

PSIQUIATRIA E FEMINILIDADE

Magali Engel

O CENÁRIO

novas estratégias de disciplinamento das corporações

Fins do século XIX: as transformações que a partir da década de 1850 começaram, lenta e contraditoriamente, a se delinear nos horizontes da sociedade brasileira tornavam-se mais profundas e definidas. **As perspectivas de reestruturação das relações de trabalho em novas bases, a ampliação e a complexificação dos espaços urbanos, a Proclamação da República, entre outros aspectos, sinalizavam o advento de um novo tempo. Impunham, de acordo com as expectativas e interesses dominantes, a formulação e a execução de novas estratégias de disciplinarização e de repressão dos corpos e mentes sedimentados, por exemplo, sobre uma nova ética do trabalho e sobre novos padrões de moralidade para os comportamentos afetivos, sexuais e sociais.** O advento da República anunciava o começo de um tempo marcado pelo redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização.

Em meio às mudanças consolidava-se o processo de *medicalização da loucura*, transformando-a em *doença mental*, em objeto exclusivo de um saber e de uma prática especializados, monopolizados pelo alienista. Esse interesse estava esboçado desde meados do século com a criação da primeira instituição exclusivamente destinada a recolher alienados mentais, o Hospício de Pedro II.¹ A inserção da cadeira de Clínica Psiquiátrica nos cursos das faculdades de medicina do Império, em 1879, criou as condições para que a psiquiatria surgisse oficialmente no Brasil como um campo do conhecimento médico especializado e autônomo.²

4 Psiquiatria surge no BR

Não foi por acaso que os primeiros tempos republicanos assinalaram as vitórias mais expressivas dos psiquiatras brasileiros na busca obsessiva de conquistarem para si o monopólio da única verdade possível sobre a loucura e, portanto, controlar todos aqueles que pudessem ser capturados nas malhas cada vez mais extensas e emaranhadas da doença mental.³ **Evidenciando o comprometimento da psiquiatria com as políticas de controle social propostas pelas primeiras administrações republicanas, o universo temático privilegiado pelos especialistas brasileiros na construção da loucura como doença mental deixa entrever as principais áreas de intervenção das estratégias normatizadoras: os comportamentos sexuais, as relações de trabalho, a segurança pública, as condutas individuais e as manifestações coletivas de caráter religioso, social, político etc.**

Analisaremos aqui um exemplo que, mais insidioso e menos explícito, permite cruzar todo este universo em uma única imagem de perigo: a sexualidade feminina.

AS PERSONAGENS

Tudo o que foi possível saber de M. J., 29 anos, branca, brasileira, casada, "múltipara", provém das sucintas informações anotadas em sua ficha de observação.⁴ Internada na Casa de Saúde Dr. Eiras em 27 de maio de 1896, M. J. foi submetida à observação do Dr. Vicente Maia que a diagnosticou como histero-epiléptica. Os principais sintomas de sua doença foram buscados pelo psiquiatra nos "antecedentes pessoais" da paciente. Revelando uma "vivacidade precoce" durante a infância, teve suas "primeiras manifestações histéricas e epilépticas" aos 14 anos, quando menstruou pela primeira vez. A partir dos 21 anos, depois de ter se casado, apresentou "sensíveis melhoras do estado psicopático", revelando "extrema dedicação ao marido", ao qual, contudo, repudiaria mais tarde, abandonando o "lar doméstico" e entregando-se "sucessivamente a três homens de baixa classe". O médico fez questão de sublinhar: "Esta infidelidade conjugal manifestava-se alguns dias antes do período catamenial. [...] Seus corrimentos mensais desde os primeiros, muito abundantes e acompanhados de grande excitação".

Nos três primeiros dias posteriores à internação, M. J. apresentava-se aos olhos do médico "muito loquaz, exaltada", relatando "em linguagem demasiado livre, os seus amores e lamentando a ausência do último amante". **M. J. não aceitou passivamente a sua reclusão e, em duas cartas enviadas ao marido, exigia a sua liberdade e denunciava as condições do estabelecimento no qual estava internada. Além disso, a punição represen-**

Comprometimento da psiquiatria com

redimensionamento das políticas de controle

tada pela internação não foi suficiente para que ela mudasse seu comportamento. Continuando a dar livre vazão a seus sentimentos e desejos, lançava "olhares libidinosos", fazia "sinais convencionais" e escrevia "cartas a um doente que [via] ao longe, durante os passeios, pelo jardim do estabelecimento", o que lhe valeria o rótulo de "ninfomaniaca", anotado em sua ficha de observação.

Constatado, através de um exame realizado pelo Dr. Cândido Andrade, que M. J. apresentava alguns distúrbios uterinos, o médico decidiu submetê-la a uma cirurgia de curetagem, após a qual ela passaria a ter uma "menstruação normal". Mas, o mais curioso é que a cirurgia uterina teria produzido outros efeitos: apesar de continuar a ter "ataques epilépticos", M. J. se revelou em fins de agosto "nervosa e excitada, pela falta da visita do marido que julga seu único amparo". Não devemos nos surpreender, portanto, com o fato de que a 2 de setembro de 1896 ela receberia alta. Assim, para o Dr. Vicente Maia, o resultado da operação "foi o mais lisonjeiro sob o ponto de vista mental", já que M. J. saíra da Casa de Saúde Dr. Eiras curada. Algum tempo depois, contudo, tendo recrudescido as suas "perturbações psíquicas", M. J. foi recolhida ao Hospício Nacional de Alienados, onde veio a falecer.

Alguns anos mais tarde, Maria Ferreira Mendes Tourinho, parda, 38 anos, sem profissão, casada, natural de Minas Gerais, tornou-se protagonista de uma tragédia ocorrida na pequena casa, situada num dos subúrbios do Rio de Janeiro, onde morava com o marido e os cinco filhos. Arthur Damaso Tourinho era condutor de trem da Estrada de Ferro Central do Brasil e, por isso, fazia regularmente viagens a Minas e São Paulo. Na noite de 15 para 16 de julho de 1911, voltando de uma dessas viagens, recolheu-se em seu quarto para dormir, sendo, pouco depois, agredido por Maria. Armada com uma machadinha, desferiu-lhe três golpes na cabeça em consequência dos quais ele viria a falecer algumas horas mais tarde. Ao vizinho que acorrera ao local, atraído pelos gritos das crianças, Maria afirmou ter matado um ladrão. Presa por dois soldados da patrulha da cavalaria, foi conduzida à delegacia do 19º distrito, onde declarou ter matado o marido porque, se não o fizesse, seria morta por ele.

"Boa esposa", preocupada exclusivamente "com os filhos e com sua casa", Maria teria se caracterizado, até então, por uma "conduta morigerada", o que tornava o seu ato completamente incompreensível. O "inesperado do fato", suscitava, como acontece frequentemente nesses casos, uma necessidade obsessiva de se encontrar, a qualquer preço, uma razão que o desvendasse. Antes mesmo que os especialistas se manifestassem a respeito, os jornais começaram a especular. Segundo a notícia publicada pelo

jornal *O Paiz*, em 17 de julho, o móvel que teria conduzido Maria Tourinho, "esposa amorosa e mãe carinhosa", a assassinar o marido com quem "vivera em harmonia" há quase vinte anos não era o ciúme, "...causa única, salvo pequenas exceções, que arma sempre a mão da mulher, tornando-a criminosa. Não. [...] Ela, a criminosa, é uma vítima do espiritismo, essa ciência oculta que a tantos tem levado ao crime, ao manicômio".⁵ Assim, as visitas feitas ao centro espírita teriam conduzido Maria à "loucura", tornando-a "inconsciente" e "possessa". Nas declarações prestadas na delegacia, "ela não ligava palavra com palavra – só dizia frases desconexas". Pouco a pouco, no transcorrer da reportagem, eram referidos sinais cada vez mais comprometedores da "aparente normalidade" de Maria, revelando-se no final que há alguns anos passados, ela já tentara matar os filhos, que foram protegidos graças à "intervenção rápida do marido".

Por mais que os repórteres (até mesmo os policiais) se empenhassem em desvendar as causas ocultas capazes de esclarecer a atitude de Maria, faltava-lhes um olhar especialmente treinado para descobrir e decifrar os mais imperceptíveis sinais, reveladores de uma personalidade anormal. Os indícios do "estado mental patológico de Maria Tourinho", observados por olhares não-especializados, conduziram no máximo a suspeitas que só poderiam ser confirmadas (ou refutadas) pelos peritos no assunto. Assim, os médicos Jacyntho de Barros e Miguel Salles, funcionários do serviço médico-legal da polícia, foram designados para realizarem o exame de sanidade na ré. Submetendo-a a "um longo estudo", os médicos legistas elaboraram um minucioso laudo pericial que seria publicado no *Boletim Policial*, por se tratar de um "interessante caso" que certamente contribuiria "para o enriquecimento dos arquivos da medicina forense brasileira".⁶

Maria Tourinho foi criada por uma tia materna, porque sua mãe falecera quando ela ainda era bem pequena. Apesar de "bastante falhos", os antecedentes familiares da paciente revelaram que seu pai tinha sido um "alcoolista inveterado"; informação fundamental para os médicos, já que o alcoolismo era considerado como uma "causa [...] de degeneração mental (psicopatia) e de epilepsia". Maria seria submetida a um exame minucioso, através do qual os médicos, influenciados pelas concepções de Cesare Lombroso – famoso legista e criminalista italiano e principal expoente da escola criminológica positiva de fins do século passado –, buscavam identificar as características físicas que evidenciassem e comprovassem a sua degeneração mental. Assim, anotariam detalhadamente informações sobre a altura, a constituição, as orelhas, os dados antropométricos, a força muscular, o cabelo, as cicatrizes, a visão, a língua, os dentes, a sensibilidade (tátil, dolorosa, ao calor e ao frio) e os reflexos da paciente.

→ Espiritismo
os jornais

Para construir o perfil anormal de Maria, os especialistas Barros e Salles reuniram o maior número de dados a partir dos seus "antecedentes pessoais", criteriosamente descritos no laudo. Vários fatos de sua vida pessoal – inclusive os de cunho fisiológico – seriam atentamente observados pelos peritos como sintomas inequívocos de sua doença: desde os 10 anos tinha fortes dores de cabeça, acompanhadas de tonturas; sua menstruação "tardia" – aos 14 anos – "nunca foi perfeitamente regular", ora ausente ora abundante, escassa ou retardada; "tinha um medo excessivo, principalmente da escuridão"; dos 14 aos 15 anos tinha freqüentes micções no leito. Segundo o depoimento da tia, embora Maria possuísse o caráter

de uma criatura em geral moderada, tinha pequenas decaídas que a tornavam incompreensível: dubiedades, duplicidades, irregularidades nas maneiras, pequenos amuos, irritações, que lhe davam às vezes uma aparência moral diversa da que mantinha habitualmente.

