



Palavras - chave:
Discurso médico, psicose
puerperal, loucura,
maternidade.

Resumo: Este trabalho teve por objetivo debater acerca da psicose puerperal. O puerpério é o período conhecido como pós-parto e diversos campos de conhecimento visam compreender tal período. Nosso estudo se pauta na problematização acerca do discurso médico sobre a ideia de psicose puerperal, ou seja, sobre o debate médico em torno da loucura pós-parto. Para alcançarmos nosso objetivo, em termos metodológicos, a pesquisa se baseia na análise de discurso de uma tese médica apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em dezembro de 1927 pelo médico graduando Aderval da França Gomes, nascido na Bahia. O objeto de estudo desta tese é a psicose puerperal, suas causas e possíveis maneiras de evitar tal comportamento feminino que poderia levar até a delitos, como por exemplo, o infanticídio. Nota-se que o discurso médico com o passar dos anos e com o avanço da tecnologia teve transformações consideráveis em relação às mulheres e a psicose puerperal, mas vale ressaltar que em alguns entendimentos permaneceram.

ENTRE MÉDICOS, MATERNIDADE E LOUCURA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE “PSICOSE PUERPERAL”. RIO DE JANEIRO DÉCADA DE 1920

Juliana Santos Oliveira ¹
Georgiane Garabely Heil Vázquez ²

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é uma questão pouco conhecida pela maioria das pessoas. Psicose puerperal se caracteriza por enfermidades que acometem algumas mulheres durante o puerpério, período mais conhecido como pós-parto. Para muitos campos do conhecimento, dentre eles, o saber médico, a gravidez é um estágio da vida da mulher muito delicado e sensível, ou seja, por estar passando por diversas mudanças, sejam elas físicas, psicológicas, hormonais e sociais a gestante e, em especial, a parturiente fica vulnerável a pensamentos confusos, a doenças, ou mesmo a delírios.

Mas como veremos no decorrer deste trabalho, nem sempre isso acontece, pois algumas vezes, pelos mais variados motivos, algumas mães recusam seus filhos, seja por questões emocionais, econômicas ou sociais. Como já mencionado, os motivos são vários, na visão médica, por exemplo, pode-se citar problemas hereditários, complicações durante a gestação, alterações no corpo da mulher, etc. (CANTILINO, AMAURY; et all, 2009, p. 289). Como exemplos de questões sociais e emocionais, podemos citar o abandono por parte do namorado, marido ou da família, onde a mulher acaba ficando sozinha e assim ter como consequência a crítica da sociedade, sendo vista e rotulada, não somente como mãe, mas sim como “mãe solteira”. Outras vezes, pelo temor de não conseguir ser uma “boa mãe” para seu filho, ou então por ter receio de que seu corpo não retorne ao normal. Este último exemplo é trabalhado por Mirela Berger (2006), em seu trabalho sobre *Corpo e identidade feminina*, onde a autora aborda a incessante busca da mulher pela beleza, ou melhor, em busca que a sociedade impõe ser o corpo perfeito;

[...] Muitas delas se queixam de seu corpo após o parto. A mudança no corpo gera angústias, ainda mais quando a sociedade veicula de maneira tão ostensiva a necessidade das mulheres terem o corpo perfeito. O nascimento dos filhos engendra sentimentos contraditórios: se por um lado os filhos são fonte de felicidade e realização, para várias mulheres, eles são também fonte de angústias, pois tê-los submeterá o corpo a processos de mudança [...] (BERGER, 2006, p. 100).

Percebemos que embora os motivos sejam distintos, se analisados quase todos desembocam no julgamento da sociedade para com a mulher. Georgiane Garabely Heil Vázquez (2005) afirma que no final do século XIX o discurso médico entendia que o aborto e o infanticídio praticados pelas mu-

¹ Bacharel em História pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

² Orientadora. Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora do Departamento de História (DEHIS) e do Programa de Pós-Graduação em História (PPGH) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Iheres eram “práticas cruéis”, pois para os médicos as mulheres estavam negando sua “*função natural*”, que seria seu papel social de mães.

Desta forma, a psicose puerperal apresentava-se como um grande “perigo” para a maternidade, tendo em vista que mulheres, muitas vezes desassistidas na hora do parto, poderiam por diversos fatores, rejeitar seus filhos chegando ao ponto de assassiná-los.

De acordo com Leila Tannous (2004), a psicose puerperal já existe em nossa sociedade deste os tempos remotos, para a autora existem relatos de Hipócrates no século V A.C, apontando sobre os sintomas que geralmente as mulheres tinham no puerpério;

Para Hipócrates, a loucura puerperal poderia ser causada primeiro pela congestão de sangue nas mamas, anunciando a loucura e segundo quando as loquias se dirigem à cabeça, podendo sobrevir excitação, delírio e as manifestações maníacas (TANNOUS, 2004, p. 14).

No decorrer deste trabalho os termos psicose e loucura vão ser frequentemente usados, mas vale lembrar que são conceitos distintos, e que especificaremos mais a frente suas variações.

A visão de qual período gestacional/pós-parto, e como se inicia a psicose é uma resposta que variou com o passar dos anos, segundo Vera Iaconelli (2005) a psicose pode começar após o nascimento da criança, sendo impossível precisar um tempo exato, pois pode variar conforme a mulher e sua situação. Via de regra, a medicina caracterizou como início das manifestações de psicose puerperal aproximadamente nos primeiros quinze dias após o parto.³ No que tange os sintomas e as medidas preventivas, a autora argumenta que em se tratando das enfermidades que podem acometer algumas mulheres grávidas, a psicose puerperal é uma das mais severas. Para Iaconelli (2005) os sintomas podem ser a perda do senso de realidade, delírios e alucinações, e quando diagnosticada deve-se evitar a amamentação. Quando o caso é mais grave é necessário comunicar os familiares para cuidarem do bebê e ficarem atentos, pois, pode haver risco de vida tanto para o bebê quanto para a mãe (IACONELLI, 2005).

A partir das explicações clínicas apontadas aci-

ma é que iremos buscar desenvolver este trabalho e mostrar como os médicos da década de 1920 viam a mãe em surto e quais medidas preventivas aplicavam naquele período.

Mas antes de adentrar nesta discussão é válido contextualizar de onde estamos falando. Utilizaremos como fonte uma tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1927. Neste contexto o Brasil estava passando por muitas mudanças, pois se encontrava em pleno “desenvolvimento”. Essas mudanças tanto de comportamento como nas formas de pensar, começaram a se tornar mais frequentes a partir do final do século XIX início do século XX. Vale lembrar que esses ideais de formação do povo brasileiro, já vinham se desenhando desde o fim da escravidão em 1888 e a instauração da República em 1889. A partir de então essas ideias de urbanização, modernização, sanitarismo e formação do povo brasileiro tenderam a se acentuar (PONTE, 2010, p. 60).

No Brasil a cidade modelo era o Rio de Janeiro, essa importância se deu desde 1808 quando a família real veio para o Brasil, assim o Rio tornou-se o polo administrativo de Portugal, onde todas as decisões eram tomadas. E essa relevância da cidade do Rio de Janeiro persistiu com o passar dos anos com a instauração da República em 1889 onde tornou-se a capital (PONTE, 2010, p. 49).

Como o Rio de Janeiro era exemplo para outras cidades, as autoridades viram a necessidade de tomar medidas para assim melhorar o desenvolvimento dessa cidade. Uma das medidas encontradas foi o movimento sanitarista. De acordo com Kropf e Lima (2010);

O movimento pelo saneamento do Brasil, desencadeado durante a Primeira República (1889-1930), colocou em evidência as precárias condições de saúde das populações rurais como principal obstáculo para que o país se civilizasse e se tornasse afetivamente uma nação. Sua origem e trajetória estiveram diretamente relacionadas a história de tripanossomíase americana ou doença de Chagas, descoberta por Carlos Chagas, médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, em Lassance, norte de Minas Gerais, em 1909 (KROPF & LIMA, 2010, p. 79).

