid, em Coimbra o António Manuel Ribeiro Cardoso, das Pedras Brancas. É filho do sr. Manuel Ventura Cardoso e da sr.ª Maria da Luz Ribeiro” (Ecos da Sobreira, nº 11, 23.7.1972:2);

as notícias de suicídios, porque alguns suicidas são portadores de grave patologia, psiquiátrica:

“o José Agostinho [que] tinha sido internado na véspera no serviço de psiquiatria do HAL por sofrer de esquizofrenia e nos últimos tempos apresentar tendências para o suicídio”, (Povo da Beira, nº 120, 23.1.1996:3);

a apresentação ou a referência a figuras típicas da região como o fez, por exemplo, o Raiano em 1982, relativamente ao Menino Alberto.

Da análise dos títulos da imprensa regional e local não é possível observar, objectivamente, uma ideia de louco. Sobressaem, na melhor das circunstâncias, os débeis mentais protagonizados pelas figuras típicas e alguns actos estranhos atribuídos a indivíduos com “distúrbios mentais”:

“esfaqueou a própria mulher - na Lardosa, a noite de quinta-feira foi dramática com o registo de um caso que proporciona, aos mais curiosos, inúmeras ilações. Um indivíduo, aparentando cerca de 50 anos de idade, esfaqueou a própria mulher, em várias zonas do corpo, e ao que parece, pretendia mesmo pôr-lhe termo à vida. ...As declarações depreendem que o indivíduo revela distúrbios mentais...” (Povo da Beira, nº 31, 10.5.1994:24).

e) Contos populares

Para esta rubrica foram analisados cerca de 300 contos populares, publicados ou inéditos, recolhidos na área geográfica dos concelhos a que este trabalho diz respeito. Destes foram seleccionados 25 contos que de um modo directo ou indirecto se podem relacionar com a loucura, pelo comportamento dos respectivos personagens.

Muitos outros contos podiam ser integrados neste âmbito, se os descontextualizássemos do ambiente em que são recriados e contados.

Em oito destes contos surge, como elemento comum, o facto da mulher ser mais esperta e enganar o homem. O personagem masculino surge como um bacoco, deixando-se facilmente ludibriar.

Em confronto semelhante aparecem Deus e o Diabo e o lobo e a raposa e, tanto o Diabo como o lobo são vencidos/enganados pela astúcia/inteligência de Deus e da raposa, é a vitória do bem sobre o mal.

A título de exemplo transcrevemos aqui um conto recolhido por Buescu (1984:144) em Monsanto:

“Um homa abalou pra fora e cando boltou atchou a mulher pra ter. E dixe pra-i-ela: - Atão o filho no é meu. - Atã conta lá: março e magarço e o mês de março sã três; e abril e maguil e o mês d'abril sã seis; e maio e magaio e o mês de maio sã nove. Tã, vês qu'o filh' é nosso”.

Este grupo de contos reflecte a importância social da mulher nesta região e pode também ser elucidativo da inserção social de indivíduos, de ambos os sexos, portadores de debilidade.

Em quatro contos, inéditos e tidos como acontecimentos reais passados na comunidade, surgem situações que em psicopatologia podem ser interpretadas como alucinações auditivas ou visuais. Estes contos têm em comum o facto de não haver registo dos personagens, membros da comunidade, sofrerem de doença mental que justifique aquelas situações. Estas pseudo-alucinações têm lugar durante a noite, quase sempre

quando os protagonistas estão a vivenciar uma situação de medo. Transcreve-se a seguir um desses contos inéditos.

“O meu pai uma vez foi aos peixes, ao engano. Apanham-se os peixes só na corrente. É só pôr e levantar a rede. Quando os peixes estão a desovar e é só de noite. Foi o meu pai mais um pastor. Quando lá andavam o pastor ouviu tanto barulho por aquela ribeira abaixo, por aquela cascalheira da ribeira abaixo, partia a cascalheira toda. E era o meu pai assim:

- Ai, está aqui um tão grande, tão grande!

E era assim o tio Isidro Sêco, o pastor:

- Vamos embora, vamos embora, vamos embora, vamos embora.

- Não, vamos aqui mais para cima.

- Não, vamos embora, vamos embora.

E, quando iam pelo Vale de Água acima disse assim o tio Isidro:

- Oh Artur quando estavas a dizer que aqui estava um tão grande, se tu visses tanto barulho que vinha por aquela barreira abaixo, tanto barulho, tanto barulho.

E depois aquilo passou ao lado do meu pai e ele nunca se apercebeu de nada com o barulho da água e sempre a falar.

Disse assim o outro:

-Tanto barulho. Eu quis logo fugir e ir embora”.

(inédito, recolha de F. Henriques em 3.1990, junto de Maria de Lurdes Pereira).

Neste grupo podemos ainda integrar o conto registado por José Moura (1992:20), recolhido na Mata, e cuja personagem, Maria Isabel, dizem que adivinhava o futuro e “tinha o poder de falar com os anjos”. Chamavam-lhe maluca. Quando lhe perguntavam como é que ela sabia o futuro “*ela respondia que eram os anjos que lhe contavam tudo, quando de noite lhe vinham cortar as unhas dos pés*”.

Henriques e Caninas (1988:44) registam um conto no qual o protagonista é pastor e parece apresentar alguma debilidade mental. Está realidade era e é comum em toda a região. Constata-se a integração socioprofissional de indivíduos com algum grau de deficiência mental, embora actualmente se torna cada vez mais difícil pela elevada competitividade social.

Os autores mencionados registam outro conto:

“um rapaz gostava muito de uma rapariga, costureira. Por sua vez, esta namorava com um outro rapaz da povoação. O primeiro já não podia esperar mais pela costureirinha e chegando junto do seu rival disse-lhe:

- Olha lá, tu já reparaste que a moça que namoras é doida!? Pode estar com as mãos em cima da tesoura, mas anda sempre a procurá-la. O namorado da costureira reparou quanto tinha de verdade aquele aviso. A sua moça nunca sabia onde estava a tesoura - isto é hábito das costureiras.

Mas o namorado não esteve com meias medidas, deixou pura e simplesmente a rapariga. O outro, logo que soube, apressou-se a pedir-lhe namoro que foi aceite.” (Henriques e Caninas, 1988:32).

Este conto pode reflectir a marginalização a que era votado o indivíduo portador de loucura.

Um outro conto, inédito, tem como protagonistas um rapaz “mei doudo, mei indoudado”, a sua mãe e a rapariga que aquele deseja namorar. A conselho da mãe o rapaz vai desenvolvendo um conjunto de acções, destinadas a conquistar a rapariga, adequadas mas que se tornam num contra-senso porque desfasadas no tempo. Pela irracionalidade das acções, porque fora de tempo, a rapariga acaba por desprezá-lo.

Em linhas gerais o louco pouco transparece nos contos populares. Os contos são portadores de elementos contraditórios em relação à aceitação e rejeição do louco. E, no que toca à ideia de louco, sobressai a debilidade mental e a repetição frequente de actos irracionais.

f) Poesia popular

Surgiu, nas últimas décadas, uma quantidade apreciável de documentos que divulgam a poesia popular desta região. Faltam, entretanto, estudos integradores desta realidade.

Para este trabalho tivemos em conta cerca de quatro mil estrofes poéticas, recolhidas no sul da Beira Interior, e podemos já afirmar que nelas não há lugar para o louco. Vejamos, seguidamente, algumas temáticas que podem tocar a loucura e o louco.

Os termos tolo e louco surgem algumas vezes, mas vazios de sentido psicopatológico. Por exemplo: “*Rapariga tola, tola/Se choras por mim és louca*” (Prata, 1996:134), ou, “*O meu amor é um tolo/Julga que eu o adoro*” (Vilhena, 1995:220), ou ainda, “*Qual o tolo que deixa/Trigueirinha engraçada*” (Dias, 1971:44).

Os temas como a tristeza, suicídio ou antropofagia são os que de mais perto se relacionam com o nosso objecto, já que a violência não surge correlacionada com a loucura. Vejamos então, de um modo rápido, cada um deles.

A poesia popular privilegia, essencialmente, valores ligados a alegria e não à triste: “*Quero cantar e dançar,/Ora toma!/Que a tristeza não faz bem./Eu nunca vi a tristeza/Ora toma! /Dar de comer a ninguém.*” (Vilhena, 1995:204). E como diz Infante (1992:276) “*um santo triste é um triste santo*”.

Quando há referências à tristeza esta surge: sem causa especificada como a que refere Vilhena (1995:220), “*A alegria dos meus olhos/Eu não sei quem ma tirou/Tão alegre como eu era/Agora tão triste sou*”, ou Buescu (1984:197), ou ainda Dias (1970:246 e 248-249); devido a desenraizamento cultural do indivíduo, como por exemplo a ida para a guerra ou para a tropa (Cruz, 1995:99; Vilhena, 1995:161) respectivamente; devido a luto (Vilhena, 1995:229-230); devido ao estado civil de casadas, no caso de mulheres (Dias, 1971:44, Henriques e Caninas,1995:119; Vilhena, 1995:227). Os suicídios podem pressupor uma série de entidades clínicas. As técnicas de suicídio usadas pelos protagonistas são o afogamento, o tiro, o envenenamento e o atropelamento por comboio. Entre as causas sobressaem os amores contrariados (Henriques, 1988:103-104; Vilhena, 1995:54-155). É curioso verificar que na poesia não surge o enforcamento, que era a técnica mais comum de suicídio nesta região.

Na sociedade ocidental, a antropofagia, pode pressupor grave patologia de cariz psiquiátrico por parte do antropófago. Observámos duas estrofes com esta temática. Numa a mãe mata e devora o filho (Henriques, 1988:107), na outra é o marido que mata e devora a esposa (Vilhena, 1995:159). Em nenhuma delas há referências a patologia psiquiátrica do sujeito.

Talvez a única ideia que daqui podemos retirar é que o tolo, o louco, é o indivíduo que executa actos irracionais por julgar que é adorado por uma mulher, ou que deixa de namorar o ideal de mulher “*trigueirinha engraçada*” em detrimento de outra.

2.2. Conclusão

Concluir é por fim a..., acabar. É circunscrever o teor de uma discussão. Não foi nem é esse o nosso objectivo. Pretendemos que este trabalho fosse um procurar de respostas, sem a pretensão de definitivas, e um levantar de novas questões.

Preferimos fechar o trabalho apresentando, seguidamente, alguns dos seus principais aspectos.

Assim, na delimitação entre normal e anormal, louco e não louco, verificámos que a população da região não utiliza um único critério, tal como defende a moderna psiquiatria (Melo, 1979; Vásquez, 1990). O estatuto de louco é atribuído ao indivíduo que reúna em si um conjunto de critérios necessários para o efeito.

O normal e o anormal, em relação à loucura, define-se socialmente, como esperávamos. É o grupo que atribui o estatuto de louco. A falta de sentido no comportamento dos indivíduos, a violação dos códigos sociais vigentes, a intencionalidade e o contexto das condutas são os primeiros critérios que a população utiliza no acto de avaliação.

Constatámos, no seio da população rural desta região, que o fenómeno loucura é uma realidade dinâmica, como a generalidade dos fenómenos sociais. De facto, encontramos elementos que vão perdendo significado (menstruação e parto, na origem da doença mental) e outros que o vão ganhando (atribuição dos sintomas psicopatológicos à utilização da droga).

Ao longo do trabalho foram inventariadas mais de duas dezenas de causas para a doença mental. Destas, a população valoriza as de cariz mágico e sobrenatural. Constatámos também que a uma mesma situação clínica podem ser imputadas várias etiologias.

Em muitos casos de doença mental está subjacente a ideia que o indivíduo ficou doente por não ter cumprido, devidamente, as regras da vivência em sociedade. É como que um castigo. A maldição do castelo de Vila Ruivas [o roubo de pedra, um bem que era de todos], o castigo/maldição [por ter feito “mangação” de alguém], a hereditariedade [por não ter feito suficiente troca de mulheres], a menstruação e o parto [por ter violado os tabus] exemplificam esta situação.

Verificámos que os sinais e sintomas da doença mental são os únicos aspectos comuns, tendo em conta as causas e os tratamentos, entre a medicina científica e a medicina popular. Os sinais e sintomas que registámos são consequência da avaliação feita pelo grupo social do doente e quase todos possuem forte impacto. Os mais importantes sinais e sintomas são essencialmente de duas ordens: perda do senso comum (incompreensibilidade e irracionalidade do discurso e das acções) e violação dos códigos sociais do grupo.

Inventariámos três tipos de terapeutas, o padre, a vidente/bruxa e o médico, no tratamento actual da doença mental. Num passado recente saiu de cena o barbeiro. As terapias estão mais relacionadas com os terapeutas que as prescrevem do que com a etiologia atribuída à doença.

Para a eficácia das terapias prescritas é indispensável que se crie um elo mágico entre terapeuta e consulente. Isto é, que ambos acreditem na técnica prescrita, que esta seja sancionada socialmente e que o doente aceite o poder do terapeuta. As videntes/bruxas estão em posição privilegiada, em relação aos médicos, para um relacionamento preferencial com os seus utentes, por partilharem com eles a mesma linguagem e uma mesma mundividência.

Os inúmeros rituais de purificação inventariados (lavagem do doente com vinho, aspergimento do doente com água benta, exorcismo e outros), no tratamento do louco, pressupõem uma enorme preocupação social, que não é recente, relativamente a este tipo de patologia e ao seu portador.

Ao nível da aceitação/marginalização do doente mental demos conta da coexistência de sentimentos antagónicos, embora tendam para a aceitação. A violência e a coprolalia frequentes, por parte dos doentes, são factores que contribuem decididamente para a marginalização.

Se tivéssemos que identificar alguns parâmetros para caracterização do louco, e de acordo com o trabalho de campo, avançaríamos com os três seguintes: “não tratar bem da vida”; comunicação verbal inadequada; despir-se na via pública.

Ao longo do trabalho, a partir fontes utilizadas, verificámos que a população alvo não estabelece diferenças entre oligofrénicos/deficientes mentais e loucos. Os oligofrénicos, de forma geral, são indivíduos bem aceites e integrados socialmente nas suas comunidades.

Com este trabalho pensamos ter contribuído para a construção de uma imagem de louco, vigente nas comunidades rurais do sul da Beira Interior. Esta imagem, disforme ou baça, foi a possível de acordo com os dados que obtivemos e uma interpretação subjectiva dos mesmos. Relembramos que em antropologia social as certezas são sempre efémeras e pessoais.

Os profissionais de saúde, para melhor cuidarem e tratarem, devem reflectir, cuidadosamente, acerca das atitudes mais adequadas a tomar perante estas práticas, que apenas são bizarras para a cosmovisão do mundo que possuímos. Nesta perspectiva compartilhamos das palavras sábias do Prof. António Barbosa (1985:38-39):

“Quando um profissional de saúde se confronta com esta prática, se se der tempo para tentar compreendê-la, pode encontrar-lhe um sentido e pode ajudar a modificá-la, até à

demonstração da sua ineficácia ou nocividade, mas, terá de ter, como ponto de partida, a sua significação concreta e simbólica no conjunto cultural no qual está inserida...

Antes de as querermos suprimir, por exemplo, por «cientificamente inaceitáveis», é indispensável ter qualquer outra coisa a propor que seja eficaz e possível. Por outro lado, como foi dito, não as desprezar e procurar compreender o seu lugar na lógica dum dado sistema cultural.”