De acordo com as próprias declarações de Maria, a princípio, ela estimava o marido e os primeiros tempos de casamento foram bons. Contudo, pouco depois, "aborreceu-se dele", mesmo assim, a sua vida de casada transcorria sem incidentes graves até que, desde algum tempo, "começou a viver em desavença constante com o marido", afirmando que ele a maltratava freqüentemente e "dava má educação aos filhos". Entretanto, as acusações de Maria não seriam confirmadas pelos depoimentos de sua tia, dos vizinhos e do filho mais velho do casal que, ao contrário, definiam Arthur como um excelente pai e marido exemplar, nunca tendo permitido que sua família passasse por qualquer dificuldade material. De acordo com a notícia publicada no *Correio da Manhã* de 17 de julho de 1911, "o Sr. Tourinho era um assíduo serventuário e muito estimado pelos seus colegas e superiores, além de ser um ótimo chefe de família". De modo que o marido de Maria reunia todas as qualidades que, valorizadas por muitos dos padrões culturais disseminados pela sociedade da época, aproximavam-no da imagem do homem ideal, bom trabalhador e provedor da família.

Há muitos anos Maria freqüentava um centro espírita localizado na rua da Serra, em Andaraí-Grande, enfrentando a oposição do marido que, quando estava em casa, impedia que ela fosse às sessões. Maria aproveitava as constantes ausências de Arthur para comparecer regularmente ao centro espírita, onde desenvolvia sua mediunidade. Os conflitos entre o casal teriam se agravado quando Maria tentou convencer Arthur "a acompanhá-la às sessões e nas práticas espíritas". A partir da reação do marido, ela teria começado "a ouvir constantemente de diversos espíritos bons" que "o Tourinho era uma peste, um demônio", "uma coisa ruim" e

que, por isso, "era preciso matá-lo". A segurança revelada por Maria ao confessar o crime "sem relutância" e sem o menor sinal de arrependimento foi considerada importante para a comprovação de sua doença.

Os mais relevantes sinais mórbidos da paciente estariam localizados, segundo a avaliação dos médicos, na esfera emocional: perda da afetividade em relação ao marido e, mais grave ainda, em relação aos próprios filhos. Como em M. J., os desvios da afetividade de Maria encontravam-se intimamente associados a uma sexualidade anômala, que se evidenciava de forma cada vez mais clara aos olhos atentos dos peritos. Nesse sentido, observariam que, apesar de Maria ter afirmado que com o marido era "muito reservada, não se entregando a excessos sensuais", havia nela um "fundo erótico que não raro se manifestava". Deixando de lado as lições da ética médica, um dos peritos chegou mesmo a alimentar certas reações de Maria, fazendo questão de registrá-las no laudo como indícios comprobatórios do erotismo desviante da observada:

No segundo dia em que a examinamos, disse-nos que [...] chorara 'com saudades suas' nos murmurou ao ouvido, tentando abraçar-nos. Sentia-se-lhe o desejo de estar a sós conosco; no correr da conversa, em mais de uma ocasião, sem que para isso houvesse motivo, acusava o fundo sensual que estava a dominá-la. Despediu-se dizendo-nos: 'Gostei muito do Sr.' Perguntamos: 'Mas é mesmo amor?' Respondeu: 'É mais, é o começo de uma paixão, gostei do Sr., não só pela beleza, como pelo mais'.

Recatada em relação ao marido, Maria liberava seus instintos sexuais sem qualquer censura diante de um possível amante. Seu desejo sexual, além de orientado para um objeto proibido, parecia estar completamente dissociado da finalidade reprodutora. Apesar das qualificações positivas veiculadas pelos jornais logo depois do crime, o exame mais detido e minucioso dos médicos teria demonstrado que Maria não se ajustava à imagem de mãe ideal, afetuosa, para quem nada era mais importante do que os filhos. Desde pequena havia revelado um gosto pelo estudo, aprendendo as primeiras letras com facilidade antes dos 10 anos; quando moça, fazia "com aplicação, pequenos estudos, guiada por seu tio afim". Depois de casada ela continuaria a estudar "com a mesma aplicação que antes no Liceu de Artes e Ofícios", mas pouco depois de um mês teve de interromper os estudos porque estava grávida. O perfil de Maria ganhava fortes contornos que a distinguiam da maioria das mulheres de sua época. Talvez profundamente frustrada, viu-se impedida de prosseguir os estudos para cumprir o único papel que a sociedade lhe destinava: ser mãe.

7
uma coisa ruim

Maria manifestava um comportamento ativo, expressava seu desejo com todas as letras. Quem sabe não se tratasse de uma mulher para quem o projeto de estudar era mais importante (ou mais urgente) do que o de tornar-se mãe. Na avaliação dos médicos, os modos de ser *diferentes* de Maria a teriam conduzido ao crime, sendo, pois, aspectos reveladores de "um raro caso de degeneração mental em cujo terreno psicopático a histeria sobreleva".

No final do laudo pericial, a personalidade histérica apresentava-se completamente definida: alucinações de sensibilidade auditivas, visuais e olfativas; pntalismo; sugestionabilidade; indiscreto fundo erótico; enfraquecimento da atenção; pequenas falhas de memória reprodutiva; profunda perversão da afetividade que, "na observada, atingia ao ponto de fazê-la não ter uma palavra de carinho, de saudade para com os filhos que abandonara na mais dolorosa das situações". Além disso, a ausência do "senso moral", comprovada pela "aparente inconsciência da monstruosidade do seu crime, e pela facilidade com que julga poder ver-se livre da cadeia, é mais um subsídio para o mesmo diagnóstico".

A perda do *senso moral* não colocaria em primeiro plano a questão ética de que nenhum ser humano tem o direito de tirar a vida de outro, mas sim de que uma mulher cujo comportamento revelasse uma sexualidade *anormal* e uma ausência ou insuficiência do amor materno seria histérica e, portanto, potencialmente criminosa. Quanto ao destino que deveria ser dado à Maria que, antes de ser pecadora ou criminosa, era uma doente mental, os médicos Jacyntho de Barros e Miguel Salles não vacilariam: "opinamos, que deve ser recolhida a um hospital de alienados para ser submetida a mais longa observação e conveniente tratamento".

Quase dois anos depois do crime cometido por Maria Tourinho, no dia 11 de janeiro de 1913,

Muito cedo ainda, quando a rua do Mattoso estava completamente calma, o guarda civil [...] que ali estava de ronda, foi alarmado por um estampido que ecoou no interior da casa nº 40, daquela rua.

Instantes depois, uma mulher com a fisionomia alterada, com os cabelos em desalinho, correu ao seu encontro dizendo:

- Prenda-me! Prenda-me! Sou uma assassina.
- Quem a senhora matou? indagou o policial.
- Matei meu marido.⁷

Tratava-se de Hercília de Paiva Legey, "originária de uma família de regular tratamento" - tinha um irmão "altamente colocado na Marinha" -, mãe de quatro filhos, casada com o engenheiro mecânico, José Legey.⁸ De

acordo com a versão de um dos filhos do casal, José, de 12 anos, único a presenciar o fato, seus pais brigavam constantemente em função das desconfianças alimentadas por Hercília de que o marido possuía uma amante. Na véspera do incidente, José Legey comunicara à esposa que havia conseguido emprego a bordo de um navio. Suspeitando se tratar apenas de um pretexto para abandonar a família, Hercília iniciou uma violenta discussão com o marido que, "exaltando-se demais, correu ao quarto e apanhou uma pistola Browning". Travou-se, então, uma luta violenta entre os dois, interrompida com a detonação do tiro que atingiu a cabeça de José Legey.

Levada para a delegacia, Hercília não pôde ser interrogada devido ao estado de forte excitação nervosa em que se encontrava, sendo enviada à



A doença mental, em fins do século XIX, deixa entrever as principais dimensões da intervenção da medicina na sexualidade, nas relações de trabalho, nas condutas individuais ou coletivas que dissessem respeito a questões religiosas, políticas ou sociais.

sede do Serviço Médico Legal onde foi examinada pelo Dr. Jacyntho de Barros – um dos médicos que havia examinado Maria Tourinho –, que a encaminhou ao Hospício Nacional de Alienados. Ao contrário de Maria Tourinho, Hercília desde o início “penitenciava-se” e “mostrava-se arrependida” pelo ato que cometera, não opondo a menor resistência à internação no hospício. Em seus antecedentes de família não são mencionados casos de alcoolismo ou de alienação mental, embora nos antecedentes pessoais constasse que desde moça era “acometida por síncope histéricas”, tendo por vezes “a sensação de um bolo na garganta, que muito a incomodava”.

Na manhã seguinte à internação, Hercília conta com clareza e com riqueza de detalhes sua história à enfermeira do pavilhão de observação do hospício. Estava casada há 14 anos com Legey, “um rapaz de condição inferior à sua” que, bem diferente do marido de Maria, ao invés de sustentá-la, fez-se engenheiro mecânico às suas custas. Além disso, “quatro dias apenas depois de casado convidou-a à prática de atos degradantes” aos quais Hercília não quis sujeitar-se e por isso “tem passado uma vida de constantes sofrimentos”: o marido a esbofeteava freqüentemente e fazia-a passar por diversas outras privações. Algumas vezes, “pelos mesmos baixos motivos aludidos saía de casa pela manhã, mostrando-lhe uma carteira onde tinha o dinheiro com que facilmente obteria da amante o que a própria mulher lhe negava”. Mas Hercília amava o marido e “tudo suportava com resignação”. No dia 11 de janeiro, Legey ameaçou abandoná-la e aos filhos. Ela pegou uma pistola e, tencionando apenas “intimidá-lo”, mostrou-lhe a arma, “declarando que o mataria se ele abandonasse os filhos à miséria”. A arma teria disparado sem que ela esperasse. O depoimento de Hercília é idêntico ao prestado pelo seu marido, mas bastante discordante do prestado por seu filho José.

Hercília estava arrependida do ato que cometera e sentia-se aliviada por não ter matado Legey, a quem amava profundamente apesar de tudo; revelava uma clareza extraordinária no falar, coerência perfeita em suas idéias, percepção fácil, atenção pronta e orientação perfeita, não ocultando qualquer detalhe de sua história por mais íntimo que fosse. Mostrava-se muito amante dos filhos e ansiosa para vê-los. Todas essas qualidades impediriam que fosse caracterizada como pecadora ou criminosa, mas não a livrariam do estigma de doente mental. O diagnóstico do Dr. Jacyntho é rigoroso: “a paciente é uma degenerada, histérica, cujo estado se vem agravando com a série de constantes e profundas emoções por que tem passado”. Contudo, as tais qualidades a salvariam da reclusão à qual Maria Tourinho foi condenada pelo resto da vida. De acordo com a avaliação do

legista, a histeria de Hercília era “compatível com a vida em sociedade, tanto assim que, melhorada, obteve alta do pavilhão de observações do Hospital de Alienados”.