Vale ressaltar que neste momento o discurso médico ainda não era bem aceito pela população, mas de acordo com Carlos Fidelis Ponte (2010) foi nesse momento de mudanças na área da saúde,

3 Destaca-se que para a caracterização da prática de infanticídio o laudo médico deve confirmar se no momento do ato a parturiente estava em estado de surto psicótico caracterizado como psicose puerperal e a legislação só caracteriza como infanticídio (atribuindo pena menor do que homicídio) se o ato ocorrer durante ou logo após o parto. Contudo, o atual Código Penal, de 1940 e ainda em vigor, não determina o que seria “logo após o parto”, se minutos, horas ou dias.

com o apoio do Estado, que a medicina e a figura do médico começaram a ser aceitas e começam a se diferir das pessoas que até então realizavam os rituais de cura, como por exemplo, os curandeiros, rezadeiras, benzedeiras, entre outros.

A medicina neste contexto se pautava, segundo os estudos de alguns autores como Carlos Fide-
lis Ponte, Fernando A. Pires e Ialê Falleiros (2010) numa medicina preventiva⁴. De acordo com Alves e Falleiros (2010) para que essa medicina conquistasse mais espaço foram criados nos departamentos das faculdades de medicina, departamentos de medicina preventiva. Para o médico se formar e receber a titulação, a partir deste “modelo preventivista” era preciso que o mesmo apresentasse;

Um conjunto de atitudes que lhe permitissem se relacionar com a comunidade, com os serviços públicos de saúde e com outras organizações para promoção da saúde e proteção do indivíduo e da família. Assim, a formação desse novo profissional teve papel central e impulsionou uma reforma educacional no interior das escolas médicas. A epidemiologia e a estatística foram introduzidas na formação médica e na produção do conhecimento no campo da saúde. Cada vez mais, a noção de doença passou a envolver a interação de agentes naturais e sociais e, pouco a pouco, os elementos das ciências sociais foram incorporados as pesquisas sobre agentes, ambiente e hóspedes de doenças (ALVES & FALLEIROS, 2010, p. 168).

Nas teses estavam presentes estudos de diferentes assuntos, dentre eles as pesquisas sobre as mulheres, inclusive sobre a psicose puerperal, a qual será objeto da nossa análise. A abordagem proposta neste trabalho, é que por meio de uma análise do discurso médico e de um estudo de caso, possamos perceber as transformações e permanências, presentes no discurso médico sobre a psicose puerperal.

Como nesta pesquisa iremos focar no discurso médico presente na tese de Aderval da França Gomes (1927), a metodologia aplicada será a análise do discurso. Segundo Souza & Fachin (2010) foi nos anos de 1960, na França que emergiu a análise do discurso, seu principal fundador foi Michel Pêcheux, a qual tem como objeto o discurso.

Partindo do princípio que a AD trabalha com o sentido, sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e ideologia, a AD entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma re-leitura; outro aspecto a ressaltar é que a AD mostra como o discurso funciona não tendo a

pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p. 681).

Para Caregnato & Mutti (2006) a análise do discurso tem sem enfoque no sentido daquilo que o sujeito em algum momento da história escreveu, vale lembrar que essa escrita fora influenciada por fatores e circunstâncias vigentes naquele momento histórico;

O sujeito, portanto, é tratado como assujeitado pela maquinaria discursiva. Pêcheux (1997b, p. 311) costumava afirmar. “os sujeitos acreditam que ‘utilizam’ seus discursos quando na verdade são seus ‘servos’ assujeitados, seus ‘suportes’”. Isso se deu pelo fato de Pêcheux se pautar nas teses althusserianas sobre os aparelhos ideológicos (A. I. E) e o assujeitamento, que propõe um sujeito atravessado pela ideologia e pelo inconsciente. O sujeito desse período tinha a ilusão de que era a fonte de seus dizeres, mas na verdade era apenas um reproduzidor do já dito (MAZZOLA, 2009, p. 11).

Assim notamos que o sujeito não consegue ser neutro, mesmo quando almeja, querendo ou não somos influenciados de alguma forma. E é baseado nesta afirmação que a análise do discurso visa compreender e interpretar a ideologia do sujeito, levando em conta os aspectos sociais, políticos e culturais que o mesmo está inserido;

A interpretação do discurso “é um ‘gesto’, ou seja, é um ato no nível simbólico. [...] A interpretação é o vestígio do possível. É o lugar próprio da ideologia e é ‘materializada’ pela história [...] Ela sempre se dá de algum lugar da história e da sociedade [...]” O gesto de interpretação é assumido, sendo um gesto simbólico que dá sentido fazendo significação. “Não há sentido sem interpretação”, portanto deverá sempre existir uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p. 681-682).

Entretanto vale ressaltar que um mesmo discurso pode ter várias interpretações, o mesmo discurso pode ser analisado por vários pesquisadores e cada um vai interpretar e tirar suas próprias conclusões, e isso não significa que nenhuma está errada, isso vai depender das influências que esse pesquisador possui, ou seja, não é somente o sujeito que escreveu o discurso que foi influenciado, mas também o sujeito que está analisando (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p. 682).

Para abrangermos melhor o discurso médico

4 A medicina preventiva, originária dos Estados Unidos de meados dos anos 1940, foi uma tentativa de se fazer frente aos crescentes custos da atenção curativa e, ao mesmo tempo, à separação entre as esferas da saúde pública e da saúde individual. Propunha-se reorientar a formação médica com o objetivo de estimular uma atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe (ALVES & FALLEIROS, 2010, p. 168).

presente na tese, além do método de análise de discurso, utilizaremos neste trabalho também a metodologia do estudo de caso para compreendermos o caso discursivo da tese.

Segundo Ventura (2007) o estudo de caso teve sua origem em meio às pesquisas médicas e psicológicas, a partir da análise detalhada de casos individuais, e que era capaz de explicar a dinâmica de uma doença. O estudo de caso de acordo com Meirinhos & Osório (2010) está ganhando espaço, principalmente das áreas de educação e ciências sociais e os principais difusores do estudo de caso foram Yin e Stake. Para Meirinhos & Osório (2010):

O método é experimental (hipotético-dedutivo) e o conhecimento extraído da realidade natural ou social é estável e quantificável, a partir de um distanciamento entre o investigador e a realidade estudada. Em contraste, a metodologia qualitativa orienta-se por uma perspectiva mais interpretativa e construtivista. [...] Stake (1999) assinala três diferenças importantes entre a perspectiva qualitativa e quantitativa da investigação: i) a distinção entre explicação e compreensão; ii) a distinção entre função pessoal e impessoal do investigador; iii) a distinção entre conhecimento descoberto e construído (MEIRINHOS & OSÓRIO, 2010, p. 50).

Os autores colocam em seu trabalho uma questão muito discutida pelos pesquisadores do estudo de caso: qual o meio plausível utilizado para a realização da investigação no estudo de caso, se o viés qualitativo ou o quantitativo? Dentre estes autores Yin, pesquisador do tema e que acredita que as duas maneiras mesmo sendo distintas são complementares. Meirinhos & Osório (2010) expõe a opinião de alguns pesquisadores como Latorre et al. (2003) o qual alega que o estudo de caso sendo mais focado no método qualitativo, não quer dizer que não possa ser utilizado também como complemento o método quantitativo. Já Stake (1999) afirma que a distinção de métodos qualitativos e quantitativos é uma questão de ênfase, já que a realidade é uma mistura de ambos. Meirinhos & Osório ainda colocam em seu texto algumas características do estudo de caso, para eles:

Os estudos de caso na sua essência parecem herdar as características da investigação qualitativa [...] a vantagem do estudo de caso é a sua aplicabilidade a situações humanas, a contextos contemporâneos de vida real (Dooley, 2002) [...] existe, contudo, na bibliografia, um conjunto de características que ajudam a dar forma a metodologia dos estudos de caso, como a natureza da investigação em estudo de caso, o seu caráter holístico, o contexto e sua relação com o estudo, a possibilidade de poder fazer generalizações [...]

sobre o caráter holístico dos estudos de caso [...] nesta perspectiva, os estudos de caso visam uma maior concentração no todo, para chegar a compreender o fenômeno na globalidade e não alguma particularidade ou diferenciação de outros casos (Stake, 1999) [...] (MERLINHOS & OSÓRIO, 2010, p. 52-53).

