

# ANTROPOLOGIA PORTUGUESA



Neste número

*Informação Bibliográfica*  
*Trabalhos publicados*  
*em 1991*

Vol.9/10  
1991-1992

---

INSTITUTO DE ANTROPOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## Factores Sócio-Culturais Subjacentes à Escolha da Bruxa como Terapêuta<sup>(1)</sup>

Maria Emília Curado<sup>(2)</sup>

*Rua Alexandre Herculano, 16-C, 2º Esq.  
3000 Coimbra*

**Resumo.** A autora apresenta um estudo referente a 110 casos, recolhidos em 1982 no Norte e Centro de Portugal, de indivíduos que consultaram a «bruxa» solicitando a cura de doenças físicas e psicológicas ou a resolução de problemas e conflitos familiares e sociais.

Da análise dos dados pode extrair, entre outras, as seguintes conclusões:

1. Os indivíduos pertencentes às camadas sociais inferiores e com menor grau de instrução são os que recorrem à bruxa com maior frequência.
2. As mulheres consultam a bruxa mais do que os homens.
3. A idade média dos indivíduos que recorrem à bruxa é superior no sexo feminino.
4. No que diz respeito aos motivos da consulta, os problemas e conflitos familiares e os «problemas da vida quotidiana» são quase exclusivos do sexo feminino; no sexo masculino apenas as doenças físicas e psicológicas parecem constituir motivos válidos para ir à bruxa.

---

<sup>(1)</sup>. O texto que aqui apresentamos constitui a síntese das investigações que realizámos no âmbito do Seminário de Terapêutica do Comportamento (integrado no plano curricular do 5º ano da Licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) sob a orientação do Professor Doutor Adriano Vaz Serra, no ano lectivo de 1981/82.

<sup>(2)</sup>. Psicóloga.

5. A grande maioria dos diagnósticos feitos pela bruxa consistem em atribuições supersticiosas; correlativamente, a maior parte das intervenções terapêuticas constituem práticas mágico-religiosas.

6. Os resultados das intervenções terapêuticas variam em função dos motivos da consulta, das categorias de diagnóstico e da natureza da própria intervenção; em mais de 50% dos casos, os resultados são avaliados como positivos pelos próprios indivíduos que recorrem à bruxa.

**Palavras chave:** Bruxaria; Análise sócio-cultural; Psiquiatria; Medicinas alternativas.

**Summary.** The author is presenting a study which refers to 110 cases, taken from Northern and Central Portugal in 1982, where people, searching for cures to physical and psychological illness or an end to family problems and social conflict, sought the help of witch.

An analysis of the results reveals, amongst other things, the following conclusions:

1. Of those tested, the people most likely to resort to the consultation of witches are those with the least education and those belonging to the lower levels of society.

2. Women consult witches more than men.

3. Also more middle-aged women as opposed to middle-aged men turn to the help of witches.

4. It is almost exclusively women who cite family conflict and «the problems of every day living» as the reasons for visiting a witch. It would appear, however, that to men only physical or psychological illness constitute valid reasons for consulting a witch.

5. The great majority of diagnoses made by witches consists of the use of powers of which superstition attributes to them; thus most of the cures that they prescribe involve the practice of combined magical and religious rituals.

6. The results of treatments prescribed vary in accordance with the initial reasons for consultation, the categories of diagnosis and the nature of the proper cure; in more than 50% of the cases the results are judged to be positive by those who initially sought the advice of a witch.