É interessante notar que essas mesmas qualidades demonstram que Hercília havia incorporado plenamente o papel de esposa-mãe. Contudo, as pequenas servidões daí decorrentes, como “suportar com resignação” todas as humilhações e maus-tratos aos quais era submetida, mesclavam-se a pequenas rebeldias: negar-se a praticar “atos degradantes” com o marido. O argumento encontrado para justificar a atitude extrema de contestação que teria assumido ao desferir um tiro contra o marido seria fundado, antes de tudo, na manifestação do instinto materno: Hercília teria ameaçado matar Legey se ele “abandonasse os filhos à miséria”. Nesse sentido, o exercício da maternidade não representaria exclusivamente uma prática de submissão, revelando-se ao mesmo tempo e contraditoriamente uma das mais fortes e sólidas maneiras encontradas pela mulher de exercer o poder dentro de casa.⁹

Entre Maria e Hercília um traço em comum: a histeria. Mas enquanto na primeira a doença teria sido produzida pela recusa em desempenhar o papel de esposa-mãe, na segunda a doença teria origem na presença de “estigmas físicos de degeneração” aliados às pressões emocionais decorrentes do perfeito exercício do papel de esposa apaixonada pelo marido e extremamente amorosa e preocupada em relação aos filhos. À primeira coube a reclusão para sempre no hospício; à segunda, a vigilância permanente do olhar distanciado do médico, assegurada pelo rótulo de degenerada histérica. Observe-se, ainda, que para o assassinato de um homem que cumpria rigorosamente todos os papéis prescritos de acordo com o ideal do esposo-pai não haveria qualquer indulgência, enquanto a tentativa de homicídio contra um marido que parecia não se ajustar a esses papéis acabaria sendo praticamente perdoada.

A URDIDURA DA TRAMA

As histórias de M. J., Maria Tourinho e Hercília Legey servirão como ponto de partida para tentarmos compreender os caminhos trilhados por médicos e psiquiatras brasileiros para definir e difundir no fim do século XIX e início do século XX um perfil da mulher histérica. Como veremos, tais caminhos foram profundamente marcados pelos referenciais construídos e disseminados pela medicina mental européia, sobretudo a francesa. Lembremos ainda que, conforme mencionamos no início do texto, a psiquiatria surgiria como um campo específico do conhecimento médico no Brasil a

partir dos anos de 1880, consolidando-se e legitimando-se durante as primeiras décadas republicanas.

A PSIQUIATRIA E A CONSTRUÇÃO DE UMA FEMINILIDADE

Uma das imagens mais fortemente apropriadas, redefinidas e disseminadas pelo século XIX ocidental é aquela que estabelece uma associação profundamente íntima entre a mulher e a natureza, opondo-a ao homem identificado à cultura. Retomada por um "velho discurso" que tentava justificar as teorias e práticas liberais – que, embora comprometidas com o princípio da igualdade, negavam às mulheres o acesso à cidadania, através da ênfase na diferença entre os sexos –, tal imagem seria revigorada a partir das "descobertas da medicina e da biologia, que ratificavam cientificamente a dicotomia: homens, cérebro, inteligência, razão lúcida, capacidade de decisão versus mulheres, coração, sensibilidade, sentimentos".¹⁰ Essas considerações remetem a duas questões importantes.

A construção da imagem feminina a partir da natureza e das suas leis implicaria em qualificar a mulher como naturalmente frágil, bonita, sedutora, submissa, doce etc. Aquelas que revelassem atributos opostos seriam consideradas seres antinaturais. Entretanto, muitas qualidades negativas – como a perfídia e a amoralidade – eram também entendidos como atributos naturais da mulher, o que conduzia a uma visão profundamente ambígua do ser feminino.¹¹

No século XIX ocidental, a velha crença de que a mulher era um ser ambíguo e contraditório, misterioso e imprevisível, sintetizando por natureza o bem e o mal, a virtude e a degradação, o princípio e o fim, ganharia uma nova dimensão, um sentido renovado e, portanto, específico. Amplamente disseminada, a imagem da mulher como ser naturalmente ambíguo adquiria, através dos pincéis manuseados por poetas, romancistas, médicos, higienistas, psiquiatras e, mais tarde, psicanalistas, os contornos de verdade cientificamente comprovada a partir dos avanços da medicina e dos saberes afins.

Vista como uma soma desarrazoada de atributos positivos e negativos, cujo resultado nem mesmo os recursos científicos cada vez mais sofisticados poderiam prever, a mulher transformava-se num ser moral e socialmente perigoso, devendo ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que assegurassem o cumprimento do seu papel social de esposa e mãe; o que garantiria a vitória do bem sobre o mal, de Maria sobre Eva. Se a mulher estava naturalmente predestinada ao exercício desses papéis, a sua incapacidade e/ou recusa em cum-

submetida a um conjunto de medi-

pri-los eram vistas como resultantes da especificidade da sua natureza e, concomitantemente, qualificadas como antinaturais. Sob a égide das *inclinações do instinto*, os comportamentos femininos considerados desviantes – principalmente aqueles inscritos na esfera da sexualidade e da afetividade – eram vistos ao mesmo tempo e contraditoriamente como pertinentes e estranhos à sua própria natureza. Nesse sentido, a mulher era concebida como um ser cuja natureza específica avizinhava-se do antinatural.

Todas essas considerações conduzem a uma segunda questão fundamental, a que se refere à especificidade da condição feminina diante da loucura. Para muitos estudiosos o cerne dessa especificidade situa-se justamente no fato de que enquanto as situações que conduzem a mulher a ser diagnosticada como doente mental concentram-se na esfera da sua natureza e, sobretudo, da sua sexualidade, o doente mental do sexo masculino é visto, essencialmente, como portador de desvios relativos aos papéis sociais atribuídos ao homem – tais como o de trabalhador, o de provedor etc. Assim, a predisposição masculina aos distúrbios mentais seria relacionada, sobretudo, às implicações decorrentes do desempenho desses papéis ou à recusa de incorporá-los. Ademais é preciso considerar que a sexualidade e a afetividade masculinas, ancoradas na construção de uma natureza específica do homem, também constituiriam objetos centrais na formulação das definições e dos diagnósticos da doença mental.

Lugar de ambigüidades e espaço por excelência da loucura, o corpo e a sexualidade femininos inspirariam grande temor aos médicos e aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normalizadoras da medicina e da psiquiatria. Muitas crenças pertencentes a antigas tradições e no âmbito dos mais variados saberes – muitas das quais remontam à antigüidade clássica – seriam retomadas e redefinidas pelo alienismo do século XIX. Entre os alienados considerados "rebeldes a qualquer tratamento, por razões mais morais do que propriamente médicas", Pinel incluía as mulheres que se tornavam irrecuperáveis por "um exercício não-conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade".¹² O temperamento nervoso, intimamente relacionado à predisposição às nevroses e nevralgias, era freqüentemente considerado como típico das mulheres, "cujas funções especiais ao sexo, em muito contribuem para o seu desenvolvimento".¹³

Assim, no organismo da mulher, na sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, a gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais freqüentemente ou de modo específico as mulheres:

menstruação, gravidez, parto - estas inscritas nas predisposições à doença mental.

mas seu corpo puramente
discriminada - fuferente mente
As diferenças entre si não se diferenciam apenas
pelos aspectos físicos, mas também pelos aspectos culturais, religiosos, regionais, étnicos, etc.

O saber alienista retomou a antiga representação do corpo feminino como um estranho ser cíclico, de fluxos circulares de um sangue menstrual impuro e denso de humores perigosos, das 'revoluções' biológicas de um corpo inquietante desde a adolescência e depois em cada parto, nos puerpérios, nos aleitamentos e no climatério que, uma vez superado, indicava enfim sua possibilidade final de pacificação - ao mesmo tempo que anunciava a morte.¹⁴

De acordo com os valores e padrões predominantes nos enfoques psiquiátricos do corpo e da sexualidade femininos, a mulher estaria mais próxima da loucura do que o homem. Embora tal afirmação aparecesse, muitas vezes, explicitamente formulada pelos alienistas na transição entre o século XIX e o XX, ela não deve nos levar a conclusões simplistas e equivocadas como: a mulher teria sido a maior vítima dos preconceitos e da prepotência da psiquiatria. Afinal, isso seria ratificar os próprios princípios sobre os quais o poder do psiquiatra estava pautado. Mas se queremos mesmo dar uma guinada na história das mulheres, deslocando-a para um campo bem mais fértil e instigante da história dos gêneros, é preciso que, entre outras coisas, abandonemos definitivamente essa obsessão em buscar comprovar que a mulher é mais discriminada, é mais explorada, é mais sofredora, é mais revoltada etc., etc. Nem mais, nem menos, mas sim diferentemente. Diferenças cujos significados não se esgotam nas distinções sexuais, devendo, portanto, ser buscados no emaranhado múltiplo, complexo e, muitas vezes, contraditório, das diversidades sociais, étnicas, religiosas, regionais, étnicas, culturais.¹⁵

MENSTRUÇÃO E ALIENAÇÃO MENTAL

Um dos pontos mais valorizados pelos psiquiatras na construção dos diagnósticos da doença mental em indivíduos do sexo feminino é, sem dúvida, a **menstruação**. O início e o fim do período menstrual seriam, freqüentemente, considerados como momentos extremamente propícios à manifestação dos distúrbios mentais. As características do ciclo catamenial - abundante, escasso ou ausente - apareciam aos olhos dos especialistas como indícios fundamentais de alienação mental. Em seu *Esboço de psiquiatria forense*, Franco da Rocha adverte que as perturbações menstruais não teriam "a importância etiológica que o povo lhe dá", havendo apenas coincidência: "tanto é assim, que muitas vezes a loucura desaparece sem que volte a menstruação".¹⁶ Longe de negar a relação entre menstruação e loucura, a advertência parece refletir apenas uma preocupação no sentido de aprofundar o fosso que deveria separar as verdades científicas das cren-

ças populares, pois o famoso psiquiatra não apenas inclui as perturbações da menstruação entre as alterações físicas características da loucura, como também as considera bastante freqüentes entre as alienadas.

Incorporada em textos produzidos por médicos portugueses no princípio do século XVIII, a **mística em torno do sangue menstrual imputava-lhe qualidades mágicas e associava-o à loucura e à morte**.¹⁷ Dos médicos de então aos alienistas do século XIX observa-se o mesmo temor diante do "sangue secreto", mas com uma diferença essencial: ele deixava de ser visto como ingrediente básico no preparo de feitiços e bruxarias para ser considerado, sobretudo, fator determinante e indicador da doença mental. O alienismo estreitaria de tal forma a relação entre loucura e menstruação que se chegou a falar em *loucura menstrual*. Em um artigo sobre esse tema publicado no *Brazil-Médico*, em 1890, o famoso professor da cadeira de Doenças Mentais da Faculdade de Medicina de Paris, Benjamin Ball, afirmava que a maioria das mulheres apresentava qualquer tipo de perturbação no sistema nervoso durante o período menstrual, ainda que fosse uma simples enxaqueca.¹⁸ Para seu discípulo Séverin Icard, o período menstrual predispunha todas as mulheres à loucura e à violência.¹⁹

Perspectivas similares marcariam profundamente histórias de mulheres diagnosticadas como doentes mentais. Como vimos, a ficha de observação clínica de M. J. registrava que ela tivera suas "primeiras manifestações histéricas e epilépticas" aos 14 anos, quando menstruou pela primeira vez. Da mesma maneira, as perturbações psíquicas que teriam conduzido Maria Tourinho a assassinar seu marido em julho de 1911 seriam detectadas pelos peritos que a examinaram através de inúmeros indícios, entre os quais o de revelar distúrbios catameniais: sua menstruação "tardia" nunca teria sido "perfeitamente regular".

