

# HISTERIA, NOTAS SOBRE O DIAGNÓSTICO NO BRASIL

DOI: 10.5935/2177-6644.20190022

HISTERIA, NOTES ON DIAGNOSIS IN BRAZIL

HISTERIA, NOTAS ACERCA DEL DIAGNOSTICO EN BRASIL

Viviane Bagiotto Botton \*

**Resumo:** A história da psiquiatria no Brasil se confunde com a das instituições que trataram os alienados no país, que datam do início do século XX no contexto da modernização da nação e têm relações explícitas com as moralidades nacionais da época. O índice de mulheres internadas por *Histeria* até 1920 no Hospital Nacional dos Alienados do Rio de Janeiro era enorme e a doença estava mais ligada a comportamentos *imorais* que à enfermidades orgânicas. Esta experiência da histeria no Brasil é tema deste artigo e suas relações com a concepção europeia pautam as reflexões aqui apresentadas.

**Palavras-chave:** Histeria. História da Psiquiatria. Diagnóstico. Mulheres.

**Abstract:** The history of psychiatry in Brazil is mixed with the history of the institutions that took care of the alienated in the country, which date from the early twentieth century in the context of the nation's modernization and has subtle and explicit relations with the national morals of that age. The rate of women hospitalised by hysteria until 1920 at the main institution that separated and treated the insane, Rio de Janeiro's Hospital Nacional dos Alienados, was huge, and what characterised the disease was more linked to immoral behaviours than to organic illnesses. This experience of hysteria in Brazil is the subject of this article and its relations with the European conception guide still current reflections.

**Keywords:** Hysteria. History of Psychiatry. Diagnosis. Women.

**Resumen:** La historia de la psiquiatria en Brasil se confunde con la de las instituciones que trataron los alienados en el país, iniciadas en el inicio del siglo XX y en el contexto de la modernización de la nación y tiene relaciones explícitas con las moralidades nacionales de la época. El número de mujeres internadas por *Histeria* hasta 1920 en el Hospital Nacional dos Alienados de Rio de Janeiro era enorme y la enfermedad estuvo asociada más a comportamentos *inmolares* y menos à enfermidades orgânicas. Esta experiencia de histeria en Brasil es tema de este articulo y sus relaciones con la concepción europea pautan las reflexões aquí presentadas.

**Palabras-clave:** Histeria. Historia de la Psiquiatria. Diagnostico. Mujeres.

---

\* Pós-Doutoranda em filosofia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Doutora em filosofia pela Universidad Nacional Autónoma de México – UNAM. E-mail: vivi.botton@gmail.com

### **A histeria e seus espaços iniciais, o caso de Paris**

A histeria como um fenômeno patológico específico de mulheres teve lugar e manifestação no final do século XIX e início do século XX na Europa e ficou conhecida no mundo entre médicos e intelectuais pela grande contribuição que esta doença deu à elaboração de uma nova área de estudos da psiquê humana: a psicanálise. Esta se diferenciou da neurologia, também nascente neste momento, justamente por identificar na histeria uma patologia que estaria no nível psicológico e não cerebral, o que permitiu a esta última se assentar como uma área de estudos de doenças do corpo e do cérebro enquanto a primeira se desenvolveu como uma possível saída para tratar problemas que não apresentavam correspondência direta com anomalias corporalmente localizáveis. Apesar da psicanálise ter demorado para se estabelecer como linha de tratamento médico, sua formulação teórica deve muito ao trabalho que seu fundador, Freud, realizou em torno das pessoas *histéricas* tratadas pelo médico-psiquiatra Jean-Martin Charcot na França desde o final do século XIX. O atendimento que o Hospital da Salpêtrière de Paris dava a estas mulheres históricas se inscrevia nas (bio)políticas locais da época, com seus princípios de higiene e separação dos *enfermos* da sociedade dos *normais*, mas já começava a se qualificar como *tratamento* e tinha por finalidade se não modificar e normalizar estes indivíduos para que fossem refuncionalizados, ao menos descobrir por meio deles como os fenômenos da loucura aconteciam. Neste sentido, pode-se afirmar que a histeria foi uma *doença* que funcionou como um acontecimento divisor de águas na história da medicina psiquiátrica por ter aparecido justamente no momento em que se estruturava como uma ciência moderna, com fundo positivista, cujo ordenamento e universalização de seus saberes era uma finalidade, e assim viria a substituir as práticas clínicas mais antigas, algumas delas ainda fundadas em teorias de cunho religioso e não suficientemente comprovadas segundo os novos métodos científicos nascentes.

As manifestações históricas que eclodiram na Europa na virada do século, especialmente em Paris, coincidiram com a fundação de instituições escolares de formação de médicos psiquiatras que se associavam às antigas instituições de reclusão de enfermos mentais e que funcionavam