**Key Words:** Witches; Socio-cultural analysis; Psychiatry; Alternative medicines.

*«Por mil anos, o povo só teve uma terapêuta — a feiticeira. Os imperadores, os reis e os papas, bem como os barões mais ricos, tinham diferentes médicos de Salerno, ou então médicos judeus e mouros; mas o maior grupo de qualquer Estado, o que se poderia denominar todo o mundo, consultava apenas a Saga, a Feiticeira»<sup>(3)</sup>.*

### Introdução

A doença, nas suas dimensões físicas ou psicológicas, não constitui uma entidade autónoma e atemporal. São as condições sócio-históricas e culturais em que surge e nas quais se desenvolve que lhe precisam a significação e lhes definem os limites. O meio sócio-cultural não só desempenha um papel fundamental na determinação da doença como também fornece índices significativos para a escolha do terapeuta e para a avaliação dos resultados da acção terapêutica. São estes aspectos que nos interessam particularmente. O presente trabalho tem, precisamente, por objecto a caracterização social dos indivíduos que recorrem à «bruxa» (ou a qualquer outra figura «terapêutica» investida de poderes mágico-religiosos ou sobrenaturais) solicitando a cura de doenças de natureza física e psicológica, ou a resolução de problemas e conflitos de ordem familiar e social.

Como qualquer outro comportamento, o comportamento de «ir à bruxa» depende, directa ou indirectamente, do conjunto ou sistema de valores que o indivíduo partilha. Com outros indivíduos do grupo sócio-cultural a que pertence<sup>(4)</sup>. Em particular, é o seu sistema de crenças e superstições que o leva a atribuir as suas dificuldades ou doenças a causas sobrenaturais e a escolher a bruxa como «terapeuta».

O significado e a importância que a superstição<sup>(5)</sup> reveste no quadro dos sistemas de valores que regulam o comportamento dos indivíduos parecem estar relacionados com alguns parâmetros ou índices sócio-culturais, tais como a idade, o sexo, o grau de instrução, a camada social, o tipo de residência, etc.

---

<sup>(3)</sup>. Jules Michelet, 1862.

<sup>(4)</sup>. Para uma análise das relações entre sistemas de valores, atitudes e comportamentos, cf. Reich, B. and Adcock, C. 1975.

<sup>(5)</sup>. Vale Lima e Bráz Saraiva. 1982, chamam a atenção para a importância que a superstição reveste na atribuição das doenças mentais e analisam as formas através das quais ela se manifesta na prática clínica.

A hipótese<sup>(6)</sup> de base desta investigação parte da constatação que os valores, atitudes e comportamentos supersticiosos são mais frequentes entre os indivíduos com menor grau de instrução, pertencendo às camadas sociais inferiores e residindo predominantemente em zonas rurais. Se o comportamento de consultar a bruxa radica, em última análise, no sistema de crenças e superstições do indivíduo, então será previsível que aqueles que consultam a bruxa se situem, precisamente, nas camadas sociais mais baixas, possuam um menor grau de instrução e habitem sobretudo em zonas rurais. No que respeita à variável sexo, sustentamos, a título hipotético, que são principalmente as mulheres que recorrem à bruxa.

Com o objectivo de confirmarmos estas hipóteses, procedemos à recolha de casos de indivíduos que, por um motivo ou outro, tenham consultado uma bruxa ou qualquer outra figura semelhante.

Para além das variáveis implicadas nas hipóteses acima formuladas, procederemos, ainda, à análise dos motivos que estiveram na origem da decisão de consultar a bruxa, das formas de diagnóstico e de intervenção por ela utilizadas e dos resultados obtidos (de acordo com a avaliação feita pelos próprios indivíduos que a consultaram).

### Material e Métodos

#### *Constituição da Amostra*

A amostra é constituída por 107 casos recolhidos, entre Janeiro e Maio 1982, pelos alunos do Seminário de Terapêutica do Comportamento<sup>(7)</sup>. O processo de recolha baseou-se no interrogatório<sup>(8)</sup> de indivíduos que já tivessem consultado a bruxa ou então que tivessem conhecimento (entre os seus familiares ou outras pessoas das suas relações sociais) de casos de «ida à bruxa». Uma vez registadas as «histórias» procedemos à sua análise de acordo com os objectivos atrás enunciados.