Anexo 1 Breve inventário de termos de expressões usados na psicopatologia da região

A

Termos e expressões	Sinónimos, expressões de enquadramento, concelho de origem e bibliografia
A bebedeira está-lhe a arramar	(Dias, 1953:213)
A cabeça não regula bem	Sofrer de psicopatologia (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
À criança e ao borracho põe-lhes Deus a mão por baixo	Provérbio (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
À doida	À força, onde predomina a força em vez do jeito (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
A mãe fazelhona faz a filha mandriona	(Buescu, 1984:236)
A mãe impertinente faz a filha desobediente	(Buescu, 1984:236)
A mulher e o vinho tiram o homem do juízo	
A mulher e o vinho fazem um homem tontinho	Provérbio (Proença-a-Nova)
A pancada de velho é a pior	(Oliveira s/d/:308)
A zambaliar	Caminhar aos ziguezagues, “a zambaliar como um bêbado” (Montes da Senhora)
Acanhado	Atrasado, oligofrénico (Salvaterra do Extremo) Tímido, envergonhado (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Acareio	Juízo (Matos, 1983:80); (Belo, 1985:145)
Acarrado	Adormecido, paralisado (Proença-a-Nova) (Dias, 1963:104)
Acedente	Mau olhado (Belo, 1985:90) Doença provocada por espíritos malignos (Dias, 1967:364)
Acidentar	Causar o mal do acidente (Bescu, 1984:253)
Acidente	Mau-olhado (Bescu, 1984:253)
Acumular tudo	Características de uma pessoa introvertida (Lousa)
Aborrecido	Triste, irritado, irritável (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Aborrido	Facilmente irritável (Proença-a-Nova)
Adivinha	Bruxa, vidente, mulher que prediz o futuro (Proença-a-Nova)
Adivinhona	O mesmo que adivinha (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Afronta	Afrontamento, desmaio (Buescu, 1984:250)
Afrontas de morrer	Grande afronta (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Agarrar a paixão	Ficar ou andar triste (Zebreira)
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 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

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	patológica frequente em crianças e adultos. "Dizem que se aguar por não se saborear alimento igual ao que se vê comer a outrem. Os aguamentos curam-se com orações e benzilices. 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 ser oferecida a comida (Dias, 1967:328).
Aguar	Adquirir mal de aguamento (Buescu, 1984:250)
Alagosta	Mulher desgovernada, muito gastadora (Buescu, 1984:253)
Alagosto	Glutão (Malpica do Tejo) (Dias, 1961:152)
Alas do coração ou asas do coração caídas	Se as crianças se encontram tristes sem razão aparente, dizem que tem alas ou asas do coração caídas (Dias, 1967:327)
Albornó	Peça de vestuário mal feita e desajeitada (Buescu, 1984:261)
Aldeagar	Falar de mais, sem interesse (Dias, 1961:153). Falar à toa, tagarelar (Buescu, 1984:256)
Aldeagas	Mulher que fala muito. Falar de mais. Sem tom nem som (Dias, 1961:153) Homem que fala muito. Demais (Dias, 1967:331)
Aldegar	Falar de mais, sem interesse (Jorge, 1996:380)
Alevandeiro	Leviano (Buescu, 1984:253)
Algariado	Insensato e divertido (Buescu, 1984:253)
Almariado	Bêbado, entontecido (Oliveira, s/d:371)
Almariar	Entontecer, especialmente com a bebida (Oliveira, s/d:361)
Alonso	Parvo. Desentendido. Estás-te a fazer alonso (Dias, 1961:153)
Alterado	Andar doente do ponto de vista psiquiátrico, indivíduo com comportamento disfuncional (Castelo Branco, Proença-a-Nova,

	V.V.Ródão)
Alterar-se dos nervos	Alteração de comportamento compatível com ansiedade ou agitação psico-motora (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Alvoraçado dos nervos	Ansioso, nervoso, com agitação psico-motora (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Amadurando	Abatido, em estado febril, sem acção (Henriques, 1988:76)
Amarzougado	Mal encarado, zangado, indisposto (Palhota)
Amigo dos copos	Indivíduo que consome bebidas alcoólicas, excessivamente (V.V.Ródão)
Amigo de reinar	Ser divertido, extrovertido (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Amonado	Amuado, melindrado, zangado (Dias, 1961:153)
Amouchar ou amouchado	Triste, abatido, mole, febril (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Amuado	Amuado (Belo, 1985:145)
Ancho	Inchado de vaidade, indivíduo que pensa "ter um rei na barriga", indivíduo que se julga o melhor (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar à meia tiraita	Estar ou andar meio embriagado
Andar com a lua marcelina	Expressão dita a alguém (geralmente do sexo masculino) que anda de mau humor (Proença-a-Nova)
Andar com o coração trístico	Andar triste (Escalos de Cima)
Andar com o sentido variado	Estar louco (Proença-a-Nova)
Andar com os nervos em pé	Andar agitado, o mesmo que ter os nervos em pé (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar de alvóra	Andar de um lado para o outro, que não pára no mesmo sítio

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	(Rosmaninhal)
Andar do pior	Andar gravemente doente (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar doente dos nervos	Ser portador de sintomatologia do foro psiquiátrico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar embuchado	Diz-se do indivíduo que precisa desabafar (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar mais direito que um fuso	Indivíduo que sofre uma forte pressão familiar ou social, indivíduo que não foge das regras impostas (Rabacinas, Montes da Senhora)
Andar murcho	Triste, abatido, asténico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andar na copaneira	Andar na bebedeira (Oliveira, s/d:376)
Andar no retouço	Andar a conversar pela vizinhança (V.V.Ródão)
Andar passarona	Não ter vontade para fazer nada (Escalos de Cima)
Andar rebolindo	Sentir-se extremamente satisfeito (Buescu, 1984:253)
Andar turvo do juízo	Pessoa que sofre de psicopatologia, andar louco, desorientado no tempo e no espaço (Castelo Branco)
Andar variado	Andar doido, sofrer de doença psiquiátrica (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Andarilho	Criança ou adulto hiperactivo, instável (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Anjinho	Pessoa que não sabe fazer nada, que não se sabe orientar, criança com menos de sete anos (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ao menino e ao borracho põe-lhe Deus a mão por baixo	(Infante, 1992:276)

Ao pé de mim não há tristeza	Expressão que caracteriza um indivíduo extrovertido (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Apaixonado	Preocupado (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Apetece-me desaparecer	Expressão que em clínica psiquiátrica por ser sinónimo de ideação suicida (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Apoquentar	Sofrer, estar aflito (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Apocado	Débil mental (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Aranha	Pessoa inábil ou sem expediente (Oliveira, s/d:372)
Argolão	O mesmo que argolona
Argolona	Mulher faladora que diz o seu e o alheio (Dias, 1961:157)
Arreganhado	Rapaz que não arranja rapariga ou que não se casa, rapaz que parece ter medo das raparigas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Arrelio	Enervamento (Castelo Branco)
Arrenegado	Zangado, mal disposto (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Arresoluto	Irresoluto, pessoa sem medo, destemido, determinado (Rabacinas)
Arruda	Planta de muito mau cheiro usada em defumadoiros para afugentar a acção maléfica das bruxas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Arteiro	Alegre, vivo (Buescu, 1984:253)
Artes más	Realização atribuída a uma intervenção diabólica ou de bruxaria (Idanha-a-Velha)
Assanhado	Embravecido (Jorge, 1996:382); (Dias, 1967:331)
Assarapantado	Assustado, assustadiço (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Assobacado	Aturdido, confundido, atrapalhado, fiquei mesmo assobacado (Dias, 1961:158)
Assuada	Troça, zombaria (Buescu, 1984:256)
Atado	Pessoa sem expediente, indivíduo sem espírito de iniciativa (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Atarantado	Atrapalhado (Jorge, 1996:382); (Dias, 1961:159); Confuso (V.V.Ródão)
Atazanar	Insistir (Buescu, 1984:276)
Até a formiga tem catarro	Dito a uma criança, ou de uma criança, que manifesta precocemente desejos ou sintomas de idade mais avançada. O mesmo que “até, a pulga tem catarro” (Rabacinas, V.V.Ródão)
Até a pulga tem catarro	Expressão que se costuma utilizar para uma criança que diz ou faz o que a idade normalmente lhe veda ou que ainda não é apropriado fazer. O mesmo que “até a formiga tem catarro” (Bairrada)
Atomatar-se	Atemorizar-se. Ter medo (Dias, 1963:104)
Atrasado	Oligofrénico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Atrasadinho	Oligofrénico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Atravessado	Arrevesado (Jorge, 1996:382)
Atrogalhado	Aparvalhado (Jorge, 1996:382)
Atroumoujado	Combalido (Henriques, 1988:76)
Aguado	Criança aguada. Assim 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)

Avenado	Teimoso, (Jorge, 1996:383)
Azamboado	O mesmo que azambuedo. Sensação de mal estar, de tonturas, de peso e dor centrada sobretudo na cabeça (Proença-a-Nova, V.V.Ródão). Sensação vivida por um indivíduo que ingeriu excesso de bebidas alcoólicas. (Vilhena, 1995:271)
Azambuêdo	Entontecido (Jorge, 1996:383)
Azamel ou Azemel	Pessoa ou animal sem acção, mole (Dias, 1967:331)

B

Babanca	Pessoa sem vontade própria. (Belo, 1985:146); (Dias, 1961a:117) Palerma, pacóvio (Belo, 1988:12)
Badalão	Mulher que fala demais e para a qual não há segredos (Idanha-a-Nova); (Dias, 1961a:117)
Badalo	O mesmo que badalão, que fala da vida dos outros, pessoa incapaz de guardar segredos, chocalho, órgão genital masculino (Rabacinas)
Badameco	Indivíduo com traços de personalidade pouco vincados, criança (V.V.Ródão)
Badaneco	Homem sem importância (pejorativo) (Buescu, 1984:253)
Bailar as tropecinhas	Contente, feliz (Henriques, 1988:76)
Bailareco	Vadio, amigo de se divertir (Ferreira, 1970:173)
Baionco	Parvo (Oliveira, s/d:373)
Balhardeiro	Pessoa muito mal vestida, suja, com barba e cabelo comprido e despenteado (Montes da Senhora, Rabacinas)
Balseiro	Pessoa que gosta de falar muito e trabalhar pouco. Pessoa gorda mais dada ao prazer (Alcains, Retaxo)
Baluenas	Homem desleixado, mal ajeitado (Dias, 1961a:118)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Banaboia	F. é um banaboia. Pessoa sem vontade ou que muda de opinião a cada passo. (Dias, 1961a:118)
Banana	Palerma, pessoa sem energia (Oliveira, s/d:373)
Barbeiro	“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 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) Curandeiro (Vilhena, 1988:219)
Bastiço	F. é um bastiço a falar. Falar depressa e muito (Idanha-a-Nova); (Dias, 1961a:120)
Batateiro	Useiro em dizer petas (Buescu, 1984:253)
Bêbado como um cacho ou Bêbado que nem um cacho	Muito bêbado (Jorge, 1996:406); (Moura, 1996:72)
Bêbado como uma pipa	(Jorge, 1996:406)
Bebe	Que consome excessivamente bebidas alcoólicas (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Bebe o que apanha à frente	Bebe todo o tipo e quantidade de bebidas alcoólicas (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Bebe que nem um forneiro	(Dias, 1970:88)
Bebe que nem uma besta	(Dias, 1970:88)
Bêbado que nem um cacho ou que nem um odre	(Dias, 1970:89)
Bebedola	O que bebe bastante vinho ou bebidas alcoólicas sem que, contudo, se embebede totalmente (Oliveira, s/d:373)

Beber a espora	Dizem quando alguém, à partida para a viagem, bebe o último copo de vinho (Dias, 1967:358)
Beber a vara	O mesmo que beber a espora (Sarzedas) (Dias, 1967:358)
Beber bem	Consumir grande quantidade de bebida alcoólica (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Beber sem destino	Beber sem controlo, beber em excesso (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Bécolas	Cara de mau humor (Matos, 1983:80)
Benta	Espécie de bruxa ou feiticeira que se considera benfazeja e destruidora 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 choram no ventre materno ou têm uma cruz no céu da boca. (Almaceda)
Benzilhão	Indivíduo mediador entre o espírito dos mortos e os indivíduos vivos, curandeiro, homem de virtude. (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Leitão, s/d:60)
Benzilhoa	Vidente, bruxa, feminino de benzilhão (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Benzilhona	O mesmo que benzilhão, pessoa que trata através de rezas. (Fratel)
Berzundela	Bebedeira (Catharino, 1933:190)
Bicha	F. está que nem uma bicha! Está muito zangado. Bravo (Idanha-a-Nova); (Dias, 1961a:121)
Bicha-altéria	Pessoa de mau génio (Buescu, 1984:253)
Bicho	Conservar e matar o bicho. Beber aguardente ou outra bebida

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	alcoólica em jejum (Dias, 1961a:121)
Bitcha	O mesmo que bicha
Bitcho	O mesmo que bicho
Boa-hora	Aparição nocturna benfazeja (Buescu, 1984:274)
Borco	Pessoa mal humurada que vive só sem querer companhia (Belo, 1988:14)
Borgêço	Homem ou mulher sem acção (Jorge, 1996:384). Homem gordo com pouca vida. Homem sem acção (Dias, 1961a:123)
Borrafudo	Pessoa mole, indolente (Jorge, 1996:384)
Borrachudo	Acanhado (Buescu, 1984:253)
Borracho	Bêbado (Buescu, 1984:254). Indivíduo que consome frequentemente excesso de bebidas alcoólicas (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Borratcho	O mesmo que borracho (Proença-a-Nova)
Borracheira	Bebedeira (Buescu, 1984:254)
Borratchêra	Bebedeira (Buescu, 1985:146)
Borrefo	Acanhado (Buescu, 1984:253)
Borregana	Pessoa pacífica, dócil (Proença-a-Nova); (Oliveira, s/d:373)
Branco como a cal	Diz-se de uma pessoa doente, em convalescença, que está prestes a desmaiar ou desmaiado (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Branquita	Aguardente (Moura, 1996:72)
Bravo	Diz-se de criança que chora demasiadamente (Buescu, 1984:254)
Bretoledo	Homem aparvalhado, pateta, parvo (Dias, 1961a:124)

Briol	Vinho (Oliveira, s/d:373)
Brôco	Sem bons modos (Jorge, 1996:385)
Bruta montes	Bruto, sem modos, grosseiro, pouco sensível (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Brutedéde	Brutalidade (Jorge, 1996:385) Brutidade, brutalidade (Dias, 1961a:124)
Bruto como um tamanco	Expressão que caracteriza uma pessoa mal educada (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Oliveira, s/d:285)
Bruto como uma porta	(Oliveira, s/d:285)
Bruto que nem um tamanco	O mesmo que bruto como um tamanco (Oliveira, s/d:328)
Bruto que nem uma porta	(V.V.Ródão); (Oliveira, s/d:328)
Brutoldo	Estúpido (Buescu, 1984:253)
Bruxa	Mulher que o povo crê praticar artes misteriosas e maléficas (Buescu, 1984:274)
Bulidio	Volúvel (Buescu, 1984:253)
Burgesso	Homem gordo com pouca vida. Homem sem acção. (Dias, 1967:331)
Burrancana	Pouco esperto (Jorge, 1996:385) F. é um burrancana. É pouco esperto. Indolente. Que se deixa dominar com facilidade. (Dias, 1961a:125)
Burréco	Diz-se de uma pessoa tida como pouco esperta. É um burréco. (Dias, 1961a:125)

C

Cabeça a zenir	Sensação estranha na cabeça, "trazer a cabeça vazia" (Tinalhas)
Cabeça de atum	Pessoa esquecediça, sem memória ou sem tino (Oliveira,

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	s/d:374)
Cabeça desaurida	Desorientado no tempo e no espaço, em grande confusão (Rosmaninhal)
Cabeça leve	Sensação de cabeça vazia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cabeça pesada	Sensação de cabeça pesada, o mesmo que trazer um peso na cabeça (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cabeça tonta	Sensação de desmaio, sensação de cair, zozno (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cabra	Mulher leviana, mulher irrequieta (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cabrajola	Rapariga de reputação duvidosa (Catharino, 1933:192); (Vilhena, 1988:220)
Caçoar	Desdenhar, troçar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cada doido com sua mania	(Oliveira, s/d:308)
Cagaço	Medo, susto, terror (Buescu, 1984:253)
Cagaitas	Pessoa medrosa, cobarde ou indecisa (Oliveira, s/d:374)
Cagalhoeiro	Bazófiu, pessoa que se julga importante (Oliveira, s/d:374)
Cagança	Vaidade, presunção (V.V.Ródão)
Caganeiroso	Gabarola, o mesmo que cagalhoeiro (Oliveira, s/d:374)
Cagão	Homem medroso (Buescu, 1984:253); vaidoso, presunçoso (V.V.Ródão)
Cagarola	Pessoa medrosa, medricas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cagata	Cagaço (Buescu, 1984:253)
Caixa dos pirolitos	Cabeça no sentido de cérebro, de juízo (Oliveira, s/d:374)