Mas de acordo com Ventura (2007), o estudo de caso possui algumas limitações; para ela a mais grave é a dificuldade com a generalização das conclusões obtidas. Isso pode ocorrer quando na investigação a *unidade escolhida* seja distinta em relação as outras, fato que proporciona que os resultados acabem se tornando equivocados, assim;

Por essa razão, cabe lembrar que, embora o estudo de caso se processe de forma relativamente simples, pode exigir do pesquisador muita atenção e cuidado, principalmente porque ele está profundamente envolvido na investigação. Sendo assim, os argumentos mais comuns dos críticos dos estudos de caso estão no risco do investigador apresentar uma falsa certeza das suas conclusões e fiar-se demais em falsas evidências. Em decorrência disso, deixar de verificar a fidedignidade dos dados, da categorização e da análise realizada (VENTURA, 2007, p. 386).

Assim, com base nesse arcabouço metodológico, nossa pesquisa tem por objetivo problematizar como o discurso médico e os médicos viam as mulheres ditas psicóticas e que medidas tomavam para amenizar ou até mesmo “curar este mal”. O desenvolvimento desse artigo consistirá em, primeiramente, fazer um estudo sobre a Faculdade de Medicina Rio de Janeiro e também sobre as áreas da medicina que foram criadas a partir das necessidades, para focar exclusivamente no corpo feminino, ou seja, a Obstetrícia e a Ginecologia. E por fim a análise da tese sobre psicose puerperal para assim podermos ter uma ideia de como era o discurso médico em relação a psicose puerperal na década de 1920 a partir deste estudo de caso.

DESVENDANDO O CORPO FEMININO

Carregado de ambiguidades, estudado, dissecado tanto física como moralmente, o corpo feminino se apresenta como objeto de desejo e de medo, de atração e de repulsa, sede da vida e do pecado. O ser feminino carregou consigo o estigma da dualidade (Adriana de Carvalho Luz, 1996, p. 20).

De acordo com Maia (2010), o pontapé dessas mudanças na área da medicina, foi o ato do Príncipe Regente em 1808, o qual ordena a implantação na Bahia de um curso de Anatomia, onde seriam dou-

trinadas técnicas de ligaduras, cortes e operações cirúrgicas. No que se refere ao Rio de Janeiro foi em 1813, através de um decreto que se aplica o ensino médico, assim foi criada a Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro, e pelo fato das disciplinas do curso de medicina serem mais complexas e necessitarem de um espaço para a prática, o Hospital Santa Casa foi cedido para esse fim. Mas de acordo com o autor, esse curso possuía alguns problemas e foi preciso tomar medidas para acabar com os mesmos.

Em relação aos cursos e sua duração, Maia (2010) afirma que o curso de médico cirúrgico teria seis anos, o de farmácia três anos, e também teria um curso de partos. Logo a pessoa, neste caso o doutor que se formasse nessa Faculdade sairia com o título de Doutor em Medicina, Farmacêutico e de Parteira se assim desejasse.

Outra questão que foi consequência das mudanças que estavam acontecendo no Brasil, para sanar esses problemas segundo Maia (2010), em 1820, surgiram os primeiros programas de organização do ensino médico no Brasil. Em 1832 após um plano que foi proposto pela comissão, as academias passaram a ser chamadas de Faculdade de Medicina. A Faculdade do Rio de Janeiro adere também os cursos de Farmácia e de Obstetrizes (MAIA, 2010, p. 9-11).

E paulatinamente o médico começa a ganhar espaço na sociedade, e também neste momento que o campo da medicina vai se profissionalizando, a figura do médico ganha destaque e passa a ser visto como aquele que detém o poder da vida, nas palavras de Georgiane Garabely Heil Vázquez:

Dentre as profissões liberais existentes a de médico é seguramente uma das mais privilegiadas, seja pelo retorno financeiro que supostamente confere ao especialista, ou simplesmente pela própria representação do médico como um sábio salvador de corpos enfermos. Essa ideia redentora do médico ajuda a conferir à especialidade profissional um certo ar divino, assim, a medicina se articula ao poder de decidir qual remédio será receitado, qual procedimento será tomado e em alguns casos de emergências em hospitais superlotados, até mesmo qual vida será salva. Basta vestir o jaleco branco que junto veste-se a ciência e a sabedoria, tornando-se quase que automaticamente o ajudante de Deus, aquele que o auxilia no fim do sofrimento e devolve ou tira a vida (VÁZQUEZ, 2005, p. 49).

Foi neste contexto de ampliação do campo e reconhecimento da profissão de médico, que o olhar e o discurso da medicina se voltam para uma parcela da sociedade que até então não possuía um campo de pesquisa específico, as mulheres.

Podemos dizer que esta foi uma conquista muito importante tanto para o próprio campo da medicina e principalmente para as mulheres, pois assim teriam uma área de foco exclusivo para elas, apesar das tentativas de normatizações feitas pelo saber médico.

De acordo com Vázquez (2005), esse interesse pelo corpo da mulher por parte dos médicos se deu pelo “cientificismo higienista”, o qual proporcionou aos médicos um maior controle sobre a família podendo assim normatizar os corpos e disciplinar a sociedade, impondo ordens no sexo e nos prazeres. Esses novos olhares e estudos por parte dos médicos resultou num melhor entendimento sobre as mulheres e seus organismos, percebendo que a mulher possuía singularidades, que era diferente do homem e que tinha uma “*função sócio-cultural*”: a maternidade. Assim o médico tinha como função proteger as mulheres, neste período supostamente tão delicado e sensível, foi neste momento que houve a consolidação de duas especificidades voltadas para o corpo feminino: a ginecologia e a obstetrícia (VÁZQUEZ 2005, p. 51).

A presença dos médicos nos partos, a transição dos partos domésticos para o ambiente hospitalar, segundo Ana Paula Vosne Martins (2000) enfim o interesse pelo corpo feminino se firmou no século XIX com a consolidação da ginecologia e da obstetrícia;

Esta nova especialidade foi definida como a “ciência da mulher”. Foi, portanto, nas últimas décadas do século XIX que a mulher passou a ser reconhecida como uma categoria específica entre a clientela dos médicos, definindo-se a partir de então como um conjunto característico de pacientes, cujas particularidades exigiam zelos e serviços de um profissional que a notasse como um todo e não simplesmente como um corpo grávido. [...] este agrupamento médico dedicado ao estudo do corpo e da sexualidade feminina observou que a Natureza não havia criado um “macho imperfeito”, como era representada a figura feminina, mas sim, um ser com natureza específica principalmente com uma função sócio-cultural determinada: a maternidade (MARTINS, 2000, p. 113-116 apud VÁZQUEZ, 2005, p. 50).

Desse modo, percebeu-se que, para os médicos, a mulher possui características específicas do seu corpo e que não era a cópia imperfeita do homem, mas sim única e que, para o discurso médico do período, tinha uma função, a de ser mãe. Para Martins (2004) o que foi relevante para a consolidação desses novos campos dentro da medicina foi a aproximação entre médicos e mulheres.

Como mencionado acima o ensino médico em seu início no século XIX, possuía alguns problemas, mas isso não foi empecilho para os médicos e o in-

teresse de entendimento e de conhecimento sobre o corpo da mulher aumentava gradativamente. Pois de acordo com Vázquez (2005) a intenção dos médicos era buscar conhecer para somente assim, poder controlar a função da mulher na sociedade. Com esse interesse consequentemente o material sobre essas pesquisas aumentou consideravelmente, as teses produzidas pelos médicos nas Faculdades tanto do Rio de Janeiro como da Bahia entre outras, acabaram se tornando uma rica e importante fonte para compreendermos esse período, mas este é um assunto que vamos tratar mais adiante.

No que tange a ginecologia e a obstetrícia, primeiramente é válido expormos aqui as definições conceituais de ambas as especificidades. Para Fabíola Rohden (2002) a obstetrícia é o campo da medicina que se cuida da gravidez, parto e puerpério, focando em tudo que envolve a reprodução e como se apresentam no corpo feminino. Já a ginecologia de acordo com Rohden (2002)

Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura ([s.d.] p. 527) trata-se do “ramo da medicina que estuda a fisiologia e a patologia dos órgãos genitais da mulher fora da gestação, assim como as suas relações com os restantes aparelhos e sistemas”. Para a Grande Enciclopédia Delta Larousse (1978, p. 3.065), a ginecologia é a “ciência que se dedica ao estudo morfológico fisiológico e patológico do organismo feminino e de seu aparelho genital”. No Oxford English Dictionary, (1933, p. 529), temos a seguinte referência: “Ginecologia: ramo da ciência médica que trata das funções e perturbações peculiares às mulheres. Em sentido lato, a ciência da feminilidade [womankind]” (ROHDEN, 2002, p. 105).