Nos casos em que o indivíduo consultado era uma criança, considerámos, para efeitos de amostragem, os adultos (normalmente os pais ou familiares próximos) que

---

<sup>(6)</sup>. As investigações sobre este tema são, infelizmente, raras, pelo que qualquer hipótese de trabalho eventualmente formulável revestirá necessariamente um carácter geral.

<sup>(7)</sup>. Os casos foram recolhidos em diferentes regiões do Norte e Centro do País.

<sup>(8)</sup>. Cabe-nos apontar aqui uma deficiência metodológica que limitou, de alguma forma, o alcance da nossa investigação: como parte dos interrogatórios não se baseou num conjunto de itens previamente estabelecidos, nem sempre foi possível obter, em cada «história», a informação referente a todas as variáveis que considerámos importantes para efeitos de análise.

a levaram à consulta. Em todos os outros casos, foi o indivíduo efectivamente consultado que fez parte da amostra.

Três dos 107 casos referem-se a crianças que foram levadas à «consulta» por ambos os pais. Optámos por incluir na amostra, pelo que esta passou a ser constituída por 110 indivíduos, sendo 31 do sexo masculino e 79 do sexo feminino<sup>(9)</sup>.

### *Características Gerais da Amostra*

Ao considerarmos a variável idade, estabelecemos quatro níveis etários<sup>(10)</sup>: menos de 20 anos (adolescentes), entre 20 e 39 anos (adultos jovens), entre 40 e 59 anos (meia idade) e mais de 60 anos (idosos).

No que diz respeito à camada social, adoptámos a classificação proposta por Sedas Nunes e J.D. Miranda (1969), que se baseia principalmente na profissão desempenhada e no grau de instrução. No caso de indivíduos sem profissão dependendo economicamente dos pais, ou de mulheres casadas sem profissão própria, tomámos como critério de classificação a profissão dos pais ou dos maridos<sup>(11)</sup>.

Quanto à residência, considerámos como rural a dos indivíduos que viviam em povoações com menos de 10000 habitantes e em que as actividades agrícolas são predominantes.

Apresentamos nos Quadros I e II as características gerais da amostra.

A média de idades da amostra é de 40,7 anos, com um d.p. de 13,9. Para o sexo masculino a média é de 34,1 anos, com um d.p. de 14,6 e para o sexo feminino a média e o d.p. são, respectivamente, 42,7 e 13,4<sup>(12)</sup>.

---

<sup>(9)</sup>. Quando se tratou de analisar os motivos da consulta, o tipo de diagnóstico e intervenção e os resultados, referimo-nos, como é evidente, apenas aos 107 casos efectivamente recolhidos. Quando considerámos a variável sexo no estudo destes aspectos, incluímos os 3 casos acima referidos no sexo feminino.

<sup>(10)</sup>. Seguimos uma divisão semelhante à de Vaz Serra e Ponciano, E. 1980. Dividimos, no entanto, a sua categoria «jovens» (menos de 39 anos) nas nossas duas primeiras categorias.

<sup>(11)</sup>. A quase totalidade dos casos em que a camada social é desconhecida (cf. Quadro II) é constituída por mulheres casadas sem profissão própria («doméstica») em relação às quais não possuíamos informação sobre a profissão dos maridos.

<sup>(12)</sup>. A diferença entre as idades médias dos dois sexos é altamente significativa.

Quadro I. Características gerais da amostra

	Total		Sexo masculino		Sexo feminino	
	N	%	N	%	N	%
<b>N</b>	110	100,00	31	28,18	79	71,82
<b>Idades</b>						
< 20 anos	12	10,91	7	22,58	5	6,33
Entre 20-39 anos	37	33,64	13	41,94	24	30,38
Entre 40-59 anos	52	47,27	9	29,03	43	54,43
≥ 60 anos	9	8,18	2	6,45	7	8,86
<b>Estado Civil</b>						
Solteiros	18	16,36	9	29,03	9	11,39
Casados	76	69,09	16	51,61	60	75,95
Viúvos	5	4,55	1	3,23	4	5,06
Divorciados/Separados	5	4,55	2	6,45	3	3,80
Desconhecido	6	5,45	3	9,68	3	3,80