Calendário	Pessoa mexeriqueira (Buescu, 1984:253)
Calhondrices	Chorrilho acerca da vida dos outros
Calhorda	Pessoa reles, pateta (Belo, 1985:146)
Calmão	Homem irritadiço, que ferve em pouca água (Idanha-a-Velha)
Camaçada	Forte enxaqueca (Buescu, 1984:250)
Camoeca	O mesmo que perua. Bebedeira
Canabarro	Copo grande de vinho (Matos, 1983:81)
Canafrecha	Mulher que muito ri ou muito fala (Oliveira, s/d:374)
Canalha	Rapazio, pessoa sem carácter (Belo, 1985:146)
Cantar o landum	Chorar, lamentar-se (Vilhena, 1988:221)
Careio	Juízo (Jorge, 1996:386)
Casa dos oratos	Local desarrumado, “virado do avesso”. Casa onde reside a confusão e onde ninguém se entende. (Proença-a-Nova). Casa dos Orates (Fuentenebro, 1990:426) é um local de tratamento de doentes de foro psiquiátrico, fundado em Valência, pelo padre Jofé (1350-1417). Esta instituição de saúde, ligada à igreja, continua activa.
Casa onde não há pão todos ralham e ninguém tem razão	(Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cascar	F. Casca-lhe! Bebe muito vinho (Dias, 1961a:132)
Catrina-azeiteira	Pessoa pouco asseada (Buescu, 1984:253)
Cavalão	Pessoa corpulenta e pouco expedita (Buescu, 1984:253)
Cavalo-de-argola	Pessoa preguiçosa (Buescu, 1984:253)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Cavalo-gargantão	Pessoa preguiçosa e comodista (Buescu, 1984:253)
Cediço	Aborrecido, maçador (Idanha-a-Nova); (Dias, 1967:332)
Cérebro cansado	Deprimido, sem memória (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cérebro esgotado	O mesmo que cérebro cansado (Freixial do Campo)
Cérebro fraco	Doente mental, deprimido, sem memória (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Chalupa	Doido, louco (V.V.Ródão)
Chancha	Mulher desajeitada (Buescu, 1984:253)
Changalheira	Pessoa que não tem gosto em se arranjar. Pessoa que veste mal (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Charepa	Mulher ou rapariga muito tagarela (Oliveira, s/d:376)
Charepe	Pessoa sem importância que se mete a falar de tudo sem conhecimento (Dias, 1961a:134)
Charingueiro	Homem aborrecido, maçador, que repisa e aborrece e devassa o que ouve e sabe (Dias, 1961a:134)
Cheio de vento	Diz e caracteriza uma pessoa com presunção, vaidoso (V.V.Ródão)
Cheio de vida	Activo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Chora	Muito choro, choradeira (Buescu, 1984:276)
Chorava c'ma uma criança	(Dias, 1953:217)
Chorelho	O que chora por qualquer coisa (Proença-a-Nova)
Choucho	Pateta, incapaz de profundar um conhecimento (Dias, 1961a:134)

Cisma	Mania (Buescu, 1984:253). Ideia obsessiva ou delirante
Cizo	Juízo (Jorge, 1996:387)
Côdeas	F. é um côdeas. Não sabe o que quer, aceita o que lhe dão, um parvana, um pateta (Dias, 1967:332)
Cóia	Estar ou andar embriagado (Oliveira, s/d:376)
Coirão	Mulher pouco humana. Mulher infiel. Má pessoa (Henriques, 1988:76) Raramente empregue para cacterizar homens ou animais (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Colandrona	Mandrióna (Buescu, 1984:253)
Colhambana	Homem completamente dependente da mulher. Rapaz que possui medo. Homem de pouca fibra, mole (Rabacinas, V.V.Ródão). Pessoa sem valor (Belo, 1988:17)
Com melão vinho de tostão	(Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Com papas e bolos se enganam os tolos	(Oliveira, s/d:309)
Compreição	Disposição física ou psíquica para algo (Proença-a-Nova). Compleição, disposição de espírito. (Belo, 1988:17)
Condão	Virtude, poder (Proença-a-Nova)
Cóninhas	Homem que se deixa controlar pela mulher, indivíduo um pouco efeminado, sem vontade própria (V.V.Ródão)
Conta-peidos	Pessoa que conta tudo o que ouve, linguareiro, termo mais utilizado entre crianças (V.V.Ródão)
Copaneira	Copo de vinho (Oliveira, s/d:376)
Corpo aberto	Período após o parto de 30 ou 40 dias, conforme a mulher tenha tido uma criança do sexo feminino ou masculino, respectivamente. Neste lapso de tempo a mulher estava receptiva

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	a receber espíritos (Proença-a-Nova)
Corpo grande alma de palha	Provérbio popular que pretende caracterizar a lentidão e o deixa andar frequentemente encontrada nas pessoas de grande porte (V.V.Ródão)
Corrente	Sociável, de convívio simpático: «corrente como o homem da louça» (Buescu, 1984:253)
Correr as capelinhas	Andar de taberna em taberna (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Cortar na casca	O mesmo que traçar na casaca (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Crise de nervos	Nervoso, agitação psico-motora (Castelo Branco)
Curioso	Benzilhão, endireita, vidente, bruxo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Curiosa	Vidente, bruxa, benzilhoa, parteira nas comunidades rurais (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Custar a ir ao sítio	Dificuldade em observarem-se melhoras numa situação de doença (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

D

Damocho	Demónio (Buescu, 1984:274)
Damouro	Demónio (Buescu, 1984:274)
Danação	Raiva, fúria (Buescu, 1984:256)
Dandonico	Ser diabólico que o povo crê que aparece de noite nas casas, causando distúrbios e ruídos (Buescu, 1984:274)
Dar ais	Manifestação de angústia, pode corresponder a sintomatologia depressiva (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Rodão)
Dar ao badalo	Falar muito e sem jeito (Roque, 1975:33)
Dar-ao-lambarão	Falar demasiado e sem utilidade (Buescu, 1984:256)

Dar à taramela	Falar muito.
Dar choque	Preocupar, entristecer, perturbar (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Dar condano	O mesmo que dar choque (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Dar conta do juízo	Fazer sofrer, indivíduo ou situação que contribui para a doença psiquiátrica (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Dar em agarrar nervos	Ficar nervoso (Proença-a-Nova)
De pecanino é que se troce o rabitcho	(Buescu, 1984:237)
De sábio e louco todos temos um pouco	(Infante, 1992:274)
Defumadouro	Acto de defumar (Buescu, 1984:274)
Defumar	Queimar certas ervas que têm bento para afastar doenças ou outros males (Buescu, 1984:274)
Deitar as coisas para detrás das costas	Esquecer, perdoar, expressão que incentiva à não valorização do problema (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Demo	Demónio (Buescu, 1984:274)
Desacorçoado	(Oliveira, s/d:364) Descoroado. Desanimado (Dias, 1962:140). Estou desacorçoado com dores (Dias, 1967:329). Temporariamente sem esperança, abatido (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Descadeirado	Diz-se do estado em que fica uma família ou comunidade depois de ter sofrido um grande desgosto material ou moral. A depressão que deles se apoderou atingiu-lhes o físico e o psíquico. Daí a expressão popular: “fui vê-los e está tudo descadeirado” ou “encontrei-os descadeirados” (Infante, 1992:287)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Descornar	Votar ao desprezo (Buescu, 1984:253)
Desinfeliz	Pôr infeliz (Dias, 1962:141)
Desinquieta	Preocupado. Que não sossega. Que não pode estar quieto (Dias, 1962:141)
Desinsofrido	Impaciente (Oliveira, s/d:377). Sensível à dor, pessoal ou alheia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Desmazelado	Descuidado, desleixado (Dias, 1967:332)
Desmorecer	Esmorecer: tirar ou perder o ânimo (Buescu, 1984:253)
Desmorecimento	Esmorecimento (Buescu, 1984:253)
Desnortear	Perder a orientação temporal e espacial, que não sabe o que faz, louco (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Desovada	Entristecida, pessoa sem acção (Belo, 1985:147)
Destrambelhado	Disparatado. Desorientado (Dias, 1962:142)
Deu-lhe uma coisa	Expressão sinónima de desmaio, de uma crise epiléptica ou distónica (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Deus nos dê juízo até à hora da morte	(Oliveira, s/d:352)
Diabólica	Ruídos infernais (Buescu, 1984:274)
Disparatar	Dizer o que não devia, exaltar-se (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Diz o borrachão o que tem no coração	(Buescu, 1984:237); (Infante, 1992:272)
Doente da cabeça	Doente do foro psiquiátrico ou neurológico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Doido varrido	Completamente louco (Fratel)
Dormência	Parestesia (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Duro que nem um corno	Diz-se de algo muito rijo, qualifica uma pessoa difícil de domar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

E

É uma pinga de estalo	Expressão que caracteriza o vinho de qualidade (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Dias, 1970:89)
Embaçar	Desmaiar, perder os sentidos (Buescu, 1984:251) Atrapalhar (Buescu, 1984:253)
Embalde	Pessoa sem actividade (Belo, 1988:20)
Embezerrado	Amuado, carrancudo (Oliveira, s/d:377)
Emborrafado	Acanhado (Buescu, 1984:253)
Emonado	Amuado (Belo, 1985:147); (Matos, 1983:81)
Emoscado	Aborrecido, zangado (Vilhena, 1988:220)
Empachoso	Que empata, estorva (Buescu, 1984:253)
Empoucadinho	Atrasado, oligofrénico (Fratel)
Emouqueço	Pessoa de fraco espírito, de pouco juízo, imbecil ou apalermada, o mesmo que manhouva
Emproado	Empertigado, vaidoso, muito senhor de si próprio com a mania de superioridade (Proença-a-Nova)
Encolhido	Diz-se de uma pessoa tímida ou envergonhada (Idanha-a-Velha)
Endego	Embaraçar (endez?) (Buescu, 1984:253)
Endodédo	Indivíduo portador de doença psiquiátrica ou atitudes a condizer (Proença-a-Nova); (Oliveira, s/d:365)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Enfadado	Cansado, aborrecido (Jorge, 1996:390)
Enfraquecer do cérebro	Ficar louco, portador de psicopatologia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Engonhas	Coisas ou atitudes esquisitas (Vilhena, 1988:220)
Enjoujédo	Desmaiado, que perdeu os sentidos, maldispósito (Vilhena, 1988:220)
Ensobacado	Atrapalhado, juízo (Jorge, 1996:390)
Entendido	Vidente, benzilhão (Castelo Branco, Proença-a-Nova)
Entrufado	Pavoneado; com soberbia; dar-se por ofendido (Oliveira, s/d:378)
Esborrachar	Beber copos de vinho amiudamente; levar vida de borrachão (Oliveira, s/d:378)
Escamourão	Pessoa áspera (Oliveira, s/d:378)
Escarou	Pessoa desabrida e brusca (Buescu, 1984:253)
Esgalamida	Mulher doente. Enfezada (Malpica); (Dias, 1962:147)
Esganada	Malvada, egoísta, avarenta (Roque, 1975:33)
Esgarouvido	Estouvado, leviano (Vilhena, 1988:220)
Esgazeado	Louco, indivíduo que se comporta como louco (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Esgrouviado	Pessoa de cabelo despenteado, pessoa sem orientação (V.V.Ródão)
Espairecer	Terapia que consiste em sair de casa e distrair. Fazer coisas diferentes do habitual com fim terapêutico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Espalha-brasas	Pessoa demasiado mexida e faladora sempre agitada (Oliveira, s/d:378). Indivíduo com comportamento histriónico (Proença-a-

	Nova, V.V.Ródão)
Espandireido	Caído no chão (Matos, 1983:82)
Espanhol de má raça	Indivíduo que dificilmente se faz entender através da linguagem (V.V.Ródão)
Espanta-milhenos	Pessoa que fala muito (Vilhena, 1988:220)
Esparvoado	Indivíduo de cabeça no ar, doido (Proença-a-Nova)
Espertina	Insónia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Esquecido	Leso, parestesia (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Esquisito	Pessoa que em relação a uma outra reduz as relações ao indispensável (Proença-a-Nova)
Está bêbado c'ma um carro	(Dias, 1953:216)
Estambuerada	À bruta, à força, com predomínio da força sobre a razão
Estar a fazer ronha	Num trabalho de grupo fazer o menos possível utilizando, para isso, a astúcia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Estar a pensar na morte da bezerra	Pensativo (Proença-a-Nova)
Estar atacado pelos nervos	Sofrer de sintomatologia psicopatológica, agitação psico-motora (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Estar com a pernetá	Estar sob a influência de um astro mau ou coisa ruim, estar implicativo, que pega com toda a gente (Proença-a-Nova)
Estar com espertina	Estar sem sono, estar com insónia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Estar com lenguetenas	Expressão dita a uma pessoa que fala em excesso e nem sempre verdade, conversa fútil (Bairrada)
Estar de todo	Estar ou ficar muito doente (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Estar ou ficar mana	Mana, significa irmã, diz o dicionário, é empregada popularmente, como frase, com um sentido totalmente diferente, pelo menos, que nós sabemos, em Alcains. Assim, se diz “Os meus filhos estão numa colónia de férias ou foram para a praia; são muito traquinas e, por vezes, impacientam-me e põem-me os nervos em franja, mas sem eles não sei o que me falta: estou mana!”. “Sem ti, fico mana”, exclama uma amiga para outra quando a vê partir para longe ou mesmo por vários dias. Ignoramos o porquê deste significado que tanto pode exprimir solidão, com saudades ou as duas coisas ou ainda mais alguma aparentada com elas. (Infante, 1992:287)
Estar-se a ficar	Perder os sentidos, desmaio (V.V.Ródão)
Estartalho	Mulher rabugenta (Catarino, 1933:192). Pessoa que não vale nada. (Vilhena, 1988:220)
Estarrancina	Estado de desordem em que fica um espaço depois de uma luta (Henriques, 1988:76). Desordem, desarranjo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Esterloucada	Variada da cabeça (Moura, 1996:74)
Estonteada	Que sofre de sintomatologia psiquiátrica, à laia de louco, sensação estranha na cabeça, vertigem (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Estouvado	Indivíduo que faz tudo à base da força, que não procura o jeito das coisas. Que prefere utilizar os músculos em detrimento do raciocínio (Proença-a-Nova)
Estrafeichos	Desacatos. Fez tais estrafeitos que se viram e desejaram para o segurar (Dias, 1962:148)
Estrabalieir	Varia o sentido (Matos, 1983:82). Situação compatível com a demência
Estrambelhado	Sem trambelhos, com alterações de comportamento (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Estrafonicar	Estragar, destruir (Toulões)
Estravaliédo	Emparvoado, pouco ajuizado (Oliveira, s/d:380). O mesmo que estrabalier (Proença-a-Nova)
Estravaleir	Variar o sentido (Matos, 1983:82). Situação compatível com a demência
Estravaliér	Delirar, variar o sentido ou juízo (Belo, 1985: 147)
Estrebuchar	Convulsivar, espernear (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Estrelouquédo	Tresloucado, emparvoado, com pouco juízo (Oliveira, s/d:380)
Estrepasso	Susto (Proença-a-Nova). Corruptela de trespasso ou traspasse – aflição, dor cruciante (Vilela, 1988:220)
Estrólico	Menino tagarela (Catharino, 1933:191)
Estruto	Lúcido, com juízo, diz-se de um idoso que mantém discurso coerente e memória apurada (Bairrada)

F

F. anda aporrinhado	Oprimido, preocupado ou com apreensões (Dias, 1953:215)
F. casca-lhe bem	Bebe bem. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Dias, 1953:215)
F. faz rir as pedras	Indivíduo extrovertido e com humor (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
F. ficou-se	Desmaio, perdeu a consciência, morreu (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
F. já me fez coisas que não se fazem a um cão	Ser maltratado (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Fainico	F. teve um fainico, ou deu-lhe um fainico. Flato. Desmaio. Também pedaços. Fê-lo em pedaços (Dias, 1962:149)
Fajeca	Cobardia, medo (Buescu, 1984:253)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Falar pelos cotovelos	Verborreia, falar muito, expressão que caracteriza um indivíduo falador (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Falar com três pedras na mão	Que fala em tom de quem está zangado, antipático, agressivo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Fanhá	Fanhoso (Buescu, 1984:250)
Farrombão	Gabarola, fanfarrão, bazófia, atrevido (Oliveira, s/d:380)
«Faz-te» parvo e depois diz que o diabo te «atenta»	(Oliveira, s/d:353)
Fazelhona	Mulher activa e desembaraçada (Buescu, 1984:253)
Fazer mangação	Desdenhar (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Fazer-pouco	Troçar, zombar (Buescu, 1984:253)
Fazer rir as pedras	Indivíduo divertido, com graça (Idanha-a-Velha)
Fazer uma asneira	Suicidar-se (Castelo Branco)
Fazer um disparate	Suicidar-se (V.V.Ródão)
Fedór	Rabugenta (Catharino, 1933:192). Sem paciência, facilmente irritável (Proença-a-Nova, Oledo)
Feitio	Comportamento, modo de ser (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Fez-se alonso	Parvo (Dias, 1953:215)
Ficar alterado	Ficar diferente do que era, para pior. Ficar violento. Ficar com agitação psicomotora. Surge muitas vezes mais como um processo, um acumular de situações, do que algo repentino (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ficar apanhadinho	O mesmo que ficar maluco (Fratel)