Essas são algumas definições presentes no trabalho de Rohden e que resumidamente ginecologia significa estudo da mulher. Martins (2004) ainda complementa afirmando que a ginecologia mesmo sendo uma prática antiga ganhou ênfase na metade do século XIX, quando foi denominada de ciência da mulher, e para ela, além disso, a ginecologia é baseada na observação, na técnica cirúrgica e na constatação radical da distinção sexual da mesma. (MARTINS, 2004, p. 112).

Antes de existir a ginecologia, quando as mulhe-

res se acometiam de qualquer enfermidade relacionadas a seu corpo e reprodução recorriam as parteiras ou aos curandeiros em busca da cura. De acordo com Martins (2004), como a obstetrícia já era realizada pelas parteiras, ou seja, já possuía um pouco mais de experiência, logo as produções acerca da mesma era de grande quantidade se compara a de ginecologia, pois não tinham o conhecimento sobre os órgãos femininos. Para a autora o desenvolvimento da ginecologia se deu a partir das décadas de 1860 e 1870 e, no final do século XIX, a ginecologia separou-se da obstetrícia. Rohden (2002) alega que em certo momento essas duas especialidades chegaram até ser confundidas;

Até essa época, a ginecologia, ou seja, o estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas confundia-se com a obstetrícia. Ao longo do século, esses dois ramos da medicina vieram a constituir disciplinas separadas. Na verdade, quando se considera a bibliografia sobre o assunto, raramente se encontra exemplos que analisem essa distinção. Os historiadores da medicina acabam colocando no mesmo conjunto as duas especialidades que tratam da mulher. Não são consideradas as especificidades do desenvolvimento de cada uma ao longo do século XIX e, particularmente, as condições que fizeram com que a ginecologia viesse a se distinguir. [...] esse processo interesse especialmente, porque nas últimas décadas do século passado e início deste, a ginecologia veio a ser muito mais do que uma extensão da obstetrícia, ou mesmo da cirurgia, constituindo um campo de intervenção sobre a mulher, que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos (ROHDEN, 2002, p. 107-108).

O que definiu a diferença entre a obstetrícia e a ginecologia foi que a obstetrícia dependia mais da habilidade, ou seja, da prática e da experiência, já a ginecologia só pode se efetivar juntamente com os avanços científicos (CIAFRANI, 1960, p. 272 apud ROHDEN, 2002, p. 108). Rohden ainda coloca a ginecologia de certa forma leva vantagem no desenvolvimento da obstetrícia. No que tange as conquistas destacam-se os estudos da pélvis⁵, disseminação dos métodos de exame como a apalpação abdominal, progressos do fórceps⁶. A obstetrícia também desenvolvia seus métodos, dentre eles a embriotomia⁷ e principalmente a cesariana⁸, que com o auxílio de novas técnicas como

5 É a concavidade da zona inferior do tronco humano, onde podemos encontrar vários aparelhos genital e urinário, assim como o próprio reto, também conhecido como bacia ou pelve ([HTTPS://www.lexico.pt](https://www.lexico.pt)).

6 É o parto vaginal (parto normal) no qual se utiliza um instrumento cirúrgico semelhante a uma colher, o qual é colocado no canal genital da mulher, ajustando-se nos lados da cabeça do bebê para auxiliar o obstetra a retirá-lo do canal de parto em casos de emergência ou sofrimento fetal. É utilizado quando o parto já está no final, evitando desgastes da mãe ou do bebê. Esse processo deve ser evitado, uma vez que é um tipo de agressão, com a mãe e com o bebê (guiadobebe.uol.com.br).

7 Intervenção para cortar ou esmagar o feto, a fim de reduzir seu volume, facilitando assim a sua extração. Embriotomia in Dicionário infopédia de Termos médicos. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Acesso em 14-01-2017. Disponível na internet: [HTTPS://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/embriotomia](https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/embriotomia).

8 Intervenção médica cirúrgica que consiste em retirar o feto através da incisão da parede abdominal e do útero. Geralmente a cesariana está indicada quando existe dificuldade, impossibilidade ou grande risco de vida para a mãe ou para o feto de realizar o parto por via vaginal (Acesso em 14-01-2017. Disponível em [HTTPS://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/cesariana](https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/cesariana)).

a anti-sepsia⁹, assepsia¹⁰, anestesia, amputação útero-ovárica, entre outras, conseguiu reduzir a taxa de mortalidade. Outro avanço se refere á métodos para que ajudem e facilitem a passagem da criança na hora do parto como a sinfisiotomia¹¹ ou pubiotomia¹².

Esses estudos acerca do corpo feminino proporcionaram aos médicos e a medicina um avanço significativo. Para que esses conhecimentos não se perdessem os médicos começaram a colocar suas descobertas no papel e com o passar do tempo em livros. Mas esse conhecimento segundo Martins (2004) era devidamente exclusivo do campo médico, ou seja, nenhuma pessoa leiga deveria ter contato com tais documentos, uma vez que as imagens presentes nos livros muitas vezes eram chocantes, alguns possuíam descrições realistas o que ia de encontro com os costumes do momento. Não era apropriada que uma mulher a qual tinha como dever ser recatada e do lar ter contato com uma imagem, por exemplo, de uma genitália feminina, a regra era que somente os médicos tivessem conhecimento do corpo da mulher, a mesma por enquanto deveria permanecer na ignorância, no que se refere ao entendimento do seu próprio corpo (MARTINS, 2004, p. 124).

Todas essas conquistas mencionadas acima podem ser consideradas relevantes tanto para o avanço da medicina, quanto para as mulheres. Para os médicos a vantagem seria que com os conhecimentos adquiridos seria mais fácil controlar, neste caso, as mulheres e suas ações, já quanto para as mulheres, pelo fato de que com esses aprendizados os médicos poderiam encontrar algum problema e/ou doença no corpo feminino e remediar. Além disso, outro ganho se refere a diminuição na taxa de mortalidade no parto, de mulheres e de crianças, uma vez tendo conhecimento do corpo feminino os médicos tinham a possibilidade de, na maioria das vezes, impedir a morte.

Após essa introdução sobre o início do ensino e prática da medicina e sobre o interesse e estudo sobre o corpo das mulheres, o próximo

passo é analisar um dos muitos trabalhos produzidos acerca desta temática.

LOUCURA PUERPERAL ENTRE DISCURSOS E SABERES

É mister que se salve a todo transe a vida daquela que no sublime papel da maternidade teve as suas ideias perturbadas, o seu cérebro impotente e a sua inteligência confusa (Aderval da França Gomes, 1927, p. 83).

Antes de partirmos para a análise da fonte, é válido fazermos uma consideração do que é a loucura e/ou a psicose. Foucault (1972) em seu livro expõe algumas concepções do que é loucura, eis uma que se encontra logo no início de seu livro;

[...] Citemos apenas as grandes análises meio antropológicas, meio cosmológicas de Heinroth, que fazem da loucura como que a manifestação no homem de um elemento obscuro e aquático, sombria desordem, caos movediço, germe e morte de todas as coisas, que se opõe à estabilidade luminosa e adulta do espírito. Mas se a navegação dos loucos se liga, na imaginação ocidental, a tantos motivos imemoriais, por que tão bruscamente, por volta do século XV esta súbita formulação do tema, na literatura e na iconografia? Por que vemos surgir de repente a silhueta da Nau dos Loucos e sua tripulação insana invadir as paisagens mais familiares? Por que, da velha aliança entre a água e a loucura, nasceu um dia, nesse dia, essa barca? É que ela simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura européia, por volta do fim da Idade Média. A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e mediocre ridículo dos homens (FOUCAULT, 1972, p. 18).

Desse modo, entende-se que a loucura é um “estado sombrio” que o homem se encontra, ou seja, não está em seu estado entendido socialmente como normal. Pode caracterizar uma pessoa que é imprevisível, inquieta por isso a associação com a água, e como consequência disso os loucos e a própria loucura eram vista, segundo Foucault, como ameaças a sociedade.

Pacheco (2003) ressalta que até o século XIX o conhecimento científico em relação à psiquiatria era

9 É um conjunto de técnicas de esterilização que visam evitar a proliferação de microorganismos patogênicos, responsáveis por provocar doenças infecciosas. É realizada por meio de substâncias químicas (antissépticos), como bactericidas, desinfetantes e outros produtos que tem como objetivo higienizar certo local ([HTTPS://www.significados.com.br](https://www.significados.com.br)).