Quadro II. Características gerais da amostra

	Total		Sexo masculino		Sexo feminino	
	N	%	N	%	N	%
<b>N</b>	110	100,00	31	28,18	79	71,82
<b>Camada Social</b>						
Superior	1	0,91	—	—	1	1,27
Média	18	16,36	6	19,35	12	15,19
Inferior-Alta	29	26,36	13	41,94	16	20,25
Inferior-Baixa	44	40,00	8	25,81	36	45,57
Desconhecida	18	16,36	4	12,90	14	17,72
<b>Grau de Instrução</b>						
Instrução primária	67	60,91	17	54,83	50	63,29
Ensino secundário	21	19,09	12	38,71	9	11,39
Ensino superior	3	2,73	1	3,23	2	2,53
Analfabeto	11	10,00	—	—	11	13,93
Desconhecido	8	7,27	1	3,23	7	8,86
<b>Residência</b>						
Rural	60	54,54	21	67,74	39	49,37
Urbana	45	40,91	9	29,03	36	45,57
Desconhecida	5	4,55	1	3,23	4	5,06

A observação dos Quadros I e II permite-nos fazer, entre outras, as seguintes constatações:

- 1 — as mulheres consultam a bruxa mais do que os homens (71,82% contra 28,18%);
- 2 — no sexo feminino o grupo etário que recorre mais à bruxa é dos 40-59 anos, ao passo que no sexo masculino a maior percentagem de «clientes» se encontra no nível dos 20-39 anos;
- 3 — são sobretudo os indivíduos casados que consultam a bruxa, ainda que este facto seja menos nítido para os homens;
- 4 — recorrem mais frequentemente à bruxa os indivíduos pertencentes às camadas sociais inferiores (para o sexo feminino é nitidamente a camada inferior-baixa a mais representada na amostra);
- 5 — os analfabetos e os indivíduos com a instrução primária constituem, também, o grupo mais representado na amostra, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, ainda que neste o grau de instrução seja claramente mais baixo;
- 6 — no que diz respeito à residência, a predominância da rural só é significativa em relação aos homens.

### **Resultados**

Em relação à amostra acima caracterizada procurámos conhecer quais os motivos da consulta, os tipos de diagnóstico e intervenção e os resultados obtidos.

#### *Causas ou Motivos da «Consulta»*

A partir de uma leitura dos casos, considerámos quatro categorias de causas ou motivos que levam os indivíduos à bruxa:

- 1 — doenças físicas;
- 2 — doenças psicológicas;
- 3 — problemas e conflitos familiares;
- 4 — problemas da «vida quotidiana».

Na primeira categoria incluímos os casos em que as queixas apresentadas indicavam nitidamente a existência de doença de ordem estritamente médica; na categoria 2, as situações referidas apontavam claramente para a presença de

descompensações psicológicas facilmente integráveis na nosografia psiquiátrica; na categoria 3, as situações descritas radicavam essencialmente em perturbações e dificuldades na interação familiar; por último, a categoria 4 refere-se aos casos em que o essencial residia na presença de obstáculos e dificuldades respeitantes aos mais diversos aspectos das relações sociais do indivíduo (relações profissionais, relações com amigos e vizinhos).

Quadro III. Causas ou motivos da «consulta»

	Total		Sexo masculino		Sexo feminino	
	N	%	N	%	N	%
<i>N</i>	110	100,00	31	28,18	79	71,82
<i>Doenças físicas</i>	26	23,64	11	35,48	15	18,99
<i>Doenças psicológicas</i>	37	33,63	17	54,84	20	25,32
<i>Problemas e conflitos familiares</i>	26	23,64	1	3,23	25	31,64
<i>Problema da «vida quotidiana»</i>	21	19,09	2	6,45	19	24,05