Ficar maluco	Enlouquecer
Ficar uma pilha de nervos	Ficar nervoso, ansioso (Proença-a-Nova)
Ficar perdido da cabeça	Enlouquecer (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ficar sem dar cor de si	Desmaiado, inconsciente (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Foi uma cisma que se lhe meteu na cabeça	Possuir problemas psiquiátricos. Ideias obsessivas (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Foito	Afoito, ousado (Buescu, 1984:253)
Fona	Pessoa avarenta (Buescu, 1984:253)
Fornica-tripas	Criança muito viva (Buescu, 1984:253)
Fouta	Pessoa sem medo (Matos, 1983:82)
Fnório	Esperto (Matos, 1983:82)
Fraco da cabeça	O mesmo que fraco da ideia (Fratel)
Fraco da ideia	Débil mental, louco, agressivo (Alvito da Beira)
Fraldisqueiro	Pessoa desmazelada no vestuário (Buescu, 1984:261)
Fraquinho do cérebro	Pouco esperto (S. Vicente da Beira)
Furapastos	O mesmo que furatocas, diabrete (V.V.Ródão)
Furado do miolo	Louco (Idanha-a-Velha)
Furatocas	Criança muito meiga (Jorge, 1996:392)

G

Gaiar	Atordoar (Buescu, 1984:251)
Galapato	Fracalhote (Cebolais de Cima)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Galdeirice	Boa vida, divertimento, brincadeira, vida de vadio (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Galder	Galdério, vadio, vagabundo, gastador (Belo, 1988:25)
Galdério	Vadio (Proença-a-Nova)
Galhalhou	Cabeça doída. Estouvada (Idanha-a-Nova); (Dias 1962a:52)
Gambosino	Nome de bicho (suposto) com que se enganam os rapazes em fantasiadas caçadas nocturnas (Dias, 1962a:52)
Garouva	Rapariga brincalhona, estouvada (Vilhena, 1988:221)
Gateira	Bebedeira (Buescu, 1984:254); (Oliveira, s/d:381)
Gatemenhas	Gestos descoordenados ou incompreensíveis, mímica sem sentido (Proença-a-Nova)
Gatola	Bebedeira (V.V.Ródão)
Gatosa	Bebedeira (V.V.Ródão)
Gavasola	Gabarola (Malpica); (Dias, 1962a:53)
Genica	Actividade, hiperactividade, força, energia (V.V.Ródão)
Gente avenada	Diz-se de família ou famílias marcadas de psicose mental hereditária, decepção sentimental profunda ou tocadas por uma grande adversidade que as deixou traumatizadas para sempre. Às vezes são apelidadas de semi-dementes e maníacas (Infante, 1992:286)
Gonga	Mulher ou rapariga inábil, pateta ou sem acção (Oliveira, s/d:381)
Gongo	Pateta, imbecil (Oliveira, s/d:381)
Gostar da pinga	Bêbado, abuso no consumo de bebidas alcoólicas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Grafonola	Pessoa que fala muito (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Gralha	Rapariga ou mulher faladora (Oliveira, s/d:381)
Grossura	Bebedeira (V.V.Ródão)
Guardar tudo	Introverso, reservado (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Guinada	Dor de aparecimento e desaparecimento muito rápido (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

H

Hambriado	(Dias, 1962a:55)
Homem grande corpo de palha	(Oliveira, s/d:285)
Homem pequenino, velhaco ou dançarino	(Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Hospitalêra	Enfermeira (Proença-a-Nova)

I

Ideia	Pensamento, capacidade mental (S. Vicente da Beira)
Ideias malucas	Ideias de suicídio (Castelo Branco, V.V.Ródão)
Ímpados	Que tem maus ímpados, o homem violento (Catharino, 1933:191)
Impauquedo	Com pouco juízo (Moura, 1996:75)
Indino	Vadio (Buescu, 1984:253)
Inferneira	Barulho, confusão, tumulto (Buescu, 1984:276)
Influência	Interesse, “ando sempre triste, perdi a influência da vida” (Benquerença)
Ingonha	Inábil, indolente (Oliveira, s/d:382)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Ingremeço	Criança enfezada e débil (Buescu, 1984:252)
Inimigo	Diabo, às vezes bruxo ou vidente, judeu, homem endemoninhado (Idanha-a-Velha)
Ir-se abaixo	Ficar doente, voltar a ficar doente ou agravamento do seu estado (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

J

Já não há ninguém que não padeça: uns do cú outros da cabeça	(Oliveira, s/d:353)
Já vir de geração	Ser hereditário (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Jorra	Bebedeira (Buescu, 1984:254)
Judeu	Indivíduo de má índole (Buescu, 1984:253). Criança ou adulto jovem que faz frequentemente patifarias (Proença-a-Nova)

L

Lágrimas talhadas	Lágrimas abundantes (Buescu, 1984:253)
Lambança	Barulheira. Barulheira acompanhada de confusão, gritaria, burburinho, conversa em voz alta (Proença-a-Nova, V.V. Ródão); (Henriques, 1988:76)
Lambão	Madraço. Mandrião. Que não quer trabalhar (Dias, 1962a:58). Indolente, preguiçoso (Buescu, 1984:253)
Lambarão	Conversa; conversa fiada (Proença-a-Nova, Chão da Vã)
Lampanas	Intrujices. Não me venhas cá com lampanas (Dias, 1962a:58)
Languioso	Indivíduo chato, com comportamento pegajoso (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Lanternas	Garrafa de vinho (Oliveira, s/d:382)
Laraxa	Laracha (Buescu, 1984:253)
Laraxeiro	Laracheador (Buescu, 1984:253)

Lascarina	Rapariga atrevida, velhaca (Vilhena, 1988:221)
Lenguetena	Verborreia, excesso de conversa que nem sempre corresponde à verdade, conversa fiada (Bairrada)
Leso	Parestesia, área do corpo que o indivíduo não sente (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Lida	Problema, complicação, trabalhos (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Limbesgóia	Pessoa magra, irrequieta, nervosa (a maneira de ser conta mais que o físico) (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Linterna	Garrafa de vinho (Oliveira, s/d:382)
Lobis-homem	Homem que se transforma em animal (Dias, 1962a:59)
Lombo-duvas	Preguiçoso (Catharino, 1933:192)

M

Má-chacão	Má índole, mau íntimo (Belo, 1988:29)
Machacaz	O mesmo que Matchaz
Magengra	Homem fraco. És um magengra (Dias, 1962a:60)
Magicar	Pensar, cismar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mai sabe o tolo no seu, do qu'ó sesudo no alheio	(Buescu, 1984:236)
Maião	Mulher desajeitada (Buescu, 1984:252)
Mais branco que a cal da parede	Expressão que caracteriza o estado em que se encontra um indivíduo aterrorizado ou em estado de choque, indivíduo de tez muito branca (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mal erguido não é criado	Isto é, não se crê ser grande a doença de quem anda de pé (Oliveira, s/d:312)
Mal esgalhado	Demoníaco (Catharino, 1933:190)
Mal-mandado	Desobediente. O teu filho é mal-mandado (Dias, 1962a:61). Mal

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	educado (V.V.Ródão)
Malagou	Atrasado (Cebolais de cima)
Malina	Maldade (Buescu, 1984:253)
Maltês	Pessoa indisciplinada e vadia; vagabunda (Buescu, 1984:253)
Maltês de pau e manta	Expressão que caracteriza um indivíduo sem eira nem beira, vadio, pedinte (Proença-a-Nova)
Mandongá	Mulher desmazelada, mal-arranjada (Dias, 1962a:62)
Mandongo	Desajeitado (Buescu, 1984:253)
Mangação	Caçoada, motejo (Buescu, 1984:256)
Mangar	Motejar, zombar (Buescu, 1984:256)
Mangengra	Megengra: pesssoa enfezada (Buescu, 1984:252)
Manhouvas	O mesmo que empouquédo ou poucoquinho. (Oliveira, s/d:382) Pessoa sem expediente, acanhado... (Crespo, 1985:86)
Maniento	Vaidoso (Buescu, 1984:253)
Manifagafinhos	Parlenda que os gagos não dizem (Dias, 1962a:62)
Manso como o chão	Expressão que caracteriza uma pessoa ou animal que não dá preocupações (Bairrada)
Manso como a terra	Diz-se de uma pessoa, geralmente criança, ou animal (bois ou burros) que pelo seu comportamento meigo não inspiram cuidados. (Proença-a-Nova, V.V.Ródão, Sarzedas)
Mãos de aranha	Pessoa sem expediente, atada (Idanha-a-Nova); (Dias, 1962a:62). Pessoa que ao manusear os objectos os deixa cair. (Proença-a-Nova)
Marafona	Mulher feia e desajeitada (Buescu, 1984:252)

Mariola	Indivíduo que não merece respeito, criança (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Marouvel	Tonto, mau (Catharino, 1933:189)
Marralheiro	Triste, hipoactivo, abatido (Proença-a-Nova); (Henriques, 1988:76)
Marrano	Pessoa de maus costumes (Buescu, 1984:253)
Marrar com o comboio	Atira-se esta expressão a uma pessoa caturra, que não concorda com coisa nenhuma e é impossível de aturar (Infante, 1992:288)
Masmorra	Preguiça. Ando com grande masmorra, com grande preguiça (Malpica); (Dias, 1962a:63). Apatia, adinamia (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Matar o bicho	Beber aguardente em jejum (Dias, 1967:358); (Jorge, 1996:407)
Matchação	É sinónimo de birra forte, que leva a pessoa a amuar-se visivelmente indisposta, com olhar esgarado, movimento de pés e mãos por vezes estrepitosos e gestos semelhantes, nada aceitando no seu "penedinho", quando não é, mesmo um "penedão" (Infante, 1992:286)
Matchacaz	Desajeitado. Homem desordenado, material e moralmente (Dias, 1962a:64)
Matraca	Mulher que fala muito (Dias, 1962a:64)
Mau como as cobras	Diz-se de pessoa, ou mais raramente animal, de comportamento agressivo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Dias, 1953:216); (Oliveira, s/d:285)
Mau como o facadas	Com mau génio, mau intimo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Oliveira, s/d:285)
Mau olhado	O mesmo que acedente (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Médico	Designação também dada a videntes, bruxas (Idanha-a-Velha)
Médico dos nervos	Psiquiatra (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mejoca	Bebida ordinária (Oliveira, s/d;382). Vinho de má qualidade que provoca indisposição (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Melancanha	Pouco esperta (Moura, 1996:76)
Melias	Pessoa sem apetite; pessoa que come pouco (Jorge, 1996:396). Pessoa sem acção (Roque, 1975:33). Pessoa sem apetite e pessoa sem acção (Moura, 1996:77)
Menhouvo	Mecambúzio (Catharino, 1933:192)
Menina Amélia	Amaricado, expressão frequente entre crianças do sexo masculino (V.V.Ródão)
Merda	F. é um merda. Não vale nada (Dias, 1962a:64)
Merdilheiro	Rapaz sujo (Buescu, 1984:275)
Merxolêro	Homem que executa tarefas femininas (Jorge, 1996:396)
Meter o azougue nas orelhas	Incitar uma pessoa indolente, com pouca vida a tomar decisões de modo a acautelar o futuro (Belo, 1988:31)
Meter-lhe a cabeça na pilheira	Expressão que qualifica viril (de autoritária, de quem manda) a mulher de quem se fala, ou de um homem enfeminado, sem autoridade (Rabacinas)
Mezinha	Prescrição (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mijar fora do testo	Que viola as normas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mimo do caco	Olha o mimo do caco! Criança muito mimada (Dias, 1962a:64)
Minhouva	Indivíduo que é incapaz de se defender, atrasado (Proença-a-

	Nova, V.V.Ródão)
Mistela	Produto que as raparigas, ou as respectivas mães, davam a beber aos rapazes, misturado no vinho ou no café, com o objectivo de os “prender”. Isto é, para não namorarem outras mulheres. Os produtos misturados eram raspa de unha e sangue menstrual (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Mocho-macho	Marimacho, mulher com aspecto ou modos próprios de homem (Belo, 1988:31)
Moer o sentido	Pensativo, ideia obsessiva (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Moina	Moinante. Quase vadio, que procura os divertimentos de preferência ao trabalho (Dias, 1962a:65). Vadio (Proença-a-Nova)
Moinante	O mesmo que moina. Brincahão, vadio (Buescu, 1984:253)
Molancancho	Mole, indolente, asténico (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Molazinho	Mole, indolente (Benquerença); (Dias, 1962a:66)
Mole como as papas	Diz-se de algo mole. Caracteriza um tipo de comportamento frequente em indivíduos hipoactivos (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Oliveira, s/d;285)
Moleira	Topo da cabeça (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Molenzão	Indolente (Moura, 1996:77)
Molhar a palavra	Beber uns copos de vinho enquanto se conversa (Castelo Branco)
Monesga	Mulher indolente (Catharino, 1933:191). Mulher pouco activa, preguiçosa (Vilhena, 1988:221)
Mono	Sensaborão. F. é um mono. Está sempre mono. No comércio, monos são os artigos que não se vendem (Dias, 1962a:66). Que não fala. Que estorva e, simultaneamente, não tem serventia

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	(Proença-a-Nova)
Morangar	Trabalhar pouco, fingindo que faz alguma coisa (Buescu, 1984:277)
Morcelão	Indolente (Buescu, 1984:253)
Morfulho	Montão de coisas em desordem (Buescu, 1984:277)
Morganho	Rapaz sem acção (Catharino, 1933:190)
Mosca-morta	Pessoa indolente (Oliveira, s/d:382). Sonso, sorna. Pessoa sem vida (Dias, 1962b:67). Sonso parece que nem parte um prato e é, a destruição da louça (Moura, 1996:77). Pessoa indolente, sem actividade (Belo, 1988:32)
Moscardeiro	Insistente, chato, intrometido (V.V.Ródão)
Mostrunço	Pessoa mal amanhada, pouco cuidada (Dias, 1962b:67)
Mougeira	Preguiça (Buescu, 1984:253)
Muito come o tolo, mas mais tolo é quem lho dá	(Infante, 1992:289)
Muito riso pouco juízo	(Buescu, 1984:238). (Dias, 1953:203)
Mulher de virtude	Mulher que tem o dom de curar através de rezas e mezinhas
Mulherzinha	O mesmo que vidente, bruxa (Oledo)

N

Na primeira (asneira) quem quer cai, na segunda cai quem quer, na terceira caem os tolos	(Infante, 1992:279)
Não atarouca	Que sofre de perturbações psiquiátricas, indivíduo com desorientação temporal, espacial, ou ambas, pessoas que produz discurso incongruente (Proença-a-Nova)