Tanto nas fichas de observações clínicas quanto nos relatórios periciais as referências a distúrbios menstruais ou ao agravamento dos sintomas da doença nos períodos catameniais são recorrentes. Apenas a título de ilustração, vejamos mais dois exemplos, ambos mencionados pelo Dr. P. A. Novaes em sua tese de 1925.²⁰

D. M. N., parda, doméstica, 20 anos, brasileira, internada no Hospício Nacional de Alienados, casada há quase dois anos, tinha rixas constantes com o marido, decorrentes segundo ele do "mau gênio" da mulher que "foi sempre muito nervosa", tendo tido várias crises de agitação durante as épocas de menstruação que também "não eram regulares". Abandonando o marido, D. M. N. empregou-se como doméstica; mas sua patroa, julgando-a "maluca", demitiu-a poucos dias depois. Seu "gênio violento", suas "crises de choro e risos alternados" e sua desorientação quanto ao tempo,

lugar e meio levariam-na a permanecer internada no hospício com o diagnóstico de psicose maniaco-depressiva. Destino do qual ela não escaparia mesmo tendo afirmado querer bem ao marido, com quem desejava viver, e respondido lucidamente às perguntas, compreendendo-as perfeitamente, apesar de por vezes recusar-se a respondê-las.

S. F., branca, 16 anos, solteira, doméstica, encontrando-se "confusa", foi encaminhada ao Hospício Nacional de Alienados por um agente policial. Boa cumpridora de seus deveres, segundo informações obtidas com a família para a qual trabalhava, S. F. teria cometido "uma série de extravagâncias" quando "achava-se regrada", sendo por isso suspensa do trabalho. Desde então, ficava calada, indiferente a tudo, deprimida e, assumindo uma "atitude alucinada", deixava-se ficar por horas numa só posição. Esses poucos dados seriam considerados pelas autoridades do hospício como mais do que suficientes para mantê-la ali recolhida, com o diagnóstico de confusão mental.

Vale notar que, em ambos os casos, "nervosismos" e "extravagâncias" associados a posturas indisciplinadas no trabalho seriam vistos como sintomas inequívocos da doença mental, viabilizando e legitimando a internação de mulheres pertencentes aos segmentos populares em instituições asilares.

MATERNIDADE E LOUCURA

Se, de acordo com a perspectiva médica, a realização da maternidade seria capaz de prevenir e até mesmo de curar os distúrbios psíquicos relacionados direta ou indiretamente à sexualidade e à própria fisiologia femininas, contraditoriamente a gravidez, o parto e o pós-parto seriam vistos como momentos extremamente propícios ao aparecimento ou à manifestação de tais distúrbios. A loucura puerperal mereceu uma atenção significativa por parte dos alienistas brasileiros desde o fim da década de 1870,²¹ sendo concebida, em última análise, como decorrente de distúrbios que se referiam à incapacidade física ou moral da mulher no sentido de realizar plena e corretamente os *designios da maternidade*. Apesar das contradições e dos impasses dos alienistas diante das ambigüidades do ser feminino, eles jamais abandonariam completamente a crença de que a maternidade constituía um dos remédios mais eficazes – senão o mais eficaz – para evitar ou curar as moléstias femininas. Lembre-se o "curioso caso" mencionado por Franco da Rocha em seu *Esboço de psiquiatria forense*: "...uma alienada, de excitação maniaca intermitente, que entra em perfeita saúde mental quando está grávida, caindo sempre em perturbação quando fora da gravidez".²² Esses casos eram vistos como a confirmação científica

das concepções defendidas por Lombroso e Ferrero, segundo as quais a maternidade "suaviza a mulher selvagem", mas "quando muito vivamente contrariada levaria sobretudo à loucura".²³

Psiquiatra renomado, Afrânio Peixoto adentrou no mundo da produção literária construindo personagens e tramas profundamente impregnadas pelas crenças e preconceitos que caracterizavam o alienismo das primeiras décadas do século XX. Em *As razões do coração*, roman-



Nos laudos periciais realizados por médicos e alienistas, a personalidade histérica da mulher definia-se por: alucinações, sugestionabilidade, discreto fundo erótico e falhas da memória e da afetividade.

nervosismos
achava-se
gâncias

ce publicado em 1925,²⁴ a personagem Cora, uma senhora pertencente à alta sociedade carioca, casada com um homem rico e de posição, acabaria completamente louca. As origens de seus distúrbios mentais encontravam-se estreitamente vinculadas ao fato de ter sempre se manifestado contrária à idéia de ter filhos. Submetendo-se a um aborto, tornou-se estéril, passando a dedicar-se inteiramente a seus cães. O comportamento estranho de Cora se agravava dia a dia até que foi tomada por um ciúme doentio pelo marido, terminando por "enlouquecer de vez". Inspirado em concepções próximas às expressas por Lombroso e Ferrero, Afrânio Peixoto relacionou, de modo claro e direto, a loucura da personagem com a sua recusa radical em cumprir a função materna, naturalmente destinada a todas as mulheres. Essa perspectiva foi reforçada pelas histórias de Regina, protagonista do romance, e de Vivi, sua melhor amiga. Grávida de Camargo, por quem havia se apaixonado perdidamente, Regina casa-se, sem amor, com Vilhena, um homem "bem-sucedido", embaixador do Brasil em Portugal e bem mais velho do que ela. Suas desventuras e frustrações afetivas (e sexuais) seriam aplacadas, pelo menos em parte, pela existência do filho ao qual se dedicava por inteiro.

Assim como Regina, Vivi casaria com um homem a quem não amava, o que, entretanto, não a impediria de sentir-se realizada e feliz. Tomando-se mãe de cinco filhos, transformou-se, como ela mesma dizia, numa "verdadeira matrona", passando a acreditar veementemente que o destino natural e inevitável de toda mulher era o de encontrar o pleno sentido de sua existência na dedicação absoluta aos filhos:

Há mulheres bonecas, amantes, festeiras, operárias, sábias, de tudo; isto é porém o acidente ou o supérfluo [...] o que todas são; ou devem ser, é uma só [...] é o que eu sou [...] e o que deves ser também, apesar das recepções ou do protocolo, senhora embaixatriz [...] O que nós somos, essencialmente, tirados todos os incidentes e supérfluos, é isto... MÃES!²⁵

A maternidade era vista como a verdadeira *essência* da mulher, inscrita em sua própria natureza. Somente através da maternidade a mulher poderia curar-se e redimir-se dos desvios que, concebidos ao mesmo tempo como causa e efeito da doença, lançavam-na, muitas vezes, nos *lodos do pecado*. Mas, para a mulher que não quisesse ou não pudesse realizá-la – aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz – não haveria salvação e ela acabaria, cedo ou tarde, afogada nas águas turvas da insanidade.

O APARELHO GENITAL FEMININO COMO FOCO DE DISTÚRBIOS MENTAIS

A construção psiquiátrica de uma íntima associação entre a fisiologia feminina – em particular, o seu aparelho genital – e os distúrbios mentais pode ainda ser detectada pelo exame de alguns tratamentos destinados às mulheres diagnosticadas como doentes mentais, freqüentemente utilizados em instituições asilares durante o século XIX e princípio do XX.

Entre os procedimentos terapêuticos que, destinados a controlar as "sexualidades inconventionais das mulheres", confundiam-se com os mais rigorosos e cruéis métodos de tortura, figuram a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina.²⁶ Em fins do século passado, a lista desses procedimentos seria ampliada pela introdução de *novas técnicas* terapêuticas não menos violentas. Datam de então as primeiras experiências de submeter mulheres alienadas a intervenções cirúrgicas ginecológicas.

A novidade parece ter despertado o interesse de psiquiatras e ginecologistas brasileiros, pois em uma tese apresentada na cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1901, o Dr. Urbano Garcia não apenas defendeu a eficácia do método, como também referiu-se a algumas experiências que vinham sendo realizadas na Casa de Saúde Dr. Eiras a partir de 1896. Entre elas estava aquela que fora submetida M. J. Completamente impregnado das perspectivas organicistas que predominavam nos meios psiquiátricos da época, o autor acreditava que a predisposição hereditária constituía o principal fator na etiologia das doenças mentais, mas também que "uma lesão orgânica grave" poderia originar "uma perturbação das idéias", principalmente nas mulheres, cujo aparelho genital tinha uma grande influência sobre o estado mental. Mais uma vez aparece a idéia de que as fronteiras entre o estado fisiológico e o patológico seriam extremamente tênues e nebulosas na mulher: "Mesmo no estado fisiológico, o aparecimento da menstruação se acompanha de alterações as mais esquisitas e complexas, não só da inteligência como do caráter, do gênio, da moral, da vontade e dos atos".²⁷

Nos casos patológicos, caracterizados por "uma impressionabilidade excessiva" e por obsessões e ansiedades relacionadas a lesões dos órgãos genitais, o quadro era mais grave, pois os efeitos da menstruação, da gravidez, do parto e da menopausa poderiam "mascarar" os sintomas da doença original, confundindo o especialista, ou "provocar a eclosão de novas perturbações intelectuais". Para Garcia, as cirurgias ginecológicas criavam condições para que o organismo pudesse "lutar contra o delírio e suas mani-

festações perigosas", prevenindo, ao mesmo tempo, o "esgotamento". Mesmo nos casos que não resultavam na eliminação do "delírio primitivo" e, portanto, na cura da loucura, esse tipo de intervenção poderia resultar em melhora, permitindo que as pacientes retomassem "por algum tempo seu papel social".

SEXUALIDADE FEMININA E HISTERIA

Vimos até aqui algumas das principais estratégias que nortearam as tendências predominantes do saber alienista na construção da especificidade da condição feminina diante da loucura. Como estabelecer as fronteiras entre o *normal* e o *patológico* no mundo da sexualidade feminina que, definido nesses termos, revelava-se tão profundamente incerto? Os médicos do século XIX tomariam para si essa tarefa baseando-se em dois pressupostos: a *normalidade* ocuparia o espaço de uma pequena ilha cercada pela imensidão oceânica da doença; entre a água e a terra os limites seriam tão vagos e móveis quanto os definidos pelas próprias ondas.

Se, por um lado, havia um certo consenso nessa tese, por outro, a qualificação do conteúdo da natureza da sexualidade feminina seria objeto de controvérsias, cujo ponto central situava-se em torno do reconhecimento ou da negação do prazer sexual à mulher. Em meados do século XIX, o médico William Acton tornou-se um dos mais conhecidos defensores da idéia da anestesia sexual feminina: "A maioria das mulheres (felizmente para elas mesmas) não se incomoda muito com sentimentos sexuais de qualquer espécie. O que os homens sentem habitualmente, só raras vezes atinge as mulheres".²⁸ Para esse médico, tais mulheres constituíam aberrações ninfomânicas, apresentando-se, portanto, como um contingente potencial para os hospícios onde deviam ser confinadas.