Observando o Quadro III, poderemos constatar que qualquer destas categorias está relativamente bem representada na amostra global, ainda que as doenças psicológicas sejam claramente as mais frequentes. Contudo, se considerarmos a variável sexo, a hierarquia dos motivos da consulta é diferente nos dois sexos. Enquanto nas mulheres, os problemas e os conflitos familiares ocupam o primeiro lugar, seguindo-se as doenças psicológicas, os problemas da «vida quotidiana» e, por último, as doenças físicas, nos homens as doenças psicológicas e físicas situam-se no topo da hierarquia. Mas, o mais interessante, é o facto dos homens praticamente não recorrerem á bruxa (apenas 9,68 o fazem) por problemas e conflitos familiares ou problemas da «vida quotidiana», enquanto estas causas se revelam altamente motivantes para as mulheres, ocupando, respectivamente, o primeiro e o terceiro lugar na hierarquia.

Se observarmos o Quadro IV, verificamos que entre os problemas e conflitos familiares, não são os conjugais, que mais frequentemente levam à bruxa. E, caso curioso, são exclusivamente as mulheres a apresentá-los.

O Quadro V refere-se aos resultados da intervenção (tal como foram avaliados pelos próprios indivíduos que consultaram a bruxa) em função das causas ou motivos da consulta. Para uma interpretação mais fácil, elaborámos o Quadro VI, no qual podemos constatar que são as intervenções motivadas por problemas e conflitos familiares e problemas da «vida quotidiana» que registam uma maior percentagem de sucessos. As elevadas percentagens obtidas (73,08 e 71,43) distanciam-se nitidamente das relativas às doenças psicológicas e físicas. Ainda assim, a percentagem de sucessos ultrapassa os 50% para as psicológicas e apenas para as físicas é inferior a esse valor.

Quadro IV. Causas ou motivos da «consulta»: especificação da categoria «Problemas e conflitos familiares»

	Total	Sexo masculino	Sexo feminino
	N	N	N
<i>N</i>	26	1	25
<i>Problemas e conflitos conjugais</i>	18	—	18
<i>Problemas e conflitos pais/filhos</i>	5	—	5
<i>Problemas e conflitos entre irmãos</i>	2	1	1
<i>Outros</i>	1	—	1

Quadro V. Resultados da intervenção em função das causas ou motivos da «consulta»

	Total			Sexo masculino			Sexo feminino		
	+	—	?	+	—	?	+	—	?
<i>N</i>	63	40	7	15	15	1	48	25	6
<i>Doenças físicas</i>	9	14	3	4	7	—	5	7	3
<i>Doenças psicológicas</i>	20	15	2	9	7	1	11	8	1
<i>Problemas e conflitos familiares</i>	19	7	—	1	—	—	18	7	—
<i>Problemas da «vida quotidiana»</i>	15	4	2	1	1	1	14	3	2

+ resultado positivo; — resultado negativo; ? resultado desconhecido

Quadro VI. Resultados da intervenção em função das causas ou motivos da «consulta»: percentagem de resultados positivos («sucessos»).

	N	percentagem de «sucessos»
<i>Total de casos</i>	110	57,27
<i>Doenças físicas</i>	26	34,62
<i>Doenças psicológicas</i>	37	54,05
<i>Problemas e conflitos familiares</i>	26	73,08
<i>Problemas da «vida quotidiana»</i>	21	71,43

### Tipos de Agentes Terapêuticos e Modalidades de Diagnóstico

O Quadro VII refere-se ao tipo de «agentes terapêuticos consultados pelos indivíduos que constituíram a amostra. As designações são as utilizadas pelos próprios indivíduos<sup>(13)</sup>.

<sup>(13)</sup>. Para uma definição destes termos cf. o Dicionário de Língua portuguesa de Cândido de Figueiredo, 1949.