Não bater bem	O mesmo que não bater bem da bola (Bairrada)
Não bater bem da bola	Sofrer de distúrbios psiquiátricos, ser estranho (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não dar conta do recado	Indivíduo que devido às suas incapacidades ou características é incapaz de levar a bom termo qualquer objectivo ou acção. (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não dar para as letras	Expressão que caracteriza um indivíduo com baixo rendimento escolar e que pode, eventualmente, esconder debilidade (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não dizer coisa com coisa	Discurso incongruente, estar louco (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não estar bom da cabeça	Estar louco, sofrer de psicopatologia (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não estar em si	Descontrolado, com agitação psico-motora (Castelo Branco, Proença-a-Nova); (Oliveira, s/d:338)
Não estar estreme	Indivíduo que já ingeriu bebidas alcoólicas desde que se levantou da cama (Proença-a-Nova)
Não fazer pouco de quem é pouco	Não espezinhar quem é hierarquicamente inferior ou quem não sabe o que faz por problemas psiquiátricos (Montes da Senhora, Rabacinas)
Não ser certo	O mesmo que não bater bem da bola (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ser dos melhores para aprender	O mesmo que não dar para as letras, expressão que pode esconder ligeiro grau de debilidade (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ser dos mais espertos	O mesmo que não dar para letras, atrasado (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ser pessoa de falas	Introvertido, calado (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Não ser por arte boa	Ser por feitiçaria, ser por artes diabólicas (Oliveira, s/d:339)
Não ter amor à vida	Expressão que pode exprimir, em clínica psiquiátrica, ideias de suicídio (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ter cabeça para ...	Ser incapaz de ..., esquecer, sentir-se cansado psicicamente (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ter expediente	Indivíduo que se organiza com dificuldade perante a vida, portador de debilidade mental (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ter os cinco alqueires bem medidos	Indivíduo de características anti-sociais, pessoa cuja prática social ou escala de valores não corresponde ao socialmente aceite, louco (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ter os parafusos todos	O mesmo que não ter os cinco alqueires bem medidos (V.V.Ródão)
Não ter reacção	Adinâmico, disfunção erétil (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Não ter uma conversa direito	Discurso revelador de psicopatologia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Nenho	Pessoa sem jeito ou habilidade para coisa alguma, parvo, inhenho (Oliveira, s/d:384). Atado. Mal azado (Dias, 1962b:68). Assim se chama a uma pessoa pouco activa no seu trabalho. "Eu não quero fulano ou fulana ao meu serviço porque é, muito nenha". "Ó rapariga és uma nenha! Desembaraça-te!" (Infante, 1992:284). Inhenho; indivíduo acanhado (Buescu, 1984:253). Pessoa muito tímida, sem actividade (Belo, 1988:32). Pessoa pouco expedita, incapaz, com incapacidade, acanhado, atrasado, débil mental (Almaceda, Rabacinas, Montes da Senhora)
Nervos	Conjunto de sintomas manifestados, fundamentalmente, por irritabilidade fácil, tremor, excitação psico-motora. As pessoas desta região associam os nervos à existência de tremor (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Nervoso	Ansioso, irritável, quezilento, que treme, agitado (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Nhonhinhos	Indivíduo efeminado, homem que se deixa controlar, completamente, pela mulher (V.V.Ródão)
Nhôn-nhô	Homem sem acção (Oliveira, s/d:384)
Ninguém é pobre senão de juízo	(Oliveira, s/d:313)

O

O borrachão diz o que tem de segredo no coração	(Dias, 1953:202)
O calado vence tudo	Provérbio popular (Montes da Senhora)
O mal arguido no é crido	(Buescu, 1984:232)
O muito cantar enfada, o pouco parece bem	Expressão que valoriza o uso parcimonioso da palavra (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ogar	Estado de prostração física e psíquica em que as crianças podem ficar pelo facto de verem comer e não compartilharem consigo o alimento (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Onde entra o beber, sai o saber	(Dias, 1970:88)

P

Pacholice	Patetice (Buescu, 1984:254)
Pagamaço	Pegajoso, maçador. Que fala, fala sem despegar (Dias, 1962b:70)
Pagamento do vinho	"Finalmente o hábito de os rapazes solteiros da Partida exigirem o pagamento do vinho – geralmente 30 litros – aos rapazes de outras terras que pretendam casar com raparigas daqui. O pagamento do vinho é exigido, por via de regra, no primeiro dia em que o rapaz for namorar a rapariga na sua casa." (Leitão, s/d:70)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Pagar a onça	“Também lá se festejava o Santo André, mas de uma maneira diferente, cruel na sua opinião. Era a iniciação dos jovens, o «pagar a onça»: um grupo de homens, ao ver passar rapazes, obrigaram-nos a entrar na taberna. – Vinde cá vinde cá! Agora que já sois homens, daqui a dois anos ides às sortes ... tendes de «pagar a onça». Ti mané, sirva aí uma rodada de vinho prá gente e tabaco tamãe. Som eles que pagam.” (Vilhena, 1988:60)
Paixão	Grande mágoa (Buescu, 1984:254)
Palhaceiro	Divertido, extrovertido (Vilar de Boi)
Palonsa	Mulher aparvalhada (Oliveira, s/d:384). Mulher pouco activa, que não faz valer os seus direitos (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Palonso	Com pouca acção (Moura, 1996:77)
Pancada	Decisão irreflectida (Oliveira, s/d:308)
Pantomineiro	Trapalhão. Intrujão (Dias, 1962b:70)
Pão-pousado	Pessoa indolente (Buescu, 1984:254)
Pão sem sal	Pessoa sem acção (Oliveira, s/d:384). Indiferente, pode pré-configurar debilidade mental.
Papa-açorda	Pessoa sem desembaraço e que se exprime mal (Jorge, 1996:398). Pessoa sem desembaraço e que se exprime mal quando fala. F. é um papa-açorda (Dias, 1962b:71). Molengão (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Papa sorda	Sem desembaraço (Moura, 1996:77)
Paparô	Homem sem jeito ou habilidade para qualquer coisa, inútil, inhenho (Oliveira, s/d:384)
Paparou	Palerma, espertalhote (Crespo, 1985:86)
Paradinho	Oligofrénico (Lentiscais)

Parece que tem o diabo no corpo	(Dias, 1953:209)
Parnâta	Fúria anormal (Moura, 1996:77)
Parva	Falta de juízo (Matos, 1983:84)
Páscoa florida	Mulher ou rapariga indolente, pasmada e sem actividade.
Pasmado	Triste, adinâmico (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pasmo	Tristeza (Buescu, 1984:254)
Pasmadinho	Sem vida, triste, hipoactivo (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Paspalhão	Figura desajeitada. F. é mesmo um paspalhão (Dias, 1962b:72). Parvo, lorpa (Buescu, 1984:254)
Paspalheum	Paspalhão, pacóvio (Belo, 1985:149)
Patarata	Indivíduo senil, gá-gá (V.V.Ródão)
Patareco	O mesmo que patarata
Patarouco	O mesmo que patarata (Proença-a-Nova)
Paz d'alma	Homem simples, bondoso. F. é um paz d'alma (Dias, 1962b:72). Pessoa sem preocupações na vida (Belo, 1985:149). Expressão que designa um indivíduo calmo, meigo, que não dá estorvo nem levanta problemas, bonacheirão (Proença-a-Nova)
Peão-das-nicas	Pessoa que faz recados (Buescu, 1984:277)
Pedra bulidia nem musgo cria	Provérbio popular. Diz-se de um indivíduo instável social e profissionalmente (Montes da Senhora)
Pedra boledia nem musgo cria	(Oliveira, s/d:316)
Pedra das agulhas	No 1º de Abril enganavam-se os rapazes mandando-os a casa do

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	alfaiate a buscar a pedra das agulhas (Dias, 1962b:73)
Pegançoso	Metediço, maçador (Oliveira, s/d:385)
Peganhento	O mesmo que pegançoso
Pegar	Eficaz, eficácia (Almaceda)
Peito	Sentimentos íntimos (Buescu, 1984:254)
Pelingrino	Peregrino. Pedinte (Dias, 1962b:74)
Pelo São Martinho, mata o porquinho, prova o teu vinho e não te esqueças do teu vizinho	(Dias, 1970:88)
Pensão	Preocupação (Buescu, 1984:254)
Pensar em coisas ruins	Ideação suicida (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pensativo	Introvertido, que comunica pouco, triste (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Perder o comer	Ficar com fastio, anorexia (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Perder o juízo	Embebedar-se, ficar louco (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Perneta	Estar com a perneta. Mau humor. Neura, teimosia ou má disposição (Dias, 1962b:75). Teima, birra (Buescu, 1984:254). Dom, castigo perpétuo a que as almas dos indivíduos estavam sujeitas, como os lobisomens (Almaceda)
Perrice	Teimosia (Dias, 1962b:76)
Perro	Difícil, disfuncionalidade, articulação que funciona com dificuldade (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Perua	Bebedeira (Jorge, 1996:399). Camoeca, rosca, piela, grossura,

	bebedeira (Dias, 1962b:76). (Vilhena, 1988:33)
Peste	Pessoa ou coisa má. Morreu F.! Ainda bem! Já nos vimos livres daquela peste (Dias, 1962b:76)
Peta	Mentira (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pichorra	Copo de vinho (Jorge, 1996:399)
Piela	Bebedeira (Jorge, 1996:399); (Moura, 1996:78); (Oliveira, s/d:385). O mesmo que perua
Pilha de nervos	Agitação, ansiedade intensa (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pinga	F. tem lá uma pinga de estalo! Tem lá bom vinho. F. tomou-se da pinga. Embebedou-se. Beber uma pinga, um copo de vinho (Dias, 1962b:77)
Pinguinha	Trago de bebida alcoólica (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pinha	Cabeça (Castelo Branco, V.V.Ródão)
Pintar a boneca	Arreliar-se ou zangar-se com alguém, discutir (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Pintar o caneco	O mesmo que pintar a boneca
Pistola	Garrafa de vinho (Oliveira, s/d:385)
Piteireiro	Meio bêbado (Oliveira, s/d:385)
Piteiroso	Maçador. Peganhento (Malpica); (Dias, 1962b:77)
Plariante	Vadio, viajante, indivíduo sem eira nem beira (Montes da Senhora)
Poio	Pessoa indolente (Buescu, 1984:254)
Pomada	Vinho (Oliveira, s/d:386).

Porque te ris tonta? – Por te ver rir a ti	(Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Poucachinho	Pouco activo (Buescu, 1984:254). Oligofrénico (Padrão)
Poucochinho	Sem habilidade. Pessoa sem qualquer expediente (Oliveira, s/d:386). O mesmo que manhouvas
Priado	Zangado (Toulões)
Pringueiro	Mole. Preguiçoso. Desajeitado. Mandrião. Preguiçoso. Anda aí uma data de pringueiros! (Dias, 1962b:79)

Q

Quando a cabeça não quer ter juízo o corpo é que o paga	Indivíduo que sofre pelo estilo de vida que adoptou (Proença-a-Nova, V.V.Ródão); (Oliveira, s/d:316)
Quebranto	Têm quebranto as pessoas que sentem dor de cabeça (Leitão, s/d:62)
Quebreira	Fadiga, prostração (Buescu, 1984:252)
Quem canta todo o mal espanta, quem tchora, mai o àmenta	(Buescu, 1984:238)
Quem chora, deita a sua mágoa fora	(Infante, 1992:280)
Quem, em vez de leite, beber vinho, de velho torna a menino	(Dias, 1970:88)
Quem mais juízo tem mais atura [governa]	Expressão dirigida a uma pessoa que permitiu a outra (criança, débil, etc.) desmandos de conduta, tolerante (Proença-a-Nova)
Quem mal não tem, mal não pensa	(Proença-a-Nova)
Quem muito lê, treslê	(Infante, 1992:274)

R

Rabiado	Irritado, rabioso (Buescu, 1984:254)
Rabioso	Rábico, irritado (Buescu, 1984:254)
Rabino	Criança hiperactiva, irrequieta, desassossegada (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Rabuje	Impaciente (Jorge, 1996:400)
Raleta	Aborrecido. F. é um raleta. É um maçador (Castelo Branco); (Dias, 1962b:81)
Rambóia	Indivíduo que chega muito tarde a casa, que passa noites fora de casa, pândego (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Realengo	Juízo (Moura, 1996:78)
Rebaldaria	Sem governo ou disciplina, anarquia (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Regalão	Ocioso (Buescu, 1984:254)
Regougar	Resmungar (Vilhena, 1988:222)
Reinadio	Folião, brincalhão, alegre, extrovertido (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Reinar	Brincar, divertir, festejar algo (Proença-a-Nova)
Relaxado	Desmazelado (Buescu, 1984:254). Sujo (Buescu, 1984:275)
Reles	Desprezível (Buescu, 1984:254)
Relouquér	Dar mostras de desarranjo mental (Jorge, 1996:400). Reloucar. Não dizer nem pensar com acerto! Já relouca. Dá manifestação de desarranjo mental (Dias, 1963:83). Variar da cabeça (Moura, 1996:78)
Relouqueir	Baralhar as ideias (Matos, 1983:85)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Remansado	Vagaroso, lento (Buescu, 1984:254)
Remédio	Medicamento (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Remédio de (escaravelhos, batatas, ratos, etc.)	Veneno (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Resmengo	Vinho (Oliveira, s/d:387)
Rétolca	Retórica, característica de uma pessoa que fala muito (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Retoucér	Brincar (Vilhena, 1988:222)
Retouço	Boa-vida, brincadeira, conversa (quando se refere a pessoas crescidas e mais geralmente mulheres), “andar no retouço” (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Revêssa	Pessoa com forte espírito de contradição (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Rez	Animal, má pessoa, pessoa de mau carácter (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Risa	Muito riso, risota (Buescu, 1984:277)
Ríspido	Duro, agressivo, que fala com três pedras na mão, pouco compreensivo (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Roberto	Boneco dos robertos, indivíduo activo, brincalhão, esperto (termo mais utilizado para crianças) (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Rodada	Cada uma das vezes que numa taberna se enche os copos de vinho de um grupo fixo de pessoas. Cada elemento do grupo pagava, para os restantes, a sua rodada. (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ronceirice	Indolência (Buescu, 1984:254)

Ronceiro	Indolente (Buescu, 1984:254)
Ronha	Malícia, manha, astúcia (Buescu, 1984:254). Pessoa que utiliza todos os pretextos para nada fazer, ou fazer menos que os outros (“estar a fazer ronha”), lambão, malandro, vivaço, esperto, indivíduo que se faz passar por aquilo que não é (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ronhento	Que tem ronha (Buescu, 1984:254)
Rosca	Bebedeira (Jorge, 1996:401). O mesmo que perua (Buescu, 1984:254)
Rufia	Indivíduo que não trabalha mas que se dedica a actividades ligadas ao prazer, indivíduo que vive bem sem trabalhar (Proença-a-Nova)
Roído de tristeza	Profundamente triste (Proença-a-Nova)

S

Saia	F. tem uma saia! É um manhoso! Tem uma lábia, uma treta (Dias, 1967:334)
Samarrão	Pessoa de grande corpanzil, mas sem actividade correspondente (Dias, 1963:86)
Sangue de Cristo	Vinho (V.V.Ródão)
Sardinha	Mulher matadora (Buescu, 1984:254)
Sarrumba	Sorumbático (Buescu, 1984:254)
Sêco	Sem sentimentos, pouco comunicativo, pouco sensível ao sofrimento alheio, indivíduo que não dá apoio psicológico ou bens materiais (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sem eira nem beira	Sem paradeiro, ao acaso, sem rumo, sem ninguém (Proença-a-Nova)
Sem sentidos	Inconsciente, desmaiado (Castelo Branco, Idanha-a-Nova,

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sem trambelhos	Sem jeito, desconexo, sem juízo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sinapismo	Terapêutica prescrita pelo barbeiro, por exemplo, do tipo de papas de linhaça (Monsanto)
Senita	Copo de vinho (Jorge, 1996:402)
Sentida	Melindrada (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sentido	Inteligência (Buescu, 1984:254)
Sentido variado	Louco, desorientado no tempo e no espaço (Toulões)
Sentimental das ideias	Louco, alienado (Vilas Ruivas)
Sentir o sentido a fugir	Desmaiar, sensação de desmaio (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser a força dos nervos	Excitação psicomotora, compulsão para qualquer acto (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser acriançado	Personalidade, num adulto, que é compatível mais com a de uma criança. Expressão que pode encobrir uma debilidade (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser bicho do mato	Que se isola, que evita o convívio com os outros (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser bom para ir buscar a morte	Expressão utilizada para caracterizar um indivíduo muito vagaroso. Dito às pessoas que demoram muito tempo na execução de qualquer tarefa ou a voltar a qualquer lugar (Proença-a-Nova)
Ser burro	Indivíduo que aprende mal. Expressão que pode corresponder a debilidade (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser como o sol de inverno	Sem ânimo, sem energia, sem vontade, ser triste (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

Ser corrente como a mulher do leite	Diz-se de um adulto, ou criança, que fala ou convive sem dificuldade, sociável, extrovertido, de contacto fácil (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser de larachas	Extrovertido, brincalhão, que diz as coisas com humor (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser de marca roscofe	Ser pouco bom, torto, indomável, “ser má porco”. Expressão crítica referente a pessoas ou animais (Proença-a-Nova)
Ser de poucas falas	Falar pouco, introvertido
Ser de raiva mansa	Deixar fazer pouco de si (Oliveira, s/d:345)
Ser doente da cabeça	Sofrer de doença mental psiquiátrica (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser esperto como o mestre de música	(Oliveira, s/d:345)
Ser filho da parreira	Que segue o exemplo dos pais relativamente ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Proença-a-Nova)
Ser fraco da cabeça	Ter problemas psiquiátricos (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser fraco do cérebro	O mesmo que ser fraco da cabeça (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser furado do miolo	Ser louco (Ferreira, 1970:121)
Ser levado da breca	Irrequieto, vivaço, brincalhão (Proença-a-Nova)
Ser má rolha	Ser má pessoa, antipática e pouco amiga de ajudar o parceiro (Proença-a-Nova)
Ser nervosento	Nervoso (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser o diabo em figura de gente	Expressão que caracteriza as pessoas, geralmente crianças, hiperactivas (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser pobre e soberbo	Diz-se de um indivíduo que possui estas particularidades. Diz-se