No final do século XIX, tais concepções adquiriam uma legitimidade cada vez mais sólida nos meios científicos, à medida que eram reafirmadas, fundamentadas e justificadas por especialistas de renome como Kraft-Ebing, Cesare Lombroso e Guglielmo Ferrero. Partia-se do princípio de que, por natureza, na mulher, o instinto materno anulava o instinto sexual e, conseqüentemente, aquela que sentisse desejo ou prazer sexual seria, inevitavelmente, *anormal*. Entretanto, a ausência do desejo e do prazer, que muitas vezes poderia provocar na mulher a repulsa pelo ato sexual, não deveria conduzi-la à recusa desse mesmo ato, pois a impediria de se realizar com a maternidade. Mais do que a razão de ser de sua existência, ser mãe era considerado, mesmo pelos adeptos da frigidez natural feminina, a única via para salvar a mulher do perigo, sempre iminente, de cair no

pântano insondável das doenças, cujas origens e efeitos eram caracterizados pelo entrelaçamento de elementos físicos, psíquicos e morais.

A idéia de que o destino de toda mulher estava (ou deveria estar) fadado à maternidade acabaria por fundamentar uma outra perspectiva presente no pensamento médico do século XIX até o início do XX, que reconhecia não apenas a existência do desejo e do prazer sexual feminino, mas também a necessidade – e em alguns casos o direito – da mulher de realizá-los. Presente em outros tempos e em outros lugares, expresso por diversos saberes – assumindo, no entanto, significados profundamente específicos e distintos entre si, apesar de recobertos pela mesma finalidade reprodutora –, o reconhecimento da necessidade do prazer sexual feminino seria retomado por algumas correntes da medicina do século XIX. No final de 1840, o médico e oficial reformado francês, Dr. Auguste Debay, que havia se tornado um autor bastante popular, publicava um estudo sobre a higiene e a fisiologia do casamento no qual afirmava que o celibato produzia "...uma influência tão funesta sobre as faculdades intelectuais da mulher que, em todos os asilos para lunáticos, o número de mulheres solteiras é absolutamente desproporcional à população em geral".²⁹

A partir das últimas décadas do século XIX seriam realizadas algumas pesquisas médicas acerca do comportamento sexual feminino, cujos resultados colocavam em xeque os pressupostos, defendidos e compartilhados por muitos cientistas da época, que definiam a mulher como um ser por natureza assexuado ou anestesiado sexualmente. Em 1883, o Dr. J. Matthews Duncan, conceituado ginecologista escocês, divulgava em várias conferências proferidas na Academia Real de Medicina os resultados da pesquisa sobre experiências eróticas femininas que, apesar de não permitirem "generalizações verdadeiramente conclusivas", apontavam para aspectos essenciais que viabilizavam a percepção de que "nas mulheres o desejo e o prazer estão sempre presentes, ou pelo menos podem ser trazidos à tona através de estímulos apropriados".³⁰

Alguns anos depois, o relatório elaborado pela Dra. Clélia Duel Mosher, baseado numa pesquisa desenvolvida a partir de 1892 sobre os sentimentos e hábitos eróticos de cerca de 50 mulheres americanas, conduziria a conclusões muito próximas às do Dr. Duncan.³¹ Em seu estudo sobre a moderna vida erótica, publicado em 1907, o sexologista alemão Dr. Iwan Bloch afirmava que todas as "mulheres cultas" entrevistadas teriam "declarado que a teoria de uma menor sensibilidade sexual da mulher é incorreta; várias delas julgavam-na até mesmo maior e mais persistente que a do homem".³²

Embora a idéia de que a mulher seria um ser assexuado ou frígido tenha sido bastante difundida entre os médicos brasileiros do século XIX, alguns deles reconheciam, explicitamente, a existência do desejo e do prazer sexual na mulher. Entre os muitos desdobramentos decorrentes da transformação do casamento em uma *instituição higiênica*, temos não apenas o reconhecimento, mas até mesmo o estímulo à sexualidade feminina.³³ Para os médicos, a ausência ou a precariedade da vida sexual poderiam resultar em conseqüências funestas para as mulheres: como o hábito da masturbação – causador de esterilidade, aborto – ou o adultério.

Assim como a ausência ou insuficiência de vida sexual, os excessos ou perversões na realização do desejo e do prazer conduziriam as mulheres fatalmente aos mesmos temidos destinos. Assim, a sexualidade só não ameaçaria a integridade física, mental e moral da mulher, caso se mantivesse aprisionada nos estreitos limites entre o *excesso e a falta* e circunscrita ao leito conjugal. Ademais, ao priorizarem o cumprimento dos deveres da maternidade (gestação, amamentação etc.) como característica indispensável da mulher saudável e incompatíveis com o pleno exercício da sexualidade, os médicos restringiam a disponibilidade feminina para as práticas e prazeres sexuais, criando um impasse que acreditavam resolver afirmando a existência do gozo sexual através da amamentação:

A natureza, providente, teve a sabedoria de colocar o prazer, onde o exercício de uma função é indispensável à vida e à dor quando suas leis são desprezadas. A mãe que cria sente correr com delícia o leite através dos canais que o devem levar à boca de seu filho; como no ato da reprodução ela tem muitas vezes eretismo, voluptuosidade: basta somente que ele lhe estenda os ternos bracinhos para que os seus seios se ingurgitem e que o leite seja ejaculado com força.³⁴

Reconhecendo ou negando a existência do desejo e do prazer na mulher, os alienistas estabeleciam uma íntima associação entre as perturbações psíquicas e os distúrbios da sexualidade em quase todos os tipos de doença mental. Detenhamo-nos na análise de um dos exemplos mais expressivos neste sentido: a *histeria*.

A partir do final do século XVIII, a histeria, ao lado da hipocondria, passaria a figurar "sem problemas, no braço da doença mental". Entre os aspectos que marcaram a complexa trajetória desse processo de integração, destaca-se a preservação de uma íntima associação entre a histeria e a mulher, cujo corpo, *frágil e flácido*, seria concebido como "mais facilmente penetrável" do que o espaço interior masculino.³⁵

A viabilidade e os significados da concepção segundo a qual a histeria seria em sua própria essência uma doença feminina encontram-se profundamente vinculados à tradição que – presente na medicina hipocrática, passando pelos médicos medievais – identificava o "mal histérico" à "sufocação da madre". Para os antigos, "o mal histérico" seria um mal provocado pelas "manifestações independentes de um útero que agiria como um animal, oculto no interior do organismo".³⁶ No início do século XVII, Liebaud (1609) ainda se mantinha, apesar de certas reservas, partidário da "idéia de um movimento espontâneo da matriz" como causador da histeria. Idéia que passaria a ser contestada por quase todos os médicos da Idade Clássica, sem que se produzisse uma ruptura completa entre a histeria e a *matriz*.

No anoitecer do Século das Luzes, a histeria seria incorporada definitivamente ao mundo da loucura, completamente assimilada às doenças mentais. Mas nem mesmo as novas interrogações suscitadas pela histeria romperiam com a tradição de associá-la às especificidades do corpo da mulher, ao útero e, portanto, à sexualidade feminina, ainda que lhe conferissem novas dimensões e novos significados.

Quando, em 1859, o médico Briquet definia a histeria como uma "neurose do encéfalo", reforçava-se o vínculo entre a doença e as qualidades naturais da mulher: sensibilidade, emocionalidade e sentimentalismo. A inovação, longe de romper o elo entre a histeria e a sexualidade/afetividade feminina, tornava-o mais forte, aproximando os contornos de diferenciação entre o *normal* e o *patológico*: "A mulher tende para esta enfermidade específica devido ao conjunto do seu ser; paga um pesado tributo à doença pelos mesmos motivos que fazem dela uma boa esposa e mãe".³⁷ Cabe lembrar que entre as estratégias que fundamentariam a construção de uma *ciência sexual* ao longo do século XIX figurava a *histerização do corpo da mulher*, desqualificando-o como corpo excessivamente impregnado de sexualidade.³⁸

Entre os alienistas brasileiros, os caminhos percorridos pelo tema da histeria seguiram bem de perto a mesma trajetória, circunscrevendo-se em torno de duas questões-chave: a *associação entre a histeria e o ser feminino*; e a *relação entre histeria e sexualidade e/ou afetividade*. Em 1858, o Dr. Rodrigo José Maurício Júnior defenderia a primeira tese sobre histeria apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,³⁹ definindo-a como uma "moléstia, de que o útero é a sede" e, portanto, como "uma afecção exclusiva da mulher". Entre os aspectos predisponentes mais importantes, o autor menciona o onanismo e o abuso dos prazeres venéreos. Tratava-se, portanto, de um tipo de *vesnia* (distúrbio mental) profundamente vinculado à sexualidade. Crença reafirmada na alusão ao período compreendido entre a puberdade e a menopausa, ou seja, nos limites fixa-

dos pelo médico entre o início e o fim da vida sexual da mulher, como o mais propício ao aparecimento e agravamento dos ataques histéricos.

Por outro lado, o perfil da mulher predisposta à histeria, traçado pelo referido médico, ilustra de modo exemplar as pretensões de se fixar os padrões definidores de um *tipo histérico* diretamente referido a um *tipo feminino*:

As mulheres nas quais predominar uma superabundância vital, um sistema sangüíneo, ou nervoso mui pronunciado, uma cor escura, ou vermelha, olhos vivos e negros, lábios dum vermelho escarlate, boca grande, dentes alvos, abundância de pêlos e de cor negra, desenvolvimento das partes sexuais, estão também sujeitas a sofrer desta neurose.

Tais concepções seriam quase que literalmente reafirmadas numa outra tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro uns vinte anos depois. Em seu estudo sobre o histerismo, o Dr. M. L. Cordeiro o definia como "uma neurose dos órgãos genitais da mulher",⁴⁰ estabelecendo, assim, como o Dr. Maurício Júnior, uma rígida associação entre histeria, útero e mulher. Para o Dr. José Gonçalves, a histeria manifestava-se em ambos os sexos, "porém com muita especialidade do feminino".⁴¹ Essa postura recorrentemente se reafirmava através da utilização de designações como *a histérica*, *a doente*, para ilustrar características gerais das manifestações da moléstia. Além disso, entre as causas predisponentes figurava "o sexo feminino por si só" e entre as determinantes "a supressão das regras". Segundo o autor, os ataques histéricos costumavam "coincidir com as proximidades da época da menstruação", estabelecendo-se, portanto, uma íntima relação entre a fisiologia feminina e a histeria.