Quadro VII. «Agentes terapêuticos» consultados

	Total
<i>N</i>	110
<i>Bruxa (o)</i>	74
<i>Médium</i>	17
<i>Cartomante</i>	15
« <i>Santa</i> »	2
<i>Exorcista</i>	2

Os tipos ou categorias de «diagnóstico» feitos pela bruxa (ou qualquer outro dos agentes referidos no Quadro VII) são apresentados no Quadro VIII. Trata-se, no fundo, das atribuições de causalidade feitas pelos diversos agentes terapêuticos consultados. Considerámos as seguintes categorias:

- 1 — causas sobrenaturais — quando a doença ou o problema é visto como resultante da intervenção directa de um ser sobrenatural; trata-se sobretudo, da possessão, vulgarmente designada por «encosto de espírito»<sup>(14)</sup>;
- 2 — «feitiços» diversos — quando a causa da doença ou do problema é atribuída à acção de outros indivíduos considerados aptos a lidar com o «sobrenatural» e tendo, voluntariamente, utilizado os seus poderes ou faculdades para lesar o indivíduo que consulta a bruxa; encontramos aqui uma multiplicidade de situações como «mau olhar», «maldição», «encantamento», «mal de inveja», «presságio», etc.;
- 3 — causas fisiológicas (medicina popular) — quando a doença é atribuída a mecanismos ou processos físicos ou fisiológicos, que, no entanto, não correspondem ao saber adquirido pelas ciências médicas e biológicas; trata-se, como é evidente, duma «medicina popular»;
- 4 — «diagnósticos adequados» — quisémos referir nesta categoria, um pouco ambígua, todos os casos em que as causas não são atribuídas a nenhum dos factores anteriores, e em que o «terapeuta» revela uma certa com-

---

Para além destas designações surgiram outras na nossa amostra. Dadas as semelhanças existentes resolvemos assimilá-las às cinco categorias do Quadro VII (espírita a médium, adivinha e vidente a cartomante e mulher de virtude a bruxa).

<sup>(14)</sup>. Para uma explicação desta expressão bem como das seguintes cf. o Dicionário da Língua Portuguesa de Cândido de Figueiredo, 1949; Zucker, C. 1952.

preensão da situação; trata-se, essencialmente, dos casos em que os problemas apresentados são atribuídos a dificuldades na interacção familiar e social, sem ser feita qualquer referência a fenómenos sobrenaturais.

O Quadro VIII indica-nos que é nas categorias 1 e 2 (i.e., aquelas que fazem intervir explicitamente fenómenos sobrenaturais) que se situa a maior parte dos «diagnósticos» (em 86 «diagnósticos» conhecidos, 68-79,1% pertencem àquelas categorias).

Quadro VIII. Categorias de diagnóstico

	Total	
	N	%
<i>N</i>	110	100,00
<i>Causas sobrenaturais</i>	42	38,18
«Feitiços» diversos	26	23,64
<i>Causas fisiológicas (medicina popular)</i>	12	10,91
<i>Diagnósticos «adequados»</i>	6	5,45
<i>Desconhecido</i>	24	21,82

À semelhança do que fizémos com os motivos da consulta, apresentamos os resultados da intervenção em função do diagnóstico (Quadro IX e X).

Quadro IX. Resultados da intervenção em função do «diagnóstico»

	Total		
	+	—	?
<i>N</i>	63	40	7
<i>Causas sobrenaturais</i>	21	20	1
«Feitiços» diversos	18	7	1
<i>Causas fisiológicas (medicina popular)</i>	2	7	3
«Diagnósticos adequados»	4	2	—
<i>Desconhecido</i>	18	4	2

Quadro X. Resultados da intervenção em função do «diagnóstico»: percentagem de resultados positivos («sucessos»).