10 É um conjunto de procedimentos que tem como finalidade impedir a introdução de germes patogênicos em determinado organismo, ambiente e objetos, em outras palavras é o cuidado com a limpeza e higiene de tudo que nos cerca (<https://www.significados.com.br>).

11 Incisão cirúrgica na cartilagem da sínfise do púbis para aumentar o diâmetro da bacia e, assim, facilitar o trabalho de parto. Sinônimo: pubiotomia, operação de Sigault (Disponível em www.infopedia.pt/dicionarios/termos/medicos/sinfisiotomia Acessado em 15/09/2016).

12 Seção de articulação pubiana ou do próprio púbis ([HTTPS://www.dicio.com.br](https://www.dicio.com.br)).

13 Philippe Pinel nasceu em 1745 e faleceu em 1826, na França. Filho de médico formou-se em medicina em 1773. Em 1792 Pinel ascendeu ao cargo de médico chefe do asilo para homens Bicêtrê, em Paris, onde acabou desenvolvendo uma nova forma de tratamento aos pacientes, que muitos autores atualmente consideram como a primeira reforma da psiquiatria. Uma das principais atitudes tomada por Pinel foi separar os doentes mentais dos demais marginalizados, isolando estes doentes para realizar o tratamento ([HTTPS://www.portaleducacao.com.br](https://www.portaleducacao.com.br)).

limitado e influenciado pelos ideais de Pinel¹³, o qual proporcionou uma grande revolução nos estudos acerca da loucura.

Não havia até então um pensamento médico-científico sistematizado sobre a doença mental, e o louco não era assumido pela medicina como doente sob responsabilidade de seu campo de ação. Nos grandes asilos para alienados juntavam-se toda sorte de indivíduos pertencentes às minorias que representavam diversos problemas sociais, desde mendigos e delinquentes e prostitutas e loucos de rua (PACHECO, 2003, p. 153).

Vale lembrar que o conceito citado acima, é do século XIX. O conceito de psicose que a fonte analisada neste trabalho trás, inclusive no título, é um conceito do final do século XIX e início do século XX, conceito este que foi bastante estudado pela psicanálise, principalmente Freud. Guerra (2010) coloca que a loucura é e sempre foi um tema que causa receio nas pessoas, causava medo e repulsa pelo fato de representar algo que está fora do normal e por isso deveria ficar afastada de todo o resto (círculo familiar, social, etc). A área que aderiu a loucura como estudo foi a psicanálise, com Sigmund Freud, juntamente com Jacques Lacan. Lacan alegava que *“não deveríamos recuar diante da psicose, mas, antes aprender com ela a reconhecer seu estilo e suas saídas”* (GUERRA, 2010, p. 7-8). Assim, Lacan entendia que a figura do louco não deveria ser afastada, mas sim estudada. Portocarrero (2002) trabalha com essa transição do afastamento para o início dessa assistência na prática;

No que concerne à prática, a ruptura se manifesta na criação de um sistema de assistência abrangente, que não se restringe mais ao doente mental, nem se limita ao espaço do asilo fechado, como no século XIX. No século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre aqueles que apresentam desvios mentais, atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetrará em instituições, como a família, a escola, as Forças Armadas, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade. Admitindo a psiquiatria como tendo, no Brasil, sua constituição diretamente ligada ao projeto da medicina social, que surge como saber e como prática social no século XIX, ao incorporar a sociedade como objeto e impor como ciência médica e como saber necessário à sociedade [...] (PORTOCARRERO, 2002, p. 14).

Nota-se então que essa mudança teve mais ênfase, quando o louco começou a ser entendido

como alguém que deveria ser compreendido, e não mais somente ficar recluso da realidade.

Entretanto vale ressaltar que loucura e psicose não são sinônimos. Geraldo José Ballone (2002) faz algumas considerações a respeito;

Clinicamente e a grosso modo, podemos dizer que as neuroses diferenciam-se das psicoses pelo grau de envolvimento da personalidade, sendo sua desorganização e desagregação muito mais pronunciadas nas psicoses. O vínculo com a realidade é muito mais tênue e frágil nas psicoses que as neuroses. Nestas últimas, a realidade não é negada, mas é vivenciada de maneira mais sofrível, é valorizada e percebida de acordo com as lentes de uma afetividade problemática e é representada de acordo com as exigências conflituais. Já nas psicoses, alguns aspectos da realidade são negados totalmente e substituídos por concepções particulares que atendem unicamente as características da doença (BALLONE, 2000, s/p).

Cabe colocar aqui, que vários autores utilizados para a realização deste trabalho colocam como sinônimo de loucura a neurose, em nenhum trabalho foi encontrado a definição clara entre loucura e psicose, somente entre neurose e psicose. Deste modo, o autor coloca que a psicose se caracteriza como um momento de negação da realidade, ou seja, a pessoa psicótica cria um mundo onde somente ela tem acesso. Em contrapartida a essa ideia de negação da realidade na psicose, Guerra (2010) alega que;

Na verdade, para Freud, tanto na neurose quanto na psicose, haveria perda da realidade. Na neurose, num primeiro momento haveria um recalque das exigências pulsionais, enquanto na psicose ocorreria uma rejeição do fato desagradável da realidade. Em qualquer dos casos, porém, haveria perda da relação com a realidade externa e posterior construção de uma saída diante dessa perda, seja pela fantasia, na neurose, seja pelo delírio na psicose (GUERRA, 2010, p. 15).

Após essa explanação sobre neurose e sua diferenciação da psicose, faremos neste momento a análise da fonte, apontando as permanências e as rupturas do discurso médico. A tese objeto desse estudo foi apresentada em 14 de novembro de 1927 na Faculdade de Medicina da Cadeira de Obstetrícia pelo médico Aderval da França Gomes, intitulada como *“Psychoses Puerperales”*. A nossa fonte é dividida em seis capítulos denominados: Capítulo I: Histórico, neste capítulo o autor pontua o que seria a psicose puerperal, porém, nota-se que na década de 1920, ainda não havia um consenso nesta definição, não se sabia

ao certo qual período da gestação a psicose se manifestava, nem suas causas. Gomes (1927) vai pontuar os diferentes autores que abordam a psicose puerperal e suas diferentes interpretações de mesma. Capítulo II: Etio-Pathogenia se inicia com definições a partir das concepções do autor, o que ele entende por psicose puerperal, de acordo com ele a psicose é uma perturbação mental e se manifesta no período puerperal. Capítulo III: Symptomatologia, neste momento do texto Gomes vai discorrer sobre os tipos de psicoses puerperais que podem ser três: psicoses grávidas, psicoses de lactação e psicoses puerperais. As psicoses grávidas podem aparecer entre o sexto e o sétimo mês de gravidez, ou seja, quando o organismo da mulher já está bem modificado o que pode facilmente acometer uma infecção ou intoxicação. Os sintomas de que a parturiente está com essa psicose podem ser desejos estranhos, crises de melancolia, impulsos sexuais e suicidas e delírios. Essa psicose pode durar todo o período da gravidez até o parto e após isso desaparece totalmente, sem consequências.

A psicose de lactação, como pode se notar no nome, se manifesta no período da amamentação, aparece após o período puerperal, pelo fato das mulheres e de seus organismos estarem fracos e convalescentes, são o ambiente propício para que a psicose domine. A psicose de lactação é a que mais deixa vítimas e quando passa deixa sequelas. Capítulo IV: Diagnóstico, quanto ao tratamento destas psicoses, de acordo com o autor, é preciso que haja por parte do médico um profundo conhecimento, para que o mesmo saiba diferenciar entre um distúrbio mental e uma psicose, mas não era algo tão difícil de conseguir, bastava um exame para ter o resultado, é sobre isso que vai trabalhar no seu quarto capítulo. Para Gomes uma das primeiras medidas a se tomar para diagnosticar uma paciente, seria iniciando com um interrogatório sobre sua família, para assim ter conhecimento se já teve algum caso em seus antecedentes. Este interrogatório, de acordo com o autor, carece ser feito com o máximo de descrição possível, com ele é possível obter dados dos antecedentes hereditários da paciente e seus dados pessoais, proporciona também a descoberta se já houve algum caso de loucura na família, ou se a paciente já teve crises neuropáticas. Capítulo V: Prognóstico, próximo passo seria o prognóstico das psicoses, o qual é um assunto que o autor vai

trabalhar em seu quinto capítulo. Segundo Gomes o processo de cura pode variar de dias, meses e até anos, o que vai definir o tempo é a intensidade da psicose e as condições do corpo da mulher, mas geralmente o prognóstico das psicoses é benigno. Capítulo VI: Therapeutica, outro ponto que é importante no processo da cura é a terapêutica, tema tratado no sexto capítulo da tese, onde o autor vai mencionar o que é mais válido no tratamento; e por fim as observações, onde Gomes vai colocar alguns casos de mulheres que foram para os hospitais buscar ajuda para a cura da psicose.