A partir da segunda metade do século XIX as teorias em torno da histeria, formuladas por alienistas europeus, sobretudo franceses, tornaram-se cada vez mais sofisticadas e, ainda que suscitando inúmeras controvérsias, a maior parte delas tendia a se circunscrever num universo comum, relacionando a sede e a natureza da moléstia ao sistema nervoso, ao cérebro e à degenerescência. Essas perspectivas seriam cada vez mais difundidas entre os alienistas e médicos brasileiros, sobretudo a partir dos anos de 1870. A análise da produção desses especialistas revela, contudo, que a ruptura com as concepções que destacavam o útero na definição da moléstia não implicaria numa dissociação absoluta e completa entre histeria e mulher, já que a primeira continuaria sendo concebida como uma doença eminentemente feminina.

Os Drs. José Celestino Soares e Manoel Francisco de Oliveira, baseados na teoria de Jaccoud, um importante médico francês, definiam a histeria

como uma "ataxia cérebro-espinhal", comum aos dois sexos.⁴² Oliveira chegaria mesmo a admitir que, embora as origens da histeria não estivessem localizadas unicamente no aparelho útero-ovariano, este apresentava-se na maioria dos casos como o ponto de partida da "irritação patogênica", concluindo que a moléstia era "uma afecção especial ao sexo feminino". Observa-se que, pelo menos para alguns médicos, era bastante difícil dissociar a histeria dos mistérios que, no imaginário masculino, revestiam esse órgão feminino, despertando, ao mesmo tempo, fascínio e temor.



As mulheres, segundo o grande especialista Pinel, ficavam loucas irrecuperáveis com o seu exercício inadequado da sexualidade, devassidão, propensão ao onanismo e homossexualidade.

Da caracterização da histeria como uma doença essencialmente feminina à associação entre *histeria* e *atributos da natureza feminina* não havia uma distância significativa. Mas as generalizações podiam ir ainda mais longe. O perfil do caráter histérico traçado por Franco da Rocha parece se nortear pelo pressuposto de que

a histeria nada mais é que a exacerbação de traços tradicionalmente atribuídos à mulher normal: fraqueza de vontade, hipersensibilidade, emotividade, imaginação 'desregrada', 'incapacidade de esforços acurados do pensamento', predomínio dos reflexos sobre a reflexão e o juízo, vaidade, leviandade, sugestibilidade.⁴³

O mesmo pressuposto era compartilhado pelo Dr. Henrique Roxo, que apontaria como características essenciais das histéricas: a instabilidade – "mudam constantemente o modo de pensar"; "mudam constantemente de casa" –; o egoísmo extremado; o espírito de intriga; o hábito de mentir; a irritabilidade; enfim, a vaidade desmedida e o capricho constante.⁴⁴

A complicada mistura entre as noções científicas e as difundidas pelo senso comum, expressa na imagem feminina construída da associação mulher/histeria, aparece claramente num romance naturalista de 1888. Em *A carne*, de Júlio Ribeiro, depois de abandonado por Lenita – protagonista do romance e histérica –, Barbosa lamenta ter esquecido as lições aprendidas no seu relacionamento com as mulheres:

Tinha tido dezenas de amantes, tinha sido, era ainda casado, conhecia a fundo a natureza, a organização caprichosa, nevrótica, inconstante, ilógica, falha, absurda, da fêmea da espécie humana; conhecia a mulher, conhecia-lhe o útero, conhecia-lhe a carne, conhecia-lhe o cérebro fraco, escravizado pela carne, dominado pelo útero.⁴⁵

Nessa passagem é possível entrever a encruzilhada de saberes em que se assentava a associação entre histeria e natureza feminina. Mas, além disso, observa-se que a afirmação científica de que a sede da histeria localizava-se no cérebro – e não no útero – não conduziria necessariamente a uma ruptura na relação histeria/útero/mulher, pois se acreditava que o frágil cérebro feminino era dominado pelo útero e pelos instintos – e não pela razão –, crença que certamente não era um atributo específico da ficção literária, uma vez que já possuía comprovação científica.

Outro aspecto importante a ser observado é que, nas novas teorias que se difundiram e se consolidaram notadamente a partir da segunda metade do século XIX, a histeria continuaria a ser entendida a partir de um vínculo explícito com as anomalias da sexualidade. Alguns alienistas che-

garam mesmo a privilegiar os distúrbios dos órgãos genitais (feminino e masculino) na caracterização da etiologia da doença. Vejamos, no caso da mulher, quais os comportamentos sexuais que, diagnosticados como *doentios ou anômalos*, seriam apontados entre as principais causas ou efeitos da histeria.

De um modo geral, as concepções que identificavam o "mal histérico" à "sufocação da madre", idéias antigas defendidas pelos médicos médicos, atribuíam suas causas à continência ou à retenção da matéria espermiática sem que houvesse a efetivação da fecundação.⁴⁶ O mal, cujos desdobramentos trágicos poderiam provocar a loucura ou até mesmo a morte, encontrava-se, pois, profundamente vinculado à recusa do casamento ou à rejeição da procriação – voluntária, portanto pecaminosa, ou involuntária, no caso da esterilidade. Desse modo, os *desvios da sexualidade* se circunscreviam predominantemente ao âmbito da ausência de relações sexuais ou à prática de relações sexuais sem a finalidade reprodutora. Para os alienistas do século XIX, os limites definidores dos desvios da sexualidade seriam bem mais amplos e complexos; não apenas a falta de sexo, mas também o excesso e a perversão, vinculados ou não à ausência da finalidade reprodutora.

Tomemos, em primeiro lugar, as posições assumidas pelos Drs. Maurício Júnior e Cordeiro – ambos defensores, como vimos, da concepção uterina da histeria. Se o primeiro mencionava entre as principais causas da histeria, o onanismo, a continência, o abuso dos prazeres venéreos ou, simplesmente, os prazeres venéreos, o segundo iria ainda mais longe. A ninfomania, o "senso genésico muito desenvolvido nas senhoras", a "sucessão de uma continência absoluta ao abuso ou ao uso racional dos prazeres venéreos" e, até mesmo, "o orgasmo que resulta da aproximação dos sexos" figuravam para o autor como alguns dos principais elementos agravantes ou determinantes dos ataques histéricos.

No que se refere ao estabelecimento de uma proximidade bastante íntima entre histeria e sexualidade, os médicos que relativizavam ou rompiam com a concepção uterina revelariam perspectivas muito próximas a essas, fixando os limites entre os comportamentos sexuais normais e patológicos a partir não apenas da ausência, mas também, e talvez sobretudo, dos excessos e das perversões das práticas sexuais. Se para muitos deles a continência continuaria sendo considerada um aspecto relevante na etiologia da histeria, os excessos da masturbação ou do onanismo, as leituras lascivas ou eróticas, os espetáculos e conversações licenciosas, o abuso do coito ou dos prazeres venéreos etc. adquiriam um lugar cada vez mais destacado entre as causas predisponentes e determinantes da moléstia.

Nesse sentido, deve-se notar que a relação entre a histeria e a abstinência sexual passaria a ser relativizada por alguns médicos. Se a ausência de relações sexuais levaria muitas mulheres a se tornarem histéricas, a vivência de um relacionamento sexual dentro do casamento não criaria uma imunidade em relação à doença, sendo esta muito comum também entre as mulheres "que se tornam estéreis em estado de casada, ou naquelas que, casando-se, não encontram nos maridos o ideal que sonhavam, quando solteiras".⁴⁷

Observe-se que o desejo e o prazer sexuais femininos passariam a merecer uma atenção cada vez mais interessada e cuidadosa do médico. Para alguns, embora a "hiperestesia do útero" se apresentasse como um sintoma bastante freqüente entre as histéricas, ordinariamente, "os maridos [...] se queixam [...] da indiferença que mostram suas mulheres no ato da cópula".⁴⁸ De acordo com tal perspectiva, "os indícios de ninfomania" seriam muito raros na histeria, mesmo entre as "mulheres públicas". Outros, contudo, apontavam a ninfomania como uma das doenças mentais mais comumente observadas nas complicações da histeria. Aliás, um dos defensores dessa posição descreve o ataque histérico sob a forma convulsiva, destacando que "os músculos da bacia podem apresentar contrações violentas e produzir movimentos análogos aos que a mulher executa durante o ato sexual (histeria libidinosa)".⁴⁹

Quase três décadas depois, o Dr. Franco da Rocha afirmaria que a histeria assumia a sua feição mais perigosa ao associar-se ao *síndrome moral insanity* (síndrome de insanidade moral). Nesses casos as perversões marcadas pelos excessos seriam mais comuns do que a "indiferença ou completa frieza genital".⁵⁰ Na versão do Dr. Henrique Roxo, a excessiva voluptuosidade e a desmedida lubricidade das mulheres histéricas vinculavam-se diretamente a um dos sintomas capazes de identificá-las facilmente: eram, em geral, "péssimas donas de casa". Nas reflexões desenvolvidas por esse ilustre psiquiatra em torno do tema, as perversões sexuais características da histeria apareciam claramente relacionadas ao fanatismo religioso – que, aliás, era referido desde os primeiros alienistas brasileiros como um dos sintomas mais freqüentes da histeria. Segundo Henrique Roxo, o delírio histérico caracterizava-se essencialmente pelo predomínio das idéias religiosas e eróticas:

A doente olha para a imagem de Jesus e nela não vê Jesus e sim o homem. E como as formas deste são belas, ela se extasia na sua contemplação erótica. Adora o aspecto viril de Jesus e, dentro em pouco, a sua imaginação faz com que se sinta possuída por ele, com que se deleite em sonhos lúbricos.⁵¹

Tais considerações remetem a uma passagem do romance *O homem*, de Aluísio Azevedo, publicado em 1887, que serviria para ilustrar, através de cores extremamente fortes, os traços histéricos da personalidade de dona Camila. Tratava-se de "uma solteirona velha, muito devota, muito esquisita de gênio" que, na opinião do médico da família, não passava de "uma verdadeira barata de sacristia". Defendendo uma postura inteiramente oposta à do Dr. Lobo, dona Camila incentivava sua sobrinha Magdá (protagonista do romance e histérica) a voltar-se inteiramente para a Igreja, assegurando-lhe que ela mesma nunca havia sentido falta de homem, e lhe ensina uma oração que a moça deveria rezar sempre que sentisse "formigueiros na pele e comichões por dentro". Vale a pena reproduzi-la:

Jesus [...] Esconda-me, querido, com o teu manto, que o leão me cercal Protege-me contra mim mesma! Exconjura o bicho imundo que habita minha carne e suja minha alma!
– Salva-me! Não me deixes cair em pecado de luxúria, que eu sinto já as línguas do inferno me lambendo as carnes do meu corpo e enfiando-se pelas minhas veias! Vale-me, esposo meu, amado meu! [...] Amado do meu coração, espero-te esta noite no meu sonho, deitada de ventre para cima, com os peitos bem abertos, para que tu me penetres até ao fundo das minhas entranhas e me illumines toda por dentro com a luz do teu divino espírito!⁵²

Aqui, erguidas sobre um solo semeado por crenças e valores comuns, e profundamente marcado por posturas anticlericais, as fronteiras entre a ficção e a ciência parecem quase totalmente anuladas: a imagem da mulher histérica delineada pela mão do psiquiatra ao lado da desenhada pela mão do romancista; suas tonalidades distintas não eliminavam a proximidade das linhas que definiam contornos extremamente semelhantes.