	N	percentagem de «sucessos»
<i>Total de casos com «diagnóstico» conhecido</i>	86	52,33
<i>Causas sobrenaturais</i>	42	50,00
<i>«Feitiços» diversos</i>	26	69,23
<i>Causas fisiológicas (medicina popular)</i>	12	16,67
<i>Diagnósticos «adequados»</i>	6	66,67

Como se pode verificar, a percentagem de sucessos é francamente baixa (16,67%) no que diz respeito aos diagnósticos baseados na medicina popular e atinge um valor bastante elevado na categoria «feitiços» diversos (69,23%). Na categoria 1 (causas sobrenaturais), aquela percentagem é de 50% e na categoria «diagnósticos adequados» ultrapassa este valor, situando-se nos 66,67%.

#### *Tipos de Intervenção*

Considerámos aqui os modos de acção «terapêutica» ou tipos de prática «clínica» desenvolvidos pela bruxa e agrupámo-los nas seguintes categorias:

- 1 — *práticas mágico-religiosas* — formas de intervenção que fazem apelo ao auxílio, directo ou indirecto, de forças ou agentes sobrenaturais, ou que se orientam no sentido da obtenção duma solução mágica para o problema em causa;
- 2 — *remédios naturais* — casos em que a bruxa se limitou a prescrever determinados remédios naturais (chás, etc.), sem apelar explicitamente para agentes ou forças sobrenaturais;
- 3 — *«aconselhamento psicológico»* — incluímos nesta categoria as situações em que a intervenção consistiu num conjunto de «conselhos» — mais ou menos adequados — com o objectivo de ajudar o indivíduo a superar dificuldades ao nível das suas relações familiares e sociais.

Como seria de esperar, podemos verificar (Quadro XI) que as práticas mágico—religiosas se distanciam nitidamente das outras formas de intervenção.

Quadro XI. Tipos de intervenção

	Total	
	N	%
<i>N</i>	110	100,00
<i>Práticas mágico-religiosas</i>	72	65,45
<i>Remédios naturais</i>	15	13,64
<i>«Aconselhamento psicológico»</i>	6	5,46
<i>Desconhecida</i>	17	15,45

No que diz respeito aos resultados obtidos em função do tipo de intervenção, a leitura dos Quadros XII e XIII permite-nos afirmar que são efectivamente as práticas mágico-religiosas que parecem produzir melhores resultados. De notar a baixa percentagem de sucessos na categoria remédios naturais.

Quadro XII. Resultados da intervenção em função do tipo de intervenção

	Total		
	+	—	?
<i>N</i>	63	40	7
<i>Práticas mágico-religiosas</i>	44	23	5
<i>Remédios naturais</i>	5	10	—
<i>«Aconselhamento psicológico»</i>	3	2	1
<i>Desconhecido</i>	11	5	1

+ resultado positivo; — resultado negativo; ? resultado desconhecido.

Quadro XIII. Resultados da intervenção em função do tipo de intervenção: percentagem de resultados positivos («sucessos»)

	N	percentagem de «sucessos»
<i>Total de casos com intervenção conhecida</i>	93	55,91
<i>Práticas mágico-religiosas</i>	72	61,11
<i>Remédios naturais</i>	15	33,33
<i>«Aconselhamento psicológico»</i>	6	50,00

### Discussão e Conclusões

A presente investigação não nos permite avaliar qual a extensão objectiva das práticas terapêuticas mágico-religiosas em Portugal. Parece-nos, no entanto, que se trata de um fenómeno a não negligenciar e cujo conhecimento poderá ser útil a diversos níveis, nomeadamente na prática clínica, médica, psicológica.

Relativamente à caracterização social da população que recorre à bruxa, este estudo confirmou algumas das hipóteses enunciadas na sua introdução. De acordo com as características da nossa amostra, são, efectivamente, os indivíduos pertencentes às camadas sociais inferiores e com menor grau de instrução que mais frequentemente consultam a bruxa. Ainda que se possa considerar que as facilidades de acesso aos serviços médicos e psiquiátricos — enquanto alternativas à bruxa — não são idênticas para todos os grupos sociais, parece-nos que o principal factor explicativo reside na importância que a superstição reveste para os indivíduos em causa. Com efeito, os sistemas de valores e crenças em que superstição desempenha um papel fundamental parecem estar associados com determinadas condições de existência (próprias das camadas sociais inferiores) e com uma menor informação (baixo grau de instrução) sobre a realidade das doenças físicas e psicológicas.