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

	de um indivíduo com a mania das grandezas (Proença-a-Nova)
Ser senhor do seu nariz	Expressão muito empregue no sentido de “só a vontade pessoal impera”, indivíduo com mania da superioridade. (Proença-a-Nova)
Ser tesó	Exigente, duro, autoritário, que não permite transgressões (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser torto e vingativo como o Tonho das Beiras	Indivíduo com interação social difícil (Montes da Senhora)
Ser travesso	Torto, indivíduo difícil de domar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ser um boi ladrão	Dar mau trato, estar contra (Proença-a-Nova)
Ser uma loba	Ser uma paz de alma, indiferente perante a vida. Apática. Pessoa lenta (expressão em sentido crítico) (Proença-a-Nova)
Serigaita	Rabina, desinquieta. Aplica-se geralmente às crianças como sinónimo da sua traquinice. Mulher com boa apresentação física mas a que faltam outros atributos. (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sesudo	Sisudo. Jogar o sesudo consiste em duas pessoas se colocarem uma em frente da outra e não se deixarem rir. O que rir perde (Dias, 1963:89). Que não está embriagado (Vilhena, 1988:222). Que ainda não ingeriu bebidas alcoólicas.
Só se é pobre de juízo	(Oliveira, s/d:346)
Sofrer da cabeça	Sofrer de psicopatologia (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Sofrer sozinho	Introvertido (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Soldador	Bruxo, curandeiro (Belo, 1985:90). Bruxo, feiticeiro, que faz tratamento por meio de rezas (Belo, 1988:42). Indivíduo que prescreve curas utilizando a medicina tradicional (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Songa-monga	Pessoa pouco comunicativa, calada, que se faz despercebida (Proença-a-Nova)

Sopas acabadas goelas molhadas	(Jorge, 1996:409)
Sorino	Avarento, egoísta (Roque, 1975:33)
Sossega	Pinga para conciliar o sono (Jorge, 1996:402); (Dias, 1963:90)
Susto	Pregas um susto. Meter um susto. Assustar (Dias, 1963:91)

T

Tabaneja	Irrequieta (Matos, 1983:85)
Tabanesco	Inábil (Buescu, 1984:254)
Tagarela	Pessoa que fala em demasia. Pessoa que é incapaz de estar calada (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Talamouco	Tolo, parvo (Buescu, 1984:254)
Tamoula	Mal jeitoso, pouco expedito (Belo, 1985:150)
Taralhoco	Aparvalhado (Oliveira, s/d:388). Pessoa confusa devido à idade ou doença, indivíduo que não está no seu perfeito juízo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Taranta	Pessoa confusa, desajeitada (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tareco	Indivíduo que fala demais (Fratel)
Tartameio	Inábil (Buescu, 1984:254)
Tato e tatibitate	Que pronuncia as palavras com dificuldade (Dias, 1963:92)
Tchanesca	Mulher tchanesca, mal arranjada, desmazelada (Idanha-a-Nova), (Dias, 1967:334)
Tchapurso	Indivíduo abrutalhado (Matos, 1983:86)
Tcharingueiro	O mesmo que charingueiro. Maçador. O que repisa e aborrece (Dias, 1963:93)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Tcharabanesca	Pessoa que conversa muito (Matos, 1983:86)
Tcharneco	Falador, palrador, loquaz, indivíduo que “fala pelos cotovelos” (Proença-a-Nova)
Tcharepe	O mesmo que charepe
Tchincaforrilhas	Diz-se de pessoas de fraca constituição física e mental, sem préstimo para nada (Infante, 1992:288)
Tchorelho	O mesmo que chorelho
Tchoucho	O mesmo que choucho
Tefe, tefe, Margarida	Com medo, receoso (V.V.Ródão)
Telha	Mania (Buescu, 1984:254). Zangado, chateado, aborrecido (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Telhado	Grande telha (Buescu, 1984:254)
Tê-los negros	Refere-se esta expressão a testículos. Tê-los negros é sinónimo de virilidade, força e querer. Indivíduo pleno de personalidade e difícil de domar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tens medo? Compra um cão negro	Expressão empregue por adultos ao dirigirem-se a uma criança (menos frequente entre dois adultos, a não ser que a confiança o permita) quando esta refere medo (Proença-a-Nova)
Ter a ideia pouco desenvolvida	Ser atrasado, oligofrénico, ser portador de patologia psiquiátrica grave (Idanha-a-Nova)
Ter bichos carpinteiros	Ser incapaz de estar quieto. Pessoa que vai vendo e sempre mexendo. Pessoa que é incapaz de estar quieta quando está sentada (Proença-a-Nova)
Ter bichos carpinteiros na ponta das unhas (ou do cú)	O mesmo que ter bichos carpinteiros
Ter cá uns cojones	Ter mau génio, ter personalidade forte (Idanha-a-Velha)

Ter catapírlas	Ser uma pessoa de temperamento ou feitio difícil (Oliveira, s/d:347)
Ter em casa o rei preso por uma perna	O mesmo que o rei na barriga (Proença-a-Nova)
Ter mau feitio	Dar maus tratos, ser quezilento, ser bruto, indivíduo com difícil relacionamento social (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter mau vinho	Ser violento enquanto bêbado (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter muitos nervos	De excitabilidade fácil (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter o cérebro cansado ou fraco	Sintoma frequente referido por doentes deprimidos ou com outras patologias psiquiátricas (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter o coração grande	Expressão que caracteriza um indivíduo insensível perante os problemas dos outros, indivíduo pouco humano, pessoa sem sentimentos (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter o coração maior que as Portas	O mesmo que ter o coração grande. Aqui, as Portas, refere-se ao acidente geológico das Portas de Ródão (V.V.Ródão)
Ter o coração maior que as campinas de Idanha	O mesmo que ter o coração grande (Castelo Branco, Idanha-a-Nova)
Ter o rei na barriga	Expressão que caracteriza, numa perspectiva crítica, o indivíduo ou o comportamento egocêntrico (Proença-a-Nova)
Ter o sentido moído	Cansado psicicamente (V.V.Ródão)
Ter os nervos em pé	Excitação psico-motora (Lentiscais)
Ter pouco expediente	Atrasado, oligofrénico (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Ter um feitio esquisito	Expressão empregue frequentemente para indivíduos que sofrem de patologia psiquiátrica e que nas suas comunidades são conhecidos por terem um feitio esquisito, esta expressão compreende várias patologias (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Ter um parafuso a menos	O mesmo que não ter os parafusos todos (V.V.Ródão)
Ter uma aduela a menos	Ser doido, não ter juízo (V.V.Ródão)
Teste	O mesmo que testo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Testo	Emprega-se popularmente com significado de austero e muito sério, isto é, que nunca ou pouco se ri (Infante, 1992:288). Enérgico, resoluto (Buescu, 1984:254)
Tineta	Mania (Buescu, 1984:254)
Tino	Juízo (Belo, 1985:150). (Penha Garcia, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tocado com a pinga	Bêbado (Proença-a-Nova)
Tolo	Débil mental, indivíduo pouco esperto, estúpido (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tomba lombos	Brutamontes. Homem grande, de muita força mas desajeitado (Dias, 1963:94)
Tónha	Bebedeira (Vilhena, 1988:222). Mulher mal arranjada, ao nível da indumentária, ou que desempenha deficientemente as tarefas que lhe estão adstritas (Vale da Torre)
Tontinho	Louco (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Torcida	Bebedeira (Vilhena, 1988:222)
Tordesco (a)	Desorganizado (Matos, 1983:86), (Belo, 1985:150). Distraído, estouvado (Proença-a-Nova)

Torgalhar	Dizer coisas sem sentido, falar por falar (Proença-a-Nova)
Torto	O mesmo que travesso, indivíduo que não se ajusta ao ponto de vista de outrem (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Torto que nem um arrocho	Pessoa difícil de domar, pessoa que só faz o que quer, teimoso, indivíduo desobediente (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Traçar	Dizer mal de alguém (Buescu, 1984:254)
Traçar na casaca	O mesmo que traçar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Trambelho	Coisa ou pessoa sem jeito, coisa ou pessoa que estorva (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Trangalhadanças	Homem desajeitado (Catharino, 1933:191)
Trangalhamangas	Pessoa desejeitada (Matos, 1983:86)
Travesso	Indivíduo com comportamento difícil, pessoa difícil de domar, torto (Proença-a-Nova)
Trazer um peso na cabeça	Sensação de cabeça pesada (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tremedal	Tremor por causa do medo (Buescu, 1984:254)
Tremedalho	Tremura, tremor, susto (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Tremedário	Tremedal (Buescu, 1984:254)
Tremer como varas verdes	(Oliveira, s/d:285) Diz-se de pessoa ou animal que apresenta tremor acentuado. Situação frequente em situações de tensão, como o medo, ou em estado de extrema debilidade física (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Triste como a noite	(Oliveira, s/d:285)
Tristezas não pagam dívidas e venha a Maria para casa	Dito a uma pessoa com humor triste, ou pelo próprio, como solicitação ou imposição de mudança de humor. Expressão para combater momentos de desânimo (Rabacinas)

O LOUCO E OS OUTROS
Francisco José Ribeiro Henriques

Tristezas não pagam dívidas mas estragam vidas	(Infante, 1992:280)
Troçar	O mesmo que mangar, desdenhar (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Trogalheiro	Pessoa desajeitada (Oliveira, s/d:388). Desajeitado, inábil (Buescu, 1984:254). Desorganizado, pessoa com discurso nem sempre coerente (Proença-a-Nova)
Trogalhice	Acto ou dito sem jeito (Oliveira, s/d:388). Falta de habilidade (Buescu, 1984:254)
Trogalho	Pessoa desajeitada (Buescu, 1984:254). O mesmo que trogalheiro
Trogalhos	Fato mal feito e desajeitado (Buescu, 1984:256).
Tromedal	Tremedal (Buescu, 1984:254).
Trouxa	Pessoa ligeiramente oligofrénica ou sem iniciativa. Pessoa que mostra dificuldade em se adaptar a uma sociedade competitiva. Indivíduo que se deixa enganar com facilidade (V.V.Ródão)
Truvado do juízo	Louco (Proença-a-Nova)

U

Um homem atrapalhado é pior que uma mulher bêbada	Diz-se a um homem que perante uma situação deixa transparecer sintomas de nervosismo (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Um pé se endireita e outro se entorta	Expressão de hesitação, de ambivalência (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Um santo triste é, um triste santo	(Infante, 1992:276)
Unto-sem-sal	Pessoa sem actividade (Buescu, 1984:254)

V

Vagabundo de pau e manta	Andarilho, vagabundo, pobre diabo, indivíduo instável (Proença-a-Nova)
--------------------------	------------------------------------------------------------------------

Vai marrar com o comboio que tem os cornos compridos	Expressão semelhante a “marrar com o comboio”. Dito por alguém saturado de ser incomodado pelo outro. Expressão sinónimo de “vai dar uma volta”, ou “não me chateies”. (Proença-a-Nova)
Vai que nem um órgão	Ir bêbado (Dias, 1970:89)
Variadinho de todo	Louco
Variar	Endoidecer (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Veleiro	Que dorme pouco (Buescu, 1984:252)
Venda	Taberna. Pequena casa comercial que era simultaneamente taberna, mercearia e retrosaria (Castelo Branco, Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Vendido	Abatido, estranho (Jorge, 1996:404)
Velhaco como as cobras	Indivíduo, criança ou adulto, com comportamento difícil ao anti-social (Proença-a-Nova)
Velhaco como facadas	Diz-se de alguém, geralmente criança, com comportamento anti-social (Montes da Senhora, Rabacinas); (Oliveira, s/d:285)
Vestir a opa	Andar meio emborrachado
Vinho carrascão	Vinho tinto com tonalidade muito escura (V.V.Ródão)
Vinho de trás da orelha	Vinho muito bom (Proença-a-Nova); (Dias, 1970:89)
Vinho de portinhola	Vinho morangueiro. Toma esta designação pela rapidez com que se excreta depois da ingestão (Casal da Ribeira)
Vinagre em charneca é vinho de três anos	(Dias, 1970:89)
Vontade de desaparecer	Vontade de morrer. Sintoma frequentemente presente nos doentes deprimidos

Z

Zangarrão	Molengão
Zarelho	Irrequieto (Matos, 1983:86). O que não pode estar quieto. Mexido (Dias, 1963:99) criança, indivíduo de comportamento infantil, falador (Proença-a-Nova, V.V.Ródão)
Zarolho	Indivíduo bêbado que durante a marcha troca o passo (Idanha-a-Velha)
Zarvalheiro	Pessoa sem método ou nexa, desastrado. Trogalho, “que não dá conta do recado” (Proença-a-Nova)
Zenir	À roda, sensação estranha na cabeça após a ingestão de álcool. Som provocado por um movimento vibratório. Zumbido (Proença-a-Nova)
Zezinho	O mesmo que coninhas, homem efeminado, zé-ninguém (V.V. Ródão)
Zorna	Desajeitado (Buescu, 1984:254)
Zorra	Pessoa muito lenta (Proença-a-Nova)
Zoupeiro	Acanhado, indodente (Buescu, 1984:254)

Bibliografia

1. Bibliografia geral

AGOSTINHO, Rafael, *Subsídios para uma Monografia de Salgueiro do Campo*, edição do Centro Cultural e Recreativo de Salgueiro do Campo, Salgueiro do Campo, 1982.

ALMEIDA, José Luís Nunes de, *Os Valores Culturais e a Relação Médico Doente*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol.7, nº 3, Lisboa, 1994, p.193-196.

ANDRADE, Mário Marques de, *Subsídios para a Monografia de Segura*, edição do autor, Tomar, 1988.

ANTUNES, António Rodrigues, *Subsídios para a Monografia da Zebreira*, 1987, inédito (dactilografado).

ARAÚJO, Benedita, *Superstições Populares Portuguesas*, edições Colibri, Lisboa, 1997.

ARIÈS, Philippe & DUBY, Georges, *História da Vida Privada*, Edições Afrontamento, Lisboa, 1990.

AZEVEDO, M. H. Pinto & MAIA, M. O. Cardoso, *Desvio Comportamental em Crianças Filhos de Emigrantes*, Psiquiatria Clínica, vol. 1, nº4, Coimbra, 1980, p.247-253.

AZEVEDO, M. Helena Pinto; CÂMARA, J. Gago da, & MENDES, M. Fernanda, *Processo de Encaminhamento à Consulta de Psiquiatria - Inquérito Realizado na Clínica Psiquiátrica de F.M.C.*, Psiquiatria Clínica, suplemento 3, Coimbra, 1981, p.67-73.

BARAHONA FERNANDES, H. J., *Perspectiva Antropocêntrica da Psiquiatria Transcultural*, Jornal do Médico, nº 41, 1981, p.638.

BARBOSA, António, *A Eficácia do Simbólico na Medicina Popular*, Hospitalidade, nº193, Telhal, 1985.

BARGÃO, J. D., *Monografia de Salvaterra do Extremo*, Lisboa, 1945.

BARRETO, Margarida & RIBEIRO, Isabel, *As Bruxas: Uma Subcultura Marginal*, II Jornadas de Psiquiatria S. João de Deus - Comunicações, edição Hospitalidade, Mem Martins, 1982, p.402-404.

BARUK, Henry, *La Psychiatrie Sociale*, P.U.F., Paris, 1955.

BASTIDE, Roger, *Les Sciences de la Folie*, Mouton, Paris, 1972.

BASTOS, Cristiana & LEVY, Teresa, *Aspirinas, Palavras e Cruzes: Práticas Médicas Vistas pela Antropologia*, Revista Crítica das Ciências Sociais, nº 23, 1987, p.221-231.

BASTOS, Susana Pereira, *O Estado Novo e os seus Vadios*, Publicações D. Quixote, Lisboa, 1997.

BELO, Aníbal da-Cunha, *Como se Fala na Minha Terra*, Castelo Branco, 1988.

BELO, José Antunes, *Benquerenças - no Espaço e no Tempo*, edição do autor, Castelo Branco, 1985.

BENTO, António, *A Divulgação Pública dos Suicídios*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol.V, nº 2, Lisboa, 1992.