Logo no início da tese nota-se que o conhecimento sobre a psicose era restrito, não existia um consenso sobre o que era realmente a psicose, causas, sintomas, duração e tratamento, entretanto, é importante lembrar que a medicina ainda era um campo que estava se legitimando. Outro ponto em que não há consenso entre os pesquisadores da área, analisados por Gomes (1927), é no que se refere a duração do puerpério. Alguns entendiam o período puerperal, o tempo logo após o parto até o momento em que os órgãos voltassem ao normal, outros compreendem desde quando a mulher encerra seu ciclo menstrual, a gestação, o parto, o aborto, pós-parto até a amamentação. Segundo o autor deve entender por período puerperal desde quando a mulher é fecundada até quando possa ser fértil novamente (GOMES, 1927, p. 19-20).

No que tange a origem da psicose Gomes (1927) coloca que são vários os fatores que podem levar a psicose;

Pode-se dizer, enfim, que inúmeros factores levam a mulher á loucura na época em que ella precisava justamente ter mais firme o seu juízo e mais lúcida a sua intelligência. Esses factores são: de ordem hereditária, como na degenerescência mental; de ordem physica, determinados pelo traumatismo do parto; de ordem psysiológica, pelas más condições de alimentação, o funcionamento perturbado dos órgãos e o número de gestações; de ordem social, representados pelo estado civil da gestante e condições de vida; de ordem physica, produzidos pelas emoções e preocupações Moraes; e finalmente os factores de ordem infecciosa ou toxica (GOMES, 1927, p. 21-22).

Se formos elencar qual dos fatores é o maior causador da psicose puerperal para o autor, era pela hereditariedade, a qual não transmite para seus descendentes apenas características físicas, mas também algumas moléstias, e pela auto in-

toxicação, pois no período da gestação o metabolismo da mulher se encontra alterado, onde os órgãos funcionam com dificuldade ou em alguns casos param de funcionar, fato este que pode ocasionar infecções e intoxicações no organismo feminino.

Entretanto Gomes (1927) expõe outros fatores além dos biológicos, algumas de suas colocações vão ao encontro com as de Camargo *et al* (2006), o qual afirma que existem outros fatores que podem proporcionar a psicose puerperal, de acordo com os autores as principais causas são os fatores sociais, já os biológicos são menos frequentes, isso não significa que não ocorram, mas com menor frequência. Dentre os fatores biológicos estão: histórico de transtorno de humor, histórico de depressão pós-parto, transtorno menstrual, histórico psiquiátrico na família, já os fatores sociais são: abuso sexual na infância, gravidez precoce, gravidez não planejada, gravidez desejada ou não aceita, mães solteiras, ter vários filhos, pouco suporte social, violência doméstica ou conflitos no lar, nível escolar baixo e uso de entorpecentes e substâncias (CAMARGO *et al*, 2006, p. 93-94). Aqui neste momento do trabalho vale ressaltar a presença de uma mudança considerável, no que se refere às causas da psicose. A fonte utilizada aqui ressalta que a principal causa da psicose puerperal era a hereditariedade, isso no início do século XX. Já em um trabalho mais recente, os estudos acerca da psicose puerperal se abrangeram, fato que proporcionou que fossem levados em conta outros fatores, os quais também podem levar a psicose. Nos estudos mais recentes, como apontado por Camargo (2006), as causas sociais são mais significativas.

Mas vale mencionar que nem todas as mulheres que sofreram qualquer que seja o trauma ou a dificuldade apontada acima vão despertar a psicose, Gomes (1927) cita Moreau, o qual alega que:

[...] os candidatos á loucura levam desde tenra idade um signal particular que não engana aos olhos bem exercitados. A degeneração mental é, portanto, terreno fértil a eclosão de profundas alterações no organismo feminino, como é a da gestação (GOMES, 1927, p. 23).

Deste modo, segundo esse pensamento a pessoa, neste caso a mulher, desperta em algum momento de sua vida um sinal de que pode possuir a psicose, e é no período da gravidez, no qual ela se encontra mais frágil que é a ocasião propi-

cia para o desenvolvimento da psicose.

No que se refere aos sintomas da psicose puerperal, Cantilino *et al* (2010), compartilha da mesma afirmação que Gomes (1927), que o principal sintoma é a confusão mental, delírios, alucinações, agitação, febre, alienação mental, etc, mas não menciona a origem, que são de acordo com o autor, resultados de uma toxi-infecção, estes sintomas começam a aparecer entre o sexto e o décimo dias depois do parto. Gomes (1927) alega que para se diagnosticar a psicose puerperal é preciso ter muito cuidado, uma vez que os sintomas são semelhantes a outras enfermidades psíquicas. Mas com o passar do tempo, de acordo com o autor, essa distinção da psicose puerperal se tonou mais simples, para ele bastava um exame detido da paciente e um interrogatório com os familiares, para assim saber mais do comportamento da paciente. Diagnosticada a psicose era necessário encontrar uma forma de curar a enferma, de acordo com Gomes (1927), primeiramente era necessário combater a intoxicação e a infecção, para somente depois cuidar do psíquico da mulher. O sangue e a urina deveriam ser frequentemente colhidos e analisados durante toda a gravidez, assim como o cuidado com o fígado, pois acreditava-se que era o pontapé para a infecção. Colocaremos aqui algumas medidas que o autor e médico entendiam como processo de cura;

[...] O repouso no leito é indispensável no último mês de gestação, como também se torna necessário ter o espírito da gestante sempre calmo, para que ella, livre de preocupações, mantenha o cérebro sem apreensões. Toda e qualquer notícia que possa trazer emoção para uma mulher grávida, deve ser evitada. [...].

[...] as mulheres predispostas devem ser proibidas de amamentar, pois, innumerar vezes ellas atravessam um período de gravidez e puerperal sem accidente algum, podendo no entanto, na época da lactação sobreviêm perturbações mentaes. É nesta phase em que quase sempre existe esgotamento orgânico, que a mulher se acha sempre desnutrida. É necessário não se arriscar uma vida, quando existem meios bastantes para alimentar-se uma creança sem ser o materno. [...].

[...] para eliminar do organismo esta grande quantidade de tóxicos, temos meios therapeuticos que muitas vezes dão resultados surpreendentes. A sangria é de todos o de efeito mais immediato, e o que consegue por si só, eliminar grande quantidade de toxina, retirando 0,50 de substancias extrativas em cada 32,0 de sangue [...].

[...] desde que se observe um certograo de intoxicação, institue-se um regimen adequado, para que se vá dando progressividade a regressão do

mal. [...] o caldo de legumes, o pão de farinha de trigo bem cozido e sem sal devem ser dados a doente sem receio algum. Os mingaus de araruta e maizena, fructas e a carne mesmo cozida sem sal, podem depois de um certo tempo constituir a alimentação. As bebidas alcoolicas não devem ser empregadas sob qualquer dose ou espécie [...]. [...] o repouso no leito é grandemente necessário, como também torna-se indispensável o seu internamento em uma casa de saúde. O sanatório é que quase sempre dispõe de recursos melhores para o tratamento das psicoses. Ele oferece maior facilidade para a applicação dos diversos processos therapeuticos, quer eles sejam physicos ou medicamentosos. A vigilância nestes lugares é muito mais efficaz, podendo em qualquer momento em que é atacada de uma crise forte e praticar qualquer desvario ser facilmente dominada. [...] o banho tem uma acção calmante considerável, sendo, portanto conveniente empregal-o ao cahir da tarde e a noite. [...] esses banhos devem ter uma temperatura de 33 ou 34 graos, e na ocasião em que se poe a paciente na banheira, coloca-se um capacete de gelo. Nos casos de confusão mental que são sempre de pouca duração é desnecessária permanência muito longa n'agua, os banhos de algumas horas são suficientes para determinar a cura [...] (GOMES, 1927, p. 71-83).