Para além das inúmeras controvérsias acerca das características essenciais da histeria enquanto doença, o perfil da histérica era traçado de um modo mais ou menos consensual: instável e imprevisível, seu caráter seria essencialmente marcado pelo desequilíbrio entre as "faculdades morais superiores e as paixões, instintos e desejos".⁵³ Por isso as mulheres histéricas eram consideradas extremamente perigosas. Assim, uma das dimensões do perigo representado pela histérica estava explicitamente associada à manifestação de uma sexualidade que, excessiva e pervertida, poderia escapar ao próprio controle do médico e, por isso, alguns psiquiatras insistiam em aconselhar extrema cautela diante das pacientes diagnosticadas como histéricas. Segundo Franco da Rocha, elas só deveriam ser hipnotizadas na presença de uma testemunha:

A tendência à mentira, à calúnia, leva essas doentes a denunciar imaginários atentados ao pudor, denúncias que sempre encontram quem as espalhe em público. Não basta a consciência tranqüila do médico para inocentá-lo; é preciso que seu procedimento oponha sempre tenaz barreira a tais acusações. Nós, que aqui repetimos este conselho, temos razões e exemplos práticos que justificam semelhante insistência.⁵⁴

Caso a paciente se recusasse a ser hipnotizada na presença de terceiros, seria preferível que o médico abandonasse o valioso meio terapêutico, consagrado pelas experiências realizadas por Charcot, a colocar em risco a sua reputação. Embora o exame dos órgãos genitais fosse considerado elemento importante entre os procedimentos necessários para a realização de observações clínicas cientificamente consistentes, o Dr. Henrique Roxo não deixaria de advertir que no caso das mulheres tal exame "pode muitas vezes ser dispensado. Há sempre a recelar acidentes que histéricas podem provocar".⁵⁵

É importante observar que os referidos psiquiatras não manifestavam a mais leve preocupação com as questões que envolviam a ética de procedimentos médicos como os que marcaram a atuação do renomado psiquiatra francês Jean Martin Charcot no "teatro da Salpêtrière", no qual exibia "suas pacientes perante um público de artistas, escritores, publicistas, homens públicos".⁵⁶ Frequentadas por uma platéia eminentemente masculina, conforme se observa no quadro pintado por Pierre André Brouillet em 1886, as aulas práticas ministradas sempre às terças-feiras caracterizavam-se por uma profunda violência, expressa na apropriação do sofrimento e dos corpos das mulheres internadas na referida instituição, expondo-as à exibição pública, a fim de consolidar o prestígio "social e científico" de Charcot.⁵⁷

Os registros clínicos e periciais referentes às mulheres diagnosticadas como histéricas revelam, por um lado, a íntima associação entre a histeria e os desvios de uma sexualidade ausente, excessiva ou pervertida e, por outro, uma impressionante semelhança entre os perfis construídos pelos psiquiatras e os que caracterizariam as protagonistas histéricas de romances e contos produzidos nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX. Tanto nas observações clínicas quanto nos laudos periciais de pacientes histéricas, as anotações relativas às anomalias catameniais — menarca tardia, fluxos menstruais excessivamente abundantes, escassos ou irregulares etc. —, bem como as que se vinculavam aos ataques histéricos e às transformações características do período menstrual, são recorrentes.

Entre as personagens literárias histéricas analisadas, Beatriz, protagonista de um conto de René Thiollier, destaca-se como o melhor exemplo ilustrativo da relação menstruação/sexualidade/histeria. Ambígua e instável — passando rapidamente da mais imóvel e recatada apatia à desmesurada excitação e excessiva mobilidade —, dada a mentiras, intrigas e mexericos, Beatriz "era de uma perversidade diabólica", revelando, portanto, os principais estigmas apontados pelos psiquiatras como característicos de uma personalidade histérica. Embora imperceptíveis aos olhos dos que a cercavam, os sintomas de anormalidade e desequilíbrio estavam presentes desde a infância, tendo se agravado à medida que Beatriz "se acercava da puberdade", acentuando-se

... nas épocas do mênstruo. Sentia-se tomada de um ardor sensual violento. Atrava-se para cima da cama. Dilatava os olhos, rangia os dentes. Falando sozinha, dizia: 'Tu és o meu príncipe, e eu sou a tua princesa; aperta-me assim, assim!' E o seu corpo estremeia todo, e com ele a cama; depois, ficava ali largada, deitada de costas.⁵⁸

Em quase todos os casos de mulheres diagnosticadas como histéricas, o olhar atento de médicos e psiquiatras, informado por certezas teóricas preconcebidas e ansioso em formular diagnósticos cientificamente comprovados, apreenderia indícios comuns que revelavam a associação entre manifestações histéricas e perversões sexuais, tais como, idéias, sonhos, atitudes eróticas ou obscenas, práticas onanistas, ninfomania etc. A personagem do famoso conto de João do Rio, *O carro da Semana Santa*, sintetizaria em sua "neurose desesperada" quase todos os sintomas possíveis de uma sexualidade pervertida.⁵⁹ Na avaliação do Dr. Inaldo de L. Neves-Manta, João do Rio realiza nesse conto um verdadeiro estudo do "furor uterino de uma personalidade rara, sem idealidade nem trejeitos, dá-nos ele o perfil de uma histérica, tipo à Babinski".⁶⁰

Vejamos, pois, alguns aspectos da proximidade entre os perfis das personagens histéricas traçados nos escritos literários, nas observações clínicas e nos relatórios periciais. Tanto Magdá quanto Lenita, protagonistas de romances naturalistas publicados em fins dos anos 1880,⁶¹ revelavam sintomas da histeria através de sonhos e idéias eróticas. O contato com o corpo másculo de Luiz, despertando em Magdá idéias e sensações voluptuosas, seria responsável por mais uma de suas crises histéricas, além de dar origem ao seu primeiro sonho erótico, no qual perdia a virgindade. A partir de então, esses sonhos, através dos quais Magdá passaria a vivenciar sua sexualidade, iriam se tornar cada vez mais frequentes até que "a realidade vira sonho e o sonho realidade". Sua doença tornava-se cada vez mais grave.

Após sua primeira crise histérica, rapidamente controlada pelo médico, Lenita começaria a revelar sinais que denunciavam e explicitavam suas características femininas:

Sentia-se outra, feminizava-se. Não tinha mais os gostos viris de outros tempos, perdera a sede de ciência: de entre os livros que trouxera procurava os mais sentimentais. [...] Tinha uma vontade esquisita de dedicar-se a quem quer que fosse, de sofrer por um doente, por um inválido. Por vezes lembrou-lhe que, se casasse, teria filhos, criancinhas que dependessem de seus carinhos, de sua solicitude, de seu leite. E achava possível o casamento.

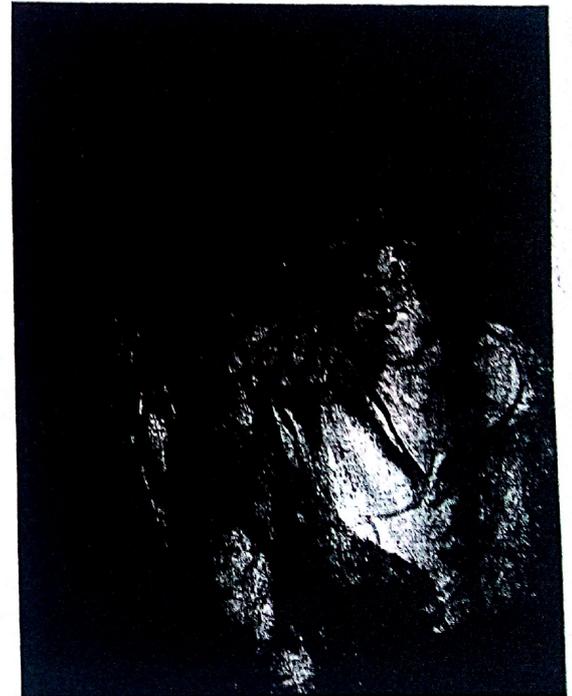
Se a feminização de Lenita abria possibilidades de transformá-la numa mulher saudável e normal através da maternidade, o despertar dos instintos sexuais representava uma ameaça. A visão de uma miniatura da estátua de Agasias desperta-lhe sensações novas, "o desejo, [...] a necessidade orgânica do macho", servindo de ingrediente para o sonho erótico com o gladiador, sonho que teria na mesma noite. Daí em diante os sintomas da histeria se tornariam mais profundos e mais graves.

Como nos casos de Magdá, Lenita e Beatriz, as idéias e posturas eróticas ou obscenas reveladas por algumas mulheres internadas como histéricas seriam mencionadas em seus prontuários como indícios significativos da doença. O exame mental de A. C. – internada no Hospício Nacional de Alienados em outubro de 1909 – teria levado o médico a concluir de modo paradoxal que, mesmo sem apresentar alterações, sua percepção "não se fazia normalmente", e ela demonstrava ser "uma 'distraída absorvida'". Parecendo estar constantemente mergulhada num sonho, A. C. manifestava "alucinações auditivas e visuais" e "idéias eróticas não muito acentuadas".⁶²

Em sua tese sobre as relações entre histeria e loucura, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1919, Rodolpho Ramos de Brito relata duas experiências clínicas de mulheres histéricas.⁶³ A primeira, "uma mulher franzina, apresentando-se com os trajés em desalinho e os cabelos desgrenhados", apresentava sinais inequívocos de degeneração. Suas crises histéricas eram caracterizadas pelo "delírio religioso, colorido de idéias eróticas, manifestadas por palavras as mais obscenas. [...] Fica longo tempo em êxtase e posição erótica". O outro caso referia-se a uma jovem solteira de 17 anos que, tendo menstruado pela primeira vez aos 12 anos, passou a ter "cólicas horríveis" e fluxos menstruais irregulares. Aos 15 anos "foi desonestada", aparecendo, posteriormente, "feridas nas partes genitais" e um corrimento constante: "Tem atitudes de êxtase e posições

eróticas. Manifesta exaltação sexual, referindo-se a este fato por palavras obscenas. É onanista".

A iniciação a práticas sexuais seguida do abandono do amante é um fato relativamente constante no histórico das mulheres histéricas. Entre os casos observados pelo Dr. Henrique Corrêa, figura o de M. F. L. – brasileira, parda, 28 anos, solteira, doméstica, internada na Seção Esquirol do Hospício Nacional de Alienados em 4 de fevereiro de 1910 –, "seduzida por um empregado da casa em que trabalhava. Tendo sido abandonada pelo seu sedutor, tentou suicidar-se".⁶⁴ Poucos anos depois M. F. L. apre-



O saber alienista sobre a mulher considerada 'louca' pautava-se na ênfase dada aos aspectos ambíguos de sua sexualidade.

sentava os primeiros sintomas da histeria que a conduziriam ao hospício. Fatos como esse compunham comumente a trama de romances protagonizados por mulheres histéricas.