A nossa hipótese relativa à variável sexo também foi confirmada. As mulheres consultam a bruxa mais frequentemente que os homens. Este facto estará provavelmente relacionado com a tradicional divisão sexual dos papéis sociais, que tem por consequência afastar as mulheres de um certo número de informações eventualmente úteis para uma «avaliação crítica» das diversas formas de superstição e dos seus efeitos no comportamento individual. Esta hipótese merecer-nos-à maior credibilidade se considerarmos que uma grande parte das mulheres da nossa amostra não tinha profissão própria, ocupando-se exclusivamente das tarefas domésticas.

Quanto à residência, a hipótese de que seria entre os indivíduos rurais que encontraríamos maior número de «clientes» das bruxas, só parece confirmar-se relativamente ao sexo masculino.

A idade dos indivíduos que consultam a bruxa é mais elevada nas mulheres (na nossa amostra as médias foram, respectivamente, 42,7 e 34,1). No que diz respeito ao estado civil, os indivíduos casados constituem o grupo que mais frequentemente recorre à bruxa.

Relativamente aos motivos da consulta, parece poder concluir-se que os problemas e conflitos familiares e os problemas da «vida quotidiana» são praticamente exclusivos do sexo feminino. O facto de apenas as mulheres procurarem a bruxa para resolverem conflitos conjugais aponta no sentido da sua dependência psicológica no seio do casal. Para os homens, as doenças físicas e psicológicas parecem ser os únicos motivos suficientemente fortes para irem à bruxa.

A grande maioria dos diagnósticos feitos pela bruxa consistem em atribuições supersticiosas. Correlativamente, a maior parte das intervenções terapêuticas constituem práticas mágico-religiosas.

Os resultados das intervenções variam em função dos motivos da consulta, das categorias de diagnóstico e da natureza da própria intervenção. Em termos globais (i.e., considerando os resultados independentemente dos motivos, diagnósticos ou intervenções), em mais de 50% dos casos os resultados são avaliados como positivos pelos indivíduos da nossa amostra. Este índice de eficiência poder-nos-à surpreender. No entanto, pensamos que ele é explicável, em grande parte, pelos mesmos mecanismos que estão na origem da atribuição da doença a causas sobrenaturais. A cura ou a solução dos problemas podem ter ocorrido «naturalmente» — sem uma relação causal com a intervenção — no entanto, o sujeito tenderá a atribuí-las — baseado nas mesmas crenças que o levaram à consulta — à acção «terapêutica» da bruxa.

### Bibliografia

- Figueiredo, C. de; 1949. *Dicionário da língua portuguesa* — 10ª edição actualizada segundo as regras do acordo ortográfico luso-brasileiro de 1945 e em perfeita harmonia com o vocabulário resumido da Academia das Ciências de Lisboa e da Academia Brasileira das Letras (2 vol.). Lisboa, Livraria Bertrand.
- Lima, V.; Saraiva, B. 1982. Atribuição supersticiosa no exercício da clínica. *Psiquiatria Clínica*.
- Michelet, J. 1862. *Satanism and Witchcraft: A Study in Medieval Superstition* (trad. ingl. de A. R. Allison. New York, Citadel, 1965).
- Nunes, A.S.; Miranda, J.D. 1969. A composição social da população portuguesa: alguns aspectos e implicações. *Análise Social*, nº 27/28, vol. VII:333-381.
- Reich, B.; Adcock, C. 1975. *Values, Attitudes and Behaviour*. London, Methuen.
- Vaz Serra, A.S.; Ponciano, E. 1980. Psiquiatria Forense: Alguns dados à luz do Conselho Médico-Legal de Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 1 (3):171-181.
- Zucker, C. 1952. *Psychologie de la superstition*. Paris, Payot.