- BERNARDO, Frei, *Alguns Aspectos da Psicossociologia das Doenças Mentais*, Hospitalidade, nº 188, Telhal, 1984, p.23-32.
- BOTELHO, A., *Cancioneiro do Vinho Português*, Editorial Templo, Lisboa, 1979.
- BUESCU, Maria Leonor Carvalhão, *Monsanto, Etnografia e Linguagem*, Editorial Presença, Lisboa, 1984.
- BUTCHER, J. N. & BEMIS, K. M., *Abnormal Behavior in Cultural Context*, H. E. Adams y P. B. Sutker (eds.), *Comprehensive Handbook of Psvchopathology*, Plenum, New York, 1984.
- CABRAL, João de Pina, *Filhos de Adão, Filhas de Eva*, publicações D. Quixote, Lisboa, 1989.
- CABRAL, João de Pina, *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, 1989a, p.581-596.
- CACHADINHA, Manuela Benvinda Vieira Gomes, *A Medicina Popular no Noroeste de Portugal*, Mediterrâneo, nº 3, Instituto Mediterrânico, Lisboa, 1993, p.365-374.
- CALDEIRA, Carlos, *Relação Médico-Doente e Relação Humana*, Psiquiatria Clínica, suplemento nº 2, Coimbra, 1981, p.79-84.
- CALMEIL, E L., *De La Folie*, Laffitte Reprints, Marseille, 1982 (edição original de 1845).
- CANSECO, María Getino & HÉRNÀEZ, Àngel Martínez, *Nuevas Tendências en la Antropologia de la Medicina*, Revista de Enfermaria Rol, nº 172, Barcelona, 1992, p.21-27.
- CARVALHO, António Maria, *A "Procissão dos Homens" no Ladoeiro: Espaço, Tempo e Ritos Agrários Quaresmais numa Aldeia da Raia Centro*, Fórum Sociológico, nº 3, Lisboa, 1993, p.33-47.
- CARVALHO, António Maria Romeiro de, *«Bruxa» e «Mulher de Virtude» na Aldeia - Doenças, Crença e Cura: Uma Viagem ao Universo Cultural Aldeão*, Fórum Sociológico, nº 4, Lisboa, 1994, p.73-89.
- CARVALHO, Clara Afonso de, *Bruxas, Vizinhos e Parentes na Beira Alta*, Estudos de Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira, Instituto Nacional de Investigação Científica - Centro de Estudos de Etnologia, Lisboa, 1989, p.75-84.
- CARVALHO, Silva, Portugal: *História da Medicina Portuguesa*, Imprensa Nacional de Lisboa, Lisboa, 1929.
- CASTELA, António do Nascimento, *Caféde - Uma Aldeia da Beira Baixa*, Plátano Editora, 1996.
- CASTELO BRANCO, Manuel da Silva, *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, nº 2, Castelo Branco, 1990, p.7-20.
- CATHARINO, P. Manuel Alves, *Monografia do Concelho de Proença-a-Nova*, Lisboa, 1933.
- CENTRO DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DA ZONA CENTRO, Beira Baixa, 23 de Agosto de 1947, Castelo Branco.
- CENTRO DE SAÚDE MENTAL DE CASTELO BRANCO, *Perspectivas e Possibilidades da Saúde Mental na Região Sul da Beira Interior*, II Jornadas da Beira Interior, vol. 2, Fundão, 1988, p.333-340.
- COHEN, A., *Prognosis for Schizophrenia in the Third World: A Reevaluation of Cross-Cultural Research*, Culture, Medicine and Psychiatry, nº16, 1992, p.53-76.
- COURRÉGE, Orlando, *A Psiquiatria Através dos Séculos*, Revista Portugal Brasil, Lisboa, 1952-1953.
- CRESPO, Firmino, *A Vila de Idanha-a-Nova*, Lisboa, 1985.
- CRESPO, Jorge, *Médicos e Curandeiros em Portugal nos Finais do Antigo Regime*, Estudos de Homenagem a Ernesto Veiga de Oliveira, Instituto Nacional de Investigação Científica - Centro de Estudos de Etnologia, Lisboa, 1989, p.101-112.
- CRESPO, Jorge, *A História do Corpo*, Difel, Lisboa, 1990.
- CRUZ, José P. da, *Romanceiro Tradicional da Beira Baixa*, Câmara Municipal de Idanha-a-Nova, 1995.
- CUNHA, José Hermano da, *Apontamentos para a História do Concelho do Fundão*, edição fac-similada do Jornal do Fundão, Lisboa, 1992.
- DAVID, Ana Cristina, *Um Estudo Catamnésico numa População de Doentes Esquizofrénicos*, Psiquiatria Clínica, vol. 14, nº 1, Coimbra, 1993, p.41-52.

- DEVEREUX, Georges, *Ensayos de Etnopsiquiatria General*, Barral Editores, Barcelona, 1973.
- DEVEREUX, G., *Etnopsiquiatria*, Análise Psicológica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, nº 4, 1981, p.521-525.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. I, 2ª edição, Lisboa, 1944.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. VII, Lisboa, 1948.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. VIII, Lisboa, 1953.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. III, 2ª edição, Lisboa, 1955.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.1, Castelo Branco, 1961, p.145-160.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.2, Castelo Branco, 1961a, p.117-138.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.3, Castelo Branco, 1962, p.140-149.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.4, Castelo Branco, 1962a, p.52-66.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.5, Castelo Branco, 1962b, p.67-81.
- DIAS, Jaime Lopes, *A Linguagem Popular da Beira Baixa*, Estudos de Castelo Branco, vol.7, Castelo Branco, 1963, p.83-106.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. IX, Lisboa, 1963a.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. II, 2ª edição, Lisboa, 1964.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. V, 2ª edição, Lisboa, 1966.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. VI, 2ª edição, Lisboa, 1967.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. X, Lisboa, 1970.
- DIAS, Jaime Lopes, *Etnografia da Beira*, vol. IV, 2ª edição, Lisboa, 1971.
- DIAS, Jorge, *O Essencial Sobre os Elementos Fundamentais da Cultura Portuguesa*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 1950.
- DIEGO, Filiberto Fuentenebro & VALVERDE, Carmelo Vazquez, *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatria*, 2 vols., Madrid, 1990.
- DUGUAY, R.; ELLENBERGER, H. F. & Coll., *Précis Pratique de Psychiatrie*, Maloine S. A. Éditeur, Paris, 1981.
- DUFRESNE, Jacques, *Traité d'Anthropologie Médicale: l'Institution de la Santé et de la Maladie*, Presses de l'Université du Québec, 1985.
- ECHEVARRÍA, R, *Sobre el Uso y el Significado de los Términos «Normal» y «Anómalo» em Psico(pato)logia*, Informações Psiquiátricas, nº 109, 1987, p.207-222.
- ELLENBERGER, Henry F., *Histoire de la Psychiatrie*, Précis Pratique de Psychiatrie, Maloine S. A. Éditeur, Paris, 1981, p.1-12.
- ELLENBERGER, Henry F., *Psychiatrie Transculturelle*, Précis Pratique de Psychiatrie, Maloine S. A. Éditeur, Paris, 1981a, p.625-641.
- ESPÍRITO SANTO, Moisés, *A Religião Popular Portuguesa*, edições A Regra do Jogo, Lisboa, s/d.
- ESTEVES, António Joaquim & FLEMING, Arnaldo Jorge, *Sociologia*, Porto, 1985.
- EY, Henry, *En Defensa de la Psiquiatria*, Huemul, Buenos Aires, 1979.
- FAVAZZA, Armando R.; M.D. & M.P.H., *Antropologia y Psiquiatria*, Tratado de Psiquiatria, Salvat, 2ª edición, tomo 1, Barcelona, 1989, p.249-296.
- FERNANDES, Alice; REIS, Fernanda; LOPES, Lúcia & SILVA, Rui Costa e, *As Representações Sociais da Doença Mental*, Servir, vol. 32, nº 1; 1984, Lisboa, p.23-57.
- FERNANDES, Barahona, *Da Psiquiatria para a Saúde Mental - Um Modelo Antropológico Médico - I*, Saúde Mental, Instituto de Assistência Psiquiátrica, vol. IX, nº 31, 1977, Lisboa, p. 11-32.
- FERNANDES: Barahona, *Da Psiquiatria para a Saúde Mental - Um Modelo Antropológico Médico - II*, Saúde Mental, Instituto de Assistência Psiquiátrica, vol. IX, nº 32, 1977, Lisboa, p. 5-50.
- FERNANDES, Barahona, *Perspectiva Antropo-Psiquiátrica da Relação Terapêutica*, Psiquiatria Clínica, Suplemento 2, 1982, Coimbra, p.7-18.
- FERNANDES, Elvira da Conceição, *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, 1990, inédito.
- FERNANDES, Maria da Assunção Vilhena, *A Medicina Popular de Proença-a-Nova*, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX, nº 2, Castelo Branco, 1990, p.35-38.
- FERNANDES, Maria da Assunção Vilhena, *O Povo da Aldeia do Malhadal Perante a Dor*, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX, nº 8, Castelo Branco, 1994, p.13-36.
- FERNANDES, Maria da Assunção Vilhena, *A Idade de ser "Ratinho"*, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX, nº 9, Castelo Branco, 1995, p.47-49.
- FERRARI, Alfonso Trujillo, *Metodologia da Pesquisa Científica*, Mcgraw-Hill, São Paulo, 1982.
- FERREIRA, J. C. Lobato, *Monografia da Antiga Vila de Belver (da Ordem de S. João do Hospital)*, edição da Câmara Municipal de Gavião, 1984.
- FERREIRA, Seomara da Veiga & COSTA, Maria da Graça Amaral da, *Etnografia de Idanha-a-Velha*, edição da Junta Distrital de Castelo Branco, Coimbra, 1970.
- FIGUEREDO, José, F., *Monografia de Nisa*, edição fac-similada, Imprensa Nacional Casa da Moeda e Câmara Municipal de Nisa, 1989.
- FLEMING, Manuela, *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*, Edições Afrontamento, Porto, s/d.
- FLORES, T. de, *La Conducta Agressiva*, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, Masson-Salvat, Barcelona, s/d, p.260-275.
- FONSECA, A. E., *Psiquiatria Transcultural*, Psiquiatria Sociológica, Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- FONSECA, A. E., *Psiquiatria Transcultural*, Psiquiatria Sociológica, Ediciones Toray, vol. 1, Barcelona, 1982.
- FONSECA, A. Fernandes, *Psiquiatria e Psicopatologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, vol. 1, Lisboa, 1985.
- FONTES, António Lourenço & SANCHES, João Domingos Gomes, *Medicina Popular Barrosã - Ensaio de Antropologia Médica*, Editorial Notícias, Lisboa, 1995.
- FOUCAULT, Michel, *História da Loucura*, Editora Perspectiva, 2ª edição, São Paulo, 1987.
- FOUDRAJNE, Jan, *La Folie q'on Enferme: Le Journal d'un Psychiatre*, Flammarin, Paris, 1975.
- FRADA, João José Cúcio, *Guia Prático para a Elaboração e Apresentação de - Trabalhos Científicos*, Edições Cosmos, 3 edição, Lisboa, 1993.
- FRADE, António, *Cousas e Lousas - Crónicas*, edição Jornal Reconquista, Castelo Branco, 1995.
- FREITAS, L Fidalgo de; PONCIANO, Emanuel; MARQUES, A. Reis; MENDES, Maria Leopoldina Pinto & SERRA, Adriano Vaz, *Os Emigrantes nas Comunidades*, Psiquiatria Clínica, vol. 1, nº 3, 1980, Coimbra, p.189-193.
- FUENTENEbro, Filiberto & VÁZQUEZ, Carmelo, *Psicología Médica Psicopatología y Psiquiatria*, Interamericana - McGraw-Hill, vol. 1, Madrid, 1990.
- GAMITO, Luis, *A Variável Cultural na Relação Médico-Doente*, Psiquiatria Clínica, vol.1, suplemento 1, Coimbra, 1980, p.51-54.
- GENNEP, Amod Van, *Os Ritos de Passagem*, editorial Vozes, Petrópolis, 1978.
- GIL, António Carlos, *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, Editora Atlas, São Paulo, 1989.
- GOMES, Manuela Benvida Vieira, *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, 1987, inédito.
- GUERRA, Miller, *As Influências Religiosas, Políticas e Sociais na Assistência Psiquiátrica*, Hospitalidade, nº 166, Telhal, 1979, p.25-36.
- HELMAN, Cecil G., *Cultura - Saúde e Doença*, 2ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.
- HENRIQUES, António, *Alguns Apontamentos Relacionados com Lendas e Factos Contidos na Etnografia de Sarnadas de Ródão*, Preservação, nº 4, Vila Velha de Ródão, 1981.
- HENRIQUES, Francisco & CANINAS, João; *Contos Populares dos Cortelhões e dos Plingacheiros*, Preservação, nº 8, Vila Velha de Ródão, 1988.

- HENRIQUES, Francisco; CANINAS, João; HENRIQUES, M dos Anjos & DUARTE, M^a do Céu, *Medicina e Farmácia Popular dos Cortelhões e Plingacheiros*, Preservação, nº 9-11, Vila Velha de Ródão, 1990, p.37-85.
- HENRIQUES, Francisco & CANINAS, João, *Poesia Popular dos Cortelhões e dos Plingacheiros*, Preservação, nº 12, Vila Velha de Ródão, 1991.
- HENRIQUES, Francisco, *Culto a São Sebastião no Sul da Beira Interior*, Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, 1993, inédito.
- HENRIQUES, Francisco & CANINAS, João Carlos, *A Representação da Mulher e do Homem na Poesia Popular do Sul da Beira Interior*, Ibn Maruán, Marvão, nº5, 1995, p.113-126.
- HENRIQUES, Francisco, *A Festa do Espírito Santo no Ladoeiro e no Sul da Beira Interior*, Açafa, nº 1, Vila Velha de Ródão, 1997.
- HENRIQUES, Francisco; GOMES, José Carlos; LOURENÇO, Soledade; ROSA, Amorim; & SOARES, Ilda, *Álcool e Ritual no Sul da Beira*, comunicação apresentada nas III Jornadas de Alcoologia da Guarda, 1997a.
- HENRIQUES, Francisco, *Interdependência numa Unidade de Tratamento Psiquiátrico*, Psiquiatria Clínica, Vol. 18, nº 3, Coimbra 1997, p.209-224.
- HENRIQUES, Francisco & CANINAS, João Carlos, *Violência Física na Literatura Popular Recolhida no Sul da Beira Interior*, Revista de Saúde Amato Lusitano, nº 4-5, Castelo Branco, 1997, p. 40-47.
- HOPPER, K., *Some Old Questions for the New Cross Cultural Psychiatry*, Medical Anthropology, 1991, p.299-330.
- HORMIGO, José J. M., *Ladoeiro - História Breve*, edição do autor, 1979.
- HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA, *Centenário do Hospital Miguel Bombarda*, edição do Hospital Miguel Bombarda, Lisboa, 1948.
- IBOR, J. J. López, *História de la Psiquiatria Española*, Psiquiatria, Ediciones Toray, Barcelona, 1981, p.28-43.
- IGLÉSIAS, Elisardo Beloila, *Medicina Popular*, Indo Ediciones, Vigo, 1989.
- INFANTE, Cónego Franco, *Património Cultural de Alcains*, edição da Matriz de Alcains, Alcains, 1992.
- INGLEBY, David, *A Construção Social da Doença Mental*, Revista Crítica das Ciências Sociais, nº 9, 1982, Lisboa, P.87-113.
- JARA, J. M.; CANAS, A.; CRUZ, M. & CUNHA, I. *Neologismos, Comunicação e Incomunicação*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol. IV, nº 1, 1991, Lisboa, p.23-28.
- JARDIM, Ricardo França, *A Morte Esperada (Suicidas Famosos)*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol. V, nº 2, 1992, Lisboa, p.67-69.
- JORGE, Horácio Brás, *Tinalhas, Meu Berço, Minha Raiz...*, edição do autor, Castelo Branco, 1996.
- KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J., *Tratado de Psiquiatria*, Salvat, 2^a edición, tomo 1, Barcelona, 1989.
- LANDEIRO, José Manuel, *O Concelho de Penamacor*, 2^a edição, Fundão, 1982.
- LAPLANTINE, François, *Etnopsiquiatria*, Editorial Vega, Lisboa, 1978.
- LEITÃO, Carlos Martins, *Saúde Mental na Beira Interior - Perspectivas Actuais*, Jornadas da Beira Interior, vol. II, Jornal do Fundão, 1984, pZ7-29.
- LEITÃO, Luis, *Partida, Comunidade da Zona do Pinhal na Beira Baixa - Esboço Monográfico*, Fundão, s/d.
- LEVY-STRAUSS, C., *Antropologia Cultural*, edição Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1967.
- LÉVY-BRUHL, Lucien, *Le Surnaturel et la Nature dans la Mentalité Primitive*, Alcam, Paris, 1931.
- LIMA, Augusto Mesquitela; MARTINEZ, Benito & FILHO, João Lopes, *Introdução à Antropologia Cultural*, Editorial Presença, 3 edição, Lisboa, 1981.
- LIMA, Fernando de Castro Pires, *Arquivo de Medicina Popular: Colectânea de Estudos*, Jornal do Médico, Porto, 1944.
- LIMA, Mário Vale & SARAIVA, Carlos Braz, *A Atribuição Supersticiosa no Exercício da Clínica*, Psiquiatria Clínica, Suplemento 2, 1982, Coimbra, p. 63-66.
- LOBO, Elvira, *Doenças Sagradas*, Mediterrâneo, nº 3, Instituto Mediterrânico, Lisboa, 1993, p.375-380.
- LOPES, F. Pina, *S. Silvestre de Escalos de Baixo*, Lisboa, 1952.