Assim era o método de cura no início do século XX, com elementos acessíveis a todos e da forma mais natural possível, até porque naquele momento não existiam outros recursos aos quais pudessem recorrer. Mas com o passar do tempo o saber foi se modificando, logo foram criados medicamentos próprios para essa enfermidade, Cantilino *et al* (2006), expõe alguns medicamentos que passaram a ser receitados pelo médicos frente a psicose, são eles: os antidepressivos, estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos, uso de psicofármacos durante a amamentação, tratamento hormonal, psicoterapia e eletroconvulsoterapia. De acordo com Cantilino *et al* (2006) e Gomes (1927), a psicose necessita de um tratamento rápido e de preferência no início da psicose puerperal, uma vez que a enfermidade é a mais grave das psicoses;

As ideas eróticas, manias de suicídio, infanticídio e de perseguição figuram no quadro symptomatico de uma psychose puerperal. As melancolias puérperas seguidas de mania de perseguição, ideas religiosas e de delírios vários, podem se fazer pensar nos delírios systematizados, porém a instabilidade das suas manifestações delirantes, as alucinações, a tendência sempre ao suicídio, a inercia orgânica e psychica confirmam a presença da psychose puerperal (GOMES, 1927, p. 62).

O quadro psicótico no pós parto é uma situa-

ção de risco para a ocorrência de infanticídio. Um estudo feito na Índia com mulheres internadas com quadros psicóticos no pós-parto revelou que 43% delas tinham ideias infanticidas. O infanticídio geralmente ocorre quando ideias delirantes envolvem o bebê como ideias que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais ou de que o bebê é um deus ou um demônio. Devem ser sempre investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas (CANTILINO *et al*, 2010, p. 289-290).

Nestas passagens nota-se uma permanência na ideia dos sintomas da psicose puerperal, tanto nas palavras de Gomes em 1927 como nas de Cantilino *et al* em 2010, em que ambos colocam que a psicose causa nas mulheres alucinações, perseguições, delírios e ideias/manias suicidas e infanticidas, ou seja, esse período deve ser tratado com muito esmero, uma vez que a mulher não encontra-se normal e com o emocional completamente alterado.

Neste momento, de acordo com Vázquez (2005) quando a mulher em meio a psicose mata a criança, além de ser considerada e vista como uma criminosa, passa a ser julgada pela sociedade, pela medicina e pela justiça, como mulheres extremamente cruéis, pois estavam negando a maternidade. Mas vale lembrar que essas mulheres quando estão psicóticas, não tem noção do que está acontecendo e isso está presente em todos os textos que debatem essa temática. Gomes também trata desta questão,

Tem grande indiferença pelos parentes, torna-se demasiado egoísta, parece que só pensa em si, não lhe interessando cousa alguma. Fica quasi sempre absorta no leito, sem ter vontade de movimentar-se, e quando volta a saúde jamais se recorda do ocorrido, sepulta sempre na memoria o passado mórbido (GOMES, 1927, p. 54).

Ao final da tese de Aderval da França Gomes (1927), o então formando em medicina expõe dez casos de mulheres, as quais foram acometidas pela psicose, colocarei aqui neste trabalho estes casos em forma de tabela:

TABELA 1
CASOS DE PSICOSE MENCIONADOS POR ADERVAL DA FRANÇA GOMES (1927):

Paciente	Cor	Idade	Profissão	Estado Civil	Naturalidade	Resumo do caso
1- R. A. S	Parda	24 anos	Doméstica	Casada	Sergipe	No quinto mês de gestação a paciente, procurou o Hospital Pro-Matre, por encontra-se com ameaça de aborto. Mas no decorrer dos dias apresentou perturbações mentais, fazendo com que os médicos acreditassem que fosse uma psicose gravídica. Para o tratamento foi transferida para o Hospital dos Alienados.
2- U. S. R	Branca	28 anos		Casada	Distrito Federal	Procurou o Hospital Pro-Matre. A paciente de segunda gestação, e encontra-se alheia aos acontecimentos ao seu redor e com confusão mental. Até mesmo o filho não lhe importa. Permaneceu no mesmo hospital para o tratamento, tendo uma melhora após um período.
3- A.	Branca			Casada		Paciente mãe de primeira viagem procurou o Hospital Pro-Matre por ter sentido um mal-estar. Apresentou sintomas de distúrbios mentais, tendo sua memória comprometida. Foi diagnosticada com psicose puerperal. Para o tratamento foi transferida para o Hospital dos Alienados.
4- S. R.	Branca	30 anos		Casada	Distrito Federal	Chegou ao Instituto de Neuropathologia com problemas no aparelho genito-urinário. Não estava grávida, mas se encontrava com problemas mentais. Estava alienada a tudo, e o amor pelos seus filhos aumentou, alegando que queria ficar boa para poder cuidar de seus filhos.
5- I. C	Parda	30 anos	Doméstica	Casada	Distrito Federal	Esta paciente procurou o Instituto de Neuropathologia, pois já possuía distúrbios desde sua adolescência. Tinha problemas no aparelho digestivo, circulatório e genito-urinário. A paciente recordava-se que tinha estado grávida, mas não conseguia situar-se. nos exames ficaram claros sinais de depressão e melancolia.
6- H. R	Branca	27 anos	Doméstica	Solteira		A paciente procurou o Instituto de Neuropathologia porque encontra-se com febre e anorexia. Foi diagnosticada como confusa e desorientada e sua memória está mais fraca e está com alucinações.
7- A. G. S	Parda	33 anos		Casada		Esta paciente começou a sentir perturbações mentais depois de ter dado a luz e foi até o Instituto de Neuropathologia. Perdeu a lembrança da vida antes do parto. Como tratamento foi utilizado sangrias, purgativos, diuréticos, poção, calmante e injeções de soro. Foi constatada infecção puerperal e foi transferida para outro hospital.

8- A. S	Parda	35 anos	Doméstica	Casada	Distrito Federal	Procurou o Instituto de Neuropathologia. Esta paciente também sentiu perturbações após o parto, com a memória comprometida.
9- B. R. S	Preta	25 anos	Doméstica	Solteira		Também procurou o Instituto de Neuropathologia, era uma paciente muito inquieta desorientada e com perturbações das ideias. Como tratamento foi receitado sangrias, purgativos, injeções de soro renal caprino, drenagem uterina, injeção de ouro e vacinas.
10- E. S. M	Parda	20 anos			Distrito Federal	Foi internada no Hospital Pronto Socorro antes de dar a luz, com convulsões. Seu filho nasceu vivo, mais depois de algumas horas faleceu. Com isso a paciente ficou muito triste e abatida, não dormia e chorava frequentemente. A perseguição é problema que persiste, qualquer é considerado pela paciente como ameaça. Como tratamento foi utilizado sangrias, purgativos e calmantes, no mesmo hospital.

Fonte: Tabela elaborada pela autora Juliana Soares a partir dos casos relatados e analisados na tese de Gomes em 1927.

Analisando a tabela podemos perceber que a idade mais propícia a desenvolver a psicose é de 24 a 30 anos. A maioria das mulheres que buscaram ajuda nos hospitais eram casadas, de dez casos sete tinham um companheiro e apenas duas solteiras e a décima não consta seu estado civil. No que se refere a cor de pele das enfermas, nota-se que a cor parda é em maior quantidade, possui cinco casos de mulheres pardas, quatro brancas e apenas uma negra. Em relação a profissão das mulheres dos casos da tabela, notamos que de dez mulheres, cinco eram domésticas, o que nos leva a entender que quem buscava a ajuda médica nos hospitais eram as mulheres de classe mais baixa, pois as mais abastadas ficavam em suas casas e os médicos iam até elas remediá-las, notamos novamente uma mudança, nos dias de hoje quem geralmente busca ajuda médica são as pessoas mais ricas, já os menos favorecidos se auto remediam ou buscam a cura em remédios medicinais, na grande maioria das vezes caseiros. Outro caso único é o caso 5, no qual a mulher já possuía indícios distúrbios desde a adolescência, os quais se acentuaram durante o puerpério.