A protagonista do romance *O mulato*, Ana Rosa, teria uma forte crise histérica por acreditar ter sido abandonada pelo amante.⁶⁵ Nini, outra histérica pertencente à galeria dos personagens de Aluísio Azevedo, passaria a apresentar os sintomas da doença depois de ter perdido o marido e o filho, tornando-se "muito nervosa, histérica, e até meio pateta".⁶⁶ As histórias de ambas as personagens encontram-se, portanto, permeadas pela idéia de que, uma vez iniciada nas práticas sexuais, a mulher não poderia mais deixar de exercer sua sexualidade – pelo menos enquanto durasse o período de fertilidade –, sob pena de tornar-se histérica. Lembre-se que de acordo com alguns alienistas a continência absoluta após o abuso ou o uso racional dos prazeres venéreos – decorrente de uma viuvez prematura, por exemplo – constituía uma das principais causas da histeria. O fim da vida sexual de Nini, com a morte de seu marido, torna-se uma ameaça ainda maior quando ela perde também o filho, cuja existência teria, possivelmente, representado um meio eficaz de evitar que se tornasse histérica.

Outro aspecto merecia atenção especial dos médicos no diagnóstico da histeria: os comportamentos de mulheres que rejeitavam sexual ou afetivamente seus maridos e que, ao mesmo tempo, manifestavam interesse ou desejo por outros homens. Vejamos alguns exemplos. Em uma tese sobre a responsabilidade legal das histéricas, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888, o Dr. L. C. de Andrade cita dois exemplos de manifestações histéricas. Em ambos os casos, as mulheres, apaixonadas por outros homens, passam a odiar seus maridos, abandonando-os.⁶⁷ Como vimos, M. J., a princípio extremamente dedicada ao marido, acabaria por repudiá-lo, "abandonando o lar doméstico" para entregar-se "sucessivamente a três homens de baixa classe". Maria Tourinho, "muito reservada, não se entregando a excessos sensuais" com o marido – a quem, como vimos, assassinaria violentamente –, manifestava um "fundo erótico" liberando explicitamente seus instintos sexuais diante de um possível amante.

Vale notar que, no que se refere especificamente a esse aspecto, não encontramos nenhum paralelo com as personagens histéricas dos escritos literários analisados, exceto a personagem do conto de João do Rio, *O carro da Semana Santa*, cuja identidade mantém-se secreta. Todas as demais são solteiras ou viúvas, o que parece estar intimamente associado à concepção segundo a qual a histeria seria uma doença provocada, sobretudo, pela não satisfação das exigências dos instintos sexuais femininos.

De um modo geral, as crises nervosas e histéricas teriam origem na puberdade com o despertar dos desejos sexuais não realizados e seriam agravadas por leituras inconvenientes, pela vida sedentária, pela beatice religiosa. Idéias claramente expressas pelos médicos que trataram de Ana Rosa e de Magdá. Depois do terceiro ataque de nervos de Ana Rosa, seu pai perguntou ao médico o que a filha tinha: "Ora, o que tem! Tem 20 anos! Está na idade de fazer o ninho! Mas, enquanto não chega o casamento, ela que vá dando os seus passeios a pé. Banhos frios, exercícios, bom passadio e distrações!".⁶⁸ O Dr. Lobo, médico do romance *O homem*, seria bem mais explícito. Após controlar a primeira crise histérica de Magdá, prescreve o remédio de modo exaltado: "É casar a rapariga quanto antes! [...] Casamento é um modo de dizer, eu faço questão é do coito! Ela precisa de homem!"⁶⁹

Ao colocar na boca do personagem Manuel Barbosa a frase do médico belga do século XVII, Jan Batista von Helmont, *tota mulier in útero* (a mulher [está] toda no útero), Júlio Ribeiro manifestava uma perspectiva ainda mais diretamente vinculada às concepções que privilegiavam o útero como sede da histeria,⁷⁰ idéia que parece ter sido predominante nos meios literários de então. Descrita como uma mulher "de temperamento ardente", "feita para os prazeres do amor", em cuja natureza "os instintos sensuais achavam [...] estímulos de indomável energia", Margarida, personagem de *O seminarista*, de Bernardo Guimarães, torna-se histérica justamente por ter frustrado tais instintos, permanecendo solteira.⁷¹ As crises nervosas de Maria do Carmo, protagonista de *A normalista*, começariam a se manifestar com as transformações sofridas ao entrar na puberdade, mudanças expressas não apenas na paixão por Zuza, mas também na ambigüidade de seu comportamento diante das investidas do padrinho. A educação mal orientada da Escola Normal e a leitura de romances impróprios serviriam para agravar seu temperamento nervoso.⁷²

A não realização das necessidades sexuais levaria Magdá e Nini à loucura e à reclusão no hospício. A satisfação das exigências dos instintos sexuais através de relações ilegítimas serviria apenas para agravar as crises nervosas ou histéricas, podendo provocar a loucura ou até mesmo a morte. Já completamente tomada pelo histerismo que "lhe excitava no cérebro abrasado terríveis e deploráveis alucinações",⁷³ Margarida morreria pouco depois de ter tido a primeira e única relação sexual com Eugênio.

Ao se tornar amante de Raimundo, Ana Rosa revela constantes sinais de piora: os ataques histéricos tornam mais freqüentes. O "viver excêntrico e liberdoso" que Lenita levava com Barbosa, longe de livrá-la das manifestações histéricas, tornavam-nas mais graves. Depois de ceder às pres-

sões do padrinho aceitando manter relações sexuais com ele, Maria do Carmo torna-se cada vez mais nervosa e sujeita a crises. As três personagens engravidam, mas a realização da maternidade fora do casamento seria para todas inviável. Ana Rosa e Maria do Carmo perdem seus filhos; o de Lenita sobrevive, mas apenas porque seria aceito e adotado pelo homem com o qual ela se casaria oficialmente. Apenas com o casamento a satisfação dos instintos sexuais e a realização da maternidade funcionariam efetivamente como remédios capazes de curá-las e salvá-las da loucura e da morte.

Sobre esse aspecto, o discurso literário revela uma perspectiva relativamente distinta daquela que caracteriza a fala médica. De uma maneira geral, os alienistas consideravam o casamento um meio terapêutico importante na prevenção e no tratamento da histeria, mas, ao mesmo tempo, questionavam a possibilidade de generalizá-lo e relativizavam sua eficácia. Mesmo para os que, como o Dr. Cordeiro, defendiam a perspectiva uterina, os consórcios matrimoniais fomentados por interesses econômicos ou pela busca de prestígio social poderiam "agravar os males histéricos". Em meio à diversidade das posturas que caracterizariam as concepções médicas acerca da histeria durante o século XIX, é possível detectar um ponto consensual: o casamento poderia promover a cura ou a melhora das histéricas, mas poderia também contribuir para o agravamento da moléstia.

As pesquisas desenvolvidas por Briquet serviriam para consolidar essa crença no âmbito da medicina mental na segunda metade do século XIX. Analisando 98 casos de "mulheres que apresentavam a forma convulsiva do acesso histérico, e que se tinham casado, observou o seguinte resultado: em 50 o casamento exerceu uma ação funesta, em 31 não teve influência alguma".⁷⁴ Tais resultados passariam a fundamentar afirmações de que o casamento representava, freqüentemente, "um estimulante da histeria pelas excitações exageradas dos órgãos sexuais, pelas fadigas e incômodos resultantes da prenhez e do parto".⁷⁵ Assim, ele deveria ser aconselhado somente nos casos em que as relações sexuais devidamente normatizadas pudessem promover a recuperação orgânica – restabelecendo ou regularizando a menstruação, por exemplo – ou a recuperação moral da mulher, quando ela encontrasse em seu esposo "amor e dedicação", e o acesso a "uma vida mais tranqüila e folgada, que aquela que encontrava em casa de seus pais". Ademais, o casamento seria considerado o único remédio eficaz quando a histeria fosse efeito direto da "impossibilidade da união de dois entes que se amam", devendo-se, nessas situações, promover a "satisfação do coração".⁷⁶ Percebe-se, portanto, que ao enfatizarem não apenas a falta, mas também o excesso e a perversão na definição dos desvios da

sexualidade, os especialistas não poderiam mais sustentar a idéia de que o casamento se apresentava como o único ou o principal meio profilático e curativo da doença.

Desvinculado de uma relação exclusiva com o útero, visto como uma perturbação psíquica, afetando as funções afetivas e intelectuais e circunscrito ao âmbito das manifestações degenerativas, o "mal histérico" poderia atingir as crianças e os velhos de ambos os sexos e os homens adultos. Entretanto, é preciso ressaltar que a construção do perfil do homem histérico seria marcada tanto pela ênfase no enfoque da histeria como produto da herança materna, quanto pela atribuição de traços femininos ao homem. Em um estudo publicado em 1894, o Dr. Márcio Nery afirma que, dos 282 enfermos então recolhidos na seção Calmeil do Hospício Nacional de Alienados, quatro eram histéricos, três dos quais apresentavam "herança homônima transmitida pelo lado materno".⁷⁷ Embora os alienistas não conseguissem chegar a um acordo quanto à constituição física característica da personalidade masculina histérica, ela seria consensualmente delineada, segundo as crenças do senso comum e ratificadas pelo saber científico, por traços característicos da natureza feminina: extremamente suscetíveis e volúveis, vivamente impressionáveis e excessivamente vaidosos e caprichosos etc.⁷⁸

As conquistas e sofisticações da psiquiatria na passagem do século XIX para o século XX, longe de questionarem a associação entre mulher e histeria, aprofundaram-na, conferindo-lhe *status* de verdade científica. Ainda por muito tempo, as palavras impetuosas do psiquiatra francês Ulysse Trélat, discípulo de Esquirol, continuariam a ecoar dentro e fora do mundo acadêmico e científico: "Toda mulher é feita para sentir, e sentir é quase histeria".⁷⁹

NOTAS

(1) O Hospício de Pedro II foi criado pelo decreto imperial de 18 de julho de 1841. O prédio construído na Praia Vermelha, cidade do Rio de Janeiro, foi inaugurado em 5 de dezembro de 1852.

(2) O decreto nº 7247, de 19/04/1879, criou o curso de clínica psiquiátrica nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A medida foi aprovada pelo Corpo Legislativo pelo decreto nº 8024, de 12/03/1881. Dois anos depois, o Dr. João Carlos Teixeira Brandão assumiria a cátedra de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Sobre o surgimento e a consolidação da psiquiatria no Brasil, ver os seguintes estudos: Roberto Machado *et al.*, *Desenho da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978; Jurandir Freire Costa, *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989; Maria Clementina P. Cunha, *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

(3) A separação do Hospício de Pedro II da administração da Santa Casa da Misericórdia (1890) – passando a partir de então a denominar-se Hospício Nacional de Alienados –, a criação da Assistência Médica e Legal de Alienados (1890) e a aprovação da primeira lei federal de assistência