- MAPONE, *Castelo Novo - Estudos para uma Monografia*, Coimbra, 1975.
- MARQUES, Reis; PONCIANO, Emanuel; FREITAS, Fidalgo de; MENDES, Leopoldina Pinto & SERRA, Adriano Vaz, *Dados Sobre a Psicopatologia do Emigrante Português em França*, *Psiquiatria Clínica*, vol. I, nº 4, 1980, Coimbra, p.255-263.
- MARSELLA, A. J., *Cross-Cultural Research on Severe Mental Disorders: Issues and Finding*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78 (344), 1988, p.31-40.
- MARSELLA, A. J. e KAMEOKA, V. A., *Ethnocultural Issues in the Assessment in Psychopathology*, *Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians*, American Psychiatric Press, Washington, 1989.
- MARROCOS, António Capêlo Manzarra, *Idanha-a-Velha*, Famalicão, 1936.
- MARTINS, Manuel Alfredo de Moraes, *Malpica do Tejo - Terra Pobre, Povo Nobre*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, 1976.
- MATOS, Albano Mendes de, *A Medicina Popular no Século XIX - Sua Prática nas Aldeias da Gardunha*, *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX*, nº3, Castelo Branco, 1991, p.27-32.
- MATOS, Joaquim Pires de, *Juncal do Campo. Um Pouco da Sua História*, Castelo Branco, 1983.
- MEAD, Margaret, *The Mountain Arapesh - Supernaturalism*, *Anthropological Papers of the American Museum of Natural History*, vol.37, nº 2, Nova York, 1940.
- MELO, A. L. Nobre de, *Psiquiatria*, Fundação Nacional do Material Escolar, vol. 1, Rio de Janeiro, 1979.
- MICHELET, Jules, *Sobre as Feiticeiras*, Edições Afrodite, Lisboa, 1974.
- MONGEAU, A., *Psychiatrie Transculturale ou Interculturelle - Entre Théorie et Pratique*, *Evolution Psychiatrique*, Privat Editeur, tome 45, 3, Toulouse, 1980.
- MONTEIRO, Auzenda; PIRES, Cristina; CARMONA, Rita; CORREIA, Adelina & SEABRA, Carolina, *O Que Fomos, o Que Somos, o Que Pretendemos Ser*, *Enfermagem em Foco*, nº 13, Lisboa, 1994, p.42-54.
- MOTA, António José Salvado, *Monografia de Alpedrinha*, Alpedrinha, 1933.
- MOURA, José Carlos Duarte, *Contos Mitos e Lendas da Beira - Por Terras da Beira*, Castelo Branco, 1992.
- MOURA, José Carlos Duarte, *Contos Mitos e Lendas da Beira*, Castelo Branco, 1996.
- MOURA, José Diniz da Graça Motta e, *Memória Histórica da Notável Vila de Nisa*, edição fac-similada da Câmara Municipal de Nisa, 1982.
- NAMORA, Fernando, *Retalhos da Vida de um Médico*, primeira série, Livraria Bertrand, 24ª edição, Amadora, 1983.
- NAVARRO, Maria Amélia; ANTUNES, Rosa Maria; CALDEIRA, Maria da Graça & OSÓRIO, Duarte, *Contribuição para o Levantamento e Estudo de Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas*, *Anais Portugueses de Saúde Mental*, vol. 5, Coimbra, 1989.
- NIEDERMEYER, Albert, *Compendio de Medicina Pastoral*, Editorial Herder, Barcelona, 1961.
- NOGUEIRA, Bento, *Medicina Misturada à Religião - Encontro da Religião Cristã com a Medicina Clássica*, *Hospitalidade*, nº 153, Telhal, 1975, p.34-37.
- NOGUEIRA, Bento, *Medicina Misturada com Religião - Medicina de Roma, Incerta, Decadente e Supersticiosa*, *Hospitalidade*, nº 152, Telhal, 1975a, p.48-52.
- NOGUEIRA, M., *“Enxota-Espíritos” em Acção*, *Hospitalidade*, nº 161, Telhal, 1977, p.213-217.
- NOGUEIRA, M., *Adivinhões, Arte-Mágicos e Burlões Africanos em Acção Contra a Doença*, *Hospitalidade*, nº 162, Telhal, 1978, p.41-46.
- NUNES, Berta, *Sobre as Medicinas e as Artes de Curar*, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, nº 23, 1987, Lisboa, p.233-242.
- OLIVEIRA, Acácio C., *Sarzedas e o seu Termo, Aspectos Geográficos, Históricos e Etnográficos*, Castelo Branco, (s/d).
- OSÓRIO, Duarte Manuel Mascarenhas Madureira, *A Saúde Mental - Alguns Aspectos*, I Jornadas da Beira Interior, vol.2, Fundão, 1986, p.31-34.
- OSÓRIO, Duarte Manuel Mascarenhas Madureira, *A Saúde Mental - Alguns Aspectos e Possibilidades de Organização na Beira Interior*, II Jornadas da Beira Interior, vol.2, Fundão, 1988, p.329-332.
- OSÓRIO, Duarte M. Mascarenhas Madureira, *Um Modelo de Intervenção em Saúde Mental Comunitária*, *Anais Portugueses de Saúde Mental*, vol.4, 1988, p.57-62.

- OSÓRIO, Duarte & PAULA, Ana, *Alguns Aspectos da Intervenção Institucional no Trabalho Comunitário em Castelo Branco*, Saúde Mental em Questão - Um Problema de Todos, edição da Sociedade Portuguesa de Saúde Mental, 1990, p. 65-70.
- OSÓRIO, Duarte; LOURENÇO, Soledade & HENRIQUES, Francisco, *Saúde Mental na Comunidade*, comunicação apresentada nas 2ª Jornadas de Enfermagem da Beira Interior, Castelo Branco, 1992.
- OSÓRIO, Duarte & HENRIQUES, Francisco, *Aspects de Quelques «Maladies Psychiatriques» Dans la Médecine Populaire de la Region de Castelo Branco*, Histoire et Histoires en Psychiatrie, Toulouse, 1992, p.163-169.
- OSÓRIO, Duarte, *Discurso de Abertura das II Jornadas de Saúde Mental da Beira Interior*, Castelo Branco, 1993.
- PEGO, Júlio, *Considerações Sobre a Relação Médico-Doente na Prática Clínica em Meio Rural*, Psiquiatria Clínica, vol.1, suplemento 1, Coimbra, 1980, p. 147-150.
- PEREIRA, José Morgado, *Estados de Alma, Doença e Morte*, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX, nº4, Castelo Branco, 1991, p.45-47.
- PEREIRA, Frederico & VILA-REAL, Ângela, *Nota de Abertura*, Análise Psicológica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, nº 4, 1981, p.515-519.
- PICHOT, P. & FERNANDES, Barahona, *Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*, Roche Farmacêutica Química, Lisboa, 1984.
- PIRES, Sónia Oliveira, *Entre Margens - Papel da Mulher: Significado e Transformações numa Aldeia da Beira Baixa*, Departamento de Antropologia da Universidade Nova de Lisboa, inédito, Lisboa, 1993.
- POLIT, Denise F. & HUNGLER, Bernadette, *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*, Artes Médicas, 3ª edição, Porto Alegre, 1995.
- POLÓNIO, Pedro, *Relação Médico-Doente*, Psiquiatria Clínica, vol. 1, suplemento 2, Coimbra, 1982.
- POLÓNIO, Pedro, *As Depressões Socioculturais*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol. VI, nº 1, Lisboa, 1993, p.7-10.
- POLÓNIO, Pedro, *As Depressões Cognitivas*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol. VI, nº 1, Lisboa, 1993, p.11-14.
- PRATA, José Valentim de Matos, *Testemunho Vivo*, edição do autor, 1996.
- PROENÇA, A., *Cenas - Figurantes e Figurões! ...*, separata de O Médico, Porto, 1963.
- PULIDO, Francisco Martins, *Relatório Sobre a Organização do Hospital d'Alienados de Rilhafoles*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1851.
- QUARTILHO, Manuel João Rodrigues, *Sintomas e Cultura*, Psiquiatria Clínica, vol.16, nº 1, Coimbra, 1995, p.5- 10.
- QUIVY, Raymond & CAMPENHOUT, Lucvan, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, edições Gradiva, Lisboa, 1992.
- RACK, Philil, *Race - Culture and Culture*, Tavistock Publications, London, 1982.
- RAMOS, Francisco Martins, *Textos Antropológicos*, edição Edim, Monsaraz, 1996.
- REGO, Yvonne Cunha, *Feiticeiros, Profetas e Visionários: Textos Antigos Portugueses*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 1981.
- RIBAS, João Carvalhal, *As Fronteiras da Demonologia e da Psiquiatria*, São Paulo, 1964.
- RIBEIRO, Victor, *História da Beneficência Pública em Portugal*, Imprensa Universal, Coimbra, 1907.
- RICHARDSON, Roberto Jarry e Colaboradros, *Pesquisa Social*, Atlas, 2ª edição, São Paulo, 1989.
- RODRIGUES, José Batista & BATISTA, Maria da Graça Henriques, *“Neologismos” de Medicina e Farmácia do Sul da Beira Interior*, Preservação, nº 9-11, Vila Velha de Ródão, p.27-35.
- ROQUE, Sanches, *Alcains e sua História*, Castelo Branco, 1975.
- ROSAS, Fernando Dias & LIMA, Manuel Ribeiro, *Dimensão Psicoterapêutica na Relação Médico-Doente*, Psiquiatria Clínica, suplemento 2, Coimbra, 1982, p.85-87.
- ROSEN, G., *Loucura y Sociedad. Sociologia Histórica de la Enfermedad Mental*, Alianza, Madrid, 1974.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Discurso Sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade Entre os Homens*, Editorial Minerva, 1971, Lisboa.
- ROXO, António, *Monographia de Castello Branco*, 1890.

- RUIZ, M., *Psiquiatria Social y Comunitária*, Psiquiatria, tomo II, Ediciones Toray S. A., Barcelona, 1981.
- SAAVEDRA, Alberto, *A Linguagem Médica Popular*, Porto, 1919.
- SALVADO, Maria Adelaide Neto, *O Cobrão e a Erisipela - Superstição e Medicina Popular nalgumas Povoações da Beira Baixa*, Adufe, nº 2, Castelo Branco, 1985, p.55-73.
- SALVADO, Pedro Forte, *Práticas Etnomédicas na Raia (Conc. de Idanha-a-Nova) - Alguns Exemplos*, Medicina na Beira Interior da Pré-História ao Século XX, nº 7, Castelo Branco, 1993, p.37-44.
- SANTOS, Álvaro Miranda, *Corpo, Situação Motivante*, Psiquiatria Clínica, nº 2, suplemento 2, Coimbra, 1981, p.75-78.
- SANTOS, Costa, *A Primeira Notícia Sobre Tratamento de Alienados em Portugal*, Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, vol.VII, nº 1, 1994, Lisboa, p.59-66.
- SANTOS, Manuel Tavares, *Castelo Branco na História e na Arte*, edição do autor, Castelo Branco, 1958.
- SZASZ, Thomas S., *Fabriquer la Folie*, Payot, Paris, 1976.
- SELLTIZ, Claire, *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, Herder, São Paulo, 1967.
- SERRA, Adriano Vaz, *A Relação Médico-Doente na Prática Clínica*, Psiquiatria Clínica, vol. 1, suplemento 1, Coimbra, 1980, p.5-7.
- SERRA, Adriano Vaz, *O Sistema de Valores do Doente - Sua Importância no Contexto Terapêutico*, Psiquiatria Clínica, suplemento 2, Coimbra, 1982, p.33-41.
- SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira, *Metodologia das Ciências Sociais*, Edições Afrontamento, Porto, 1986.
- SOEIRO, L. Navarro, *A Vagabundagem e a Mendicidade, Problema Biopsicossocial*, Anais Portugueses de Psiquiatria, vol. XI, Dezembro, 1959, p.152-176.
- SOROMENHO, Paulo Caratão, *Lendário Rodanense*, Revista de Portugal, Série A, vol.XXX, Lisboa, 1965, p. 430-447.
- SOUSA, Anabela de, *Sangue Oculto - Atitudes e Representações Simbólicas Sobre a Menstruação e o Corpo*, Ethnologia, nº1-2, Lisboa, 1994, p.87-100.
- TAYLOR, Cecelia Monat, *Fundamentos da Enfermagem Psiquiátrica*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- TEIGA, Suzana & AMARO, Fausto, *Estudo Exploratório para a Integração Social dos Doentes Mentais Crónicos - Freguesia dos Olivais - Lisboa*, separata da Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, Lisboa, 1988.
- VÁSQUEZ, Carmelo, *El Concepto de Conducta Anormal*, Psicología Medica, Psicopatología y Psiquiatria, vol. 1, Madrid, 1990, p.449-471.
- VILHENA, M. Assunção, *A Flor do Feto Real*, 1988.
- VILHENA, M. Assunção, *Gentes da Beira Baixa - Aspectos Etnográficos do Concelho de Proença-a-Nova*, Edições Colibri, Lisboa, 1995.
- WALLACE, A. E C., *Antropologia Psiquiátrica*, Tratado de Psiquiatria de H.L Kaplan y B. J. Sadock, tomo 1, Barcelona, 1989.
- WINGATE, Peter, *Dicionário de Medicina*, Publicações D. Quixote, 2ª edição, Lisboa, 1977.
- WITFKOWER, E. D. & LIPOWSKI, Z. J., *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*, Psychosomatic Medicine, 28, 722, 1966.
- WITTKOWER, E. D. *Perspectives of Transcultural Psychiatry*, Simposio Internacional de Psiquiatria Transcultural, Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 2, nº 61, 1968.
- WORLD HEALTH ORGANISATION, *Traditional Medicine and Health Care Coverage*, WHO, Genève, 1983.

2. Outras fontes

2.1. Consulta sistemática

- Acção Regional (11. 12.1924 a 21.12.1930), Castelo Branco.
- Aldeia Viva, (todos os números até ao fim da sua publicação), Penha Garcia.
- Ecos da Sobreira (26.2.1972 a 31.12.1996), Sobreira Formosa.
- O Concelho de Vila Velha de Ródão (Out. 1982 a 31.12.1996), Vila Velha de Ródão.
- Mancha Verde (Julho de 1990 a 31.8.95), Proença-a-Nova.

Mensageiro Paroquial, O Jornal de Proença-a-Nova, O Concelho de Proença-a-Nova, Notícias da Nossa Terra e novamente O Concelho de Proença-a-Nova (Dez. 1954 a 31.12.1996), Proença-a-Nova.

Notícias da Freguesia de Montes da Senhora (Maio de 1972 a 31.12.1996), Montes da Senhora.

Portas de Ródão (10.6.1970 a 1979), Vila Velha de Ródão.

Povo d' Idanha (3.7.1915 a 21.7.1917), Idanha-a-Nova.

Povo da Beira (todos os números até a 31.12.1996), Castelo Branco.

Raiano (1.7.1973 a 31.12.1996), Idanha-a-Nova.

2.2. Consulta não sistemática

Beira Baixa, Castelo Branco.

Gazeta do Interior, Castelo Branco.

Reconquista, Castelo Branco.