Os sintomas se analisados dos dez casos são semelhantes todas as enfermas chegaram ao hospital com alucinações, distúrbios ou delírios, sentimento de perseguição, umas das características principais da psicose.

Outro ponto relevante presente na tabela é em relação ao tratamento que era aplicado nas mulheres psicóticas, o método que chama atenção é a sangria;

Para eliminar do organismo esta grande quantidade de tóxicos, temos meios therapeuticos que muitas vezes dão resultados surpreendentes. A sangria é de todos o de effeito mais immediato, e o que consegue por si só, eliminar grande quantidade de toxina, retirando 0.50 de substancias extractivas em cada 32.0 de sangue. A sangria é uma medicação de urgência indispensável nos casos onde existe grande intoxicação. Commumente retiram-se 400 a 500 grs de sangue, podendo se repetir desde quando o estado da paciente reclamar. O medico deixará de empregar-a, quando achar que o coração já não resiste mais a uma retirada brusca se sangue (GOMES, 1927, p. 74-75).

É interessante observar as transformações, notamos que hoje em dia é inaceitável utilizar esse método, primeiro que a mulher já está em um estado debilitado e quando realizada a sangria ela acabava ficando mais frágil a outras doenças.

No caso quatro notamos uma diferença em relação aos outros casos, esta paciente ciente de sua condição como mãe, almejava curar-se para poder assim cuidar dos seus filhos. Este caso é uma exceção, uma vez que na maioria dos casos como já bem sabemos a mãe rejeita tal identidade. Essa diferença em relação ao restante dos casos pode ser pelo fato de que a mulher não estava grávida, mas tinha dado

à luz acerca de um mês, o que nos prova que a psicose não tem um tempo exato para aparecer.

Outra questão que vale apenas mencionar é em relação aos casos que eram diagnosticados de psicose puerperal, os quais não estavam no Hospital dos Alienados ou no Instituto de Neuropathologia, estes não eram mantidos no mesmo ambiente que outros doentes, e eram transferidos para outra unidade. Para onde iam podemos acreditar que era para um dos locais citados acima, o qual tivesse o suporte estrutura necessária para acolher e assim tratar a enferma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Feita a análise da fonte e feito o levantamento bibliográfico, podemos entender que esse tema é relevante, uma vez que quase não é estudado pelo campo historiográfico, pois tudo o foi encontrado sobre psicose puerperal, para a realização deste trabalho pertencia as áreas da medicina, aos campos da psicanálise e da psiquiatria, isso se dá pelo fato de que não é um tema muito comum e nem muito conhecido tanto pelas pessoas leigas como pelos pesquisadores do campo da história da saúde. Por este motivo acontecia e, até hoje acontece, um julgamento por parte da sociedade, para com as mulheres que despertavam a psicose puerperal. Como já falado no início deste trabalho, o julgamento se dava pelo fato de que no momento histórico do qual estamos trabalhando o pensamento era muito conservador e não admitia que a mulher não aceitasse ser mãe. Essa falta de acesso da informação acerca deste tema, ou melhor, dessa doença, faz com que façamos um julgamento errôneo, o qual pode em alguns casos piorar o quadro da mulher. Como Gomes (1927) e outros autores também, colocam em seus trabalhos o quadro psicótico que a mulher se encontra e provam em seus estudos que ela não se encontra em seu estado normal, e que após a cura ela não recorda de nada o que aconteceu, nem do que fez, como num dos casos da tabela, a mulher lembrava que estava grávida, mas não conseguia de situar.

A principal característica da psicose é a negação da realidade, ou seja, ela não tem noção nenhuma do que está acontecendo, a mulher na psicose cria um mundo fictício, onde seus delírios e alucinações fazem com que ela cometa ações que não faria em seu juízo normal, além disso, Gomes (1927) coloca que existem casos em que a memória da pacien-

te é afetada piorando o quadro da enferma, onde a mesma as vezes não conhece nem mesmo seus familiares.

Outra questão relevante é sobre a diferença entre loucura e psicose, após na leitura de alguns depoimentos médicos, entendemos que a psicose diferentemente da loucura é algo momentâneo, é um surto psicótico, ou seja, a mulher não tinha a psicose antes de engravidar e depois que faz o tratamento, deixa para trás a enfermidade, já a loucura é algo que a pessoa pode até tratar, mas vai continuar com a doença. Podemos então considerar que a psicose é um estado da loucura. É relevante mencionar aqui que em nenhum momento do trabalho era nosso objetivo dizer o que é certo e o que é errado em relação a sintomas, tratamento, etc. da psicose puerperal presentes na tese, mas sim mostrar através das comparações as permanências e as transformações do campo da medicina acerca da psicose puerperal.

Enfim considero este trabalho relevante para a história, uma vez que por ser um tema pouco estudado, fará com que mais pessoas tomem conhecimento e assim quando tiverem contato com uma notícia sobre um caso de psicose, lembrem que antes de julgar vale fazer as considerações expostas aqui e entender que a pessoa em seu estado normal não rejeita, muito menos mata seu próprio filho. A articulação entre medicina e cultura é um tema amplo, que ainda carece de análises. Essa pesquisa foi uma tentativa de contribuir com tal campo

REFERÊNCIAS

- BERGER, Mirela. **Corpo e identidade feminina**. São Paulo, 2006. 312 p.
- CAMACHO, Renata S. CANTINELLI, Fábio. S. RIBEIRO, Carmen, S. CANTILINO, Amaury. GONSALES, Bárbara K. BRAGUITTONI, Érika. RENNÓ JR, Joel. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. São Bernardo do Campo, 2006.
- CANTILINO, Amaury. ZAMBALDI, Carla F. SOURGEY, Everton B, RENNÓ JR, Joel. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. 2009. São Paulo. p. 7.
- CAREGNATO, Rita C. A. MUTT, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise**

de conteúdo. Porto Alegre, 2006. 679-684 p.

FIDÉLIS, Carlos. & FALLEIROS, Ialê(organizadores). **Na corda bamba da sombrinha: a saúde do fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 25-110.

GUERRA, Andréa M. C. **A psicose.** Rio de Janeiro, 2010. 88 p.

HERRMANN, Maurício C. **O real na psicose.** São Paulo, 2004. 279-293 p.

IACONELLI, Vera. **Depressão pós parto, psicose pós-parto e tristeza materna.** 2005. 6 p.

IBIAPINA, Flávio L. P. ALVES, Júlio A. G. BUSGAIB, Rosana P. S. COSTA, Fabrício S. **depressão pós-parto tratamento baseado em evidências.** Fortaleza, 2010. 5 p.

LUZ, Adriana de Carvalho. **Mulheres e doutores: Discursos sobre o corpo feminino. Salvador, 1890-1930.** Salvador, 1996. 162 p.

MAIA, Elias da Silva. **A construção do ensino médico no Rio de Janeiro no Brasil Império.** Rio de Janeiro, 2010. 67 p.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 p.

MAZZOLA, Renan Belmonte. **Análise do discurso: um campo de reformulações.** In: Análise do discurso: sujeito, lugares e olhares/ Nilton Milanez e Janaína de Jesus Santos, org. São Carlos: Claraluz, 2009. 7-16 p.

NETO, André de Faria Pereira. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001. 232 p.

OSÓRIO, Antônio & MEIRINHOS, Manuel. **O estudo de caso como estratégia de investigação em educação.** Bragança, 2010. 49-65 p.

PACHECO, Maria Vera P. C. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea.** Campinas, 2003. 152-157 p.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos de loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro, 2002. 142 p.

PRIORI, Mary Del. **Magia e Medicina na colônia: o corpo feminino.** In: História das Mulheres, 2001. São Paulo, Contexto. p. 78-114.

ROHDEN, Fabíola. **Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX.** Porto Alegre, 2002. 25 p.

TANNOUS, Leila. **Prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre e seus fatores de risco.** 2004, Porto Alegre. p. 168.

VÁZQUEZ, Georgiane Garabely Heil. **Mais cruéis do que as próprias feras: aborto e infanticídio nos campos gerais entre o século XIX e o século XX.** Curitiba, 2005. 160 p.

VÁZQUEZ, Georgiane Garabely Heil. **Da Mãe que não fui: a experiência da ausência de maternidade ao longo do século XX.** Curitiba, 2015. 256 p.

VENTURA, Magda M. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa.** Rio de Janeiro, 2007. 383-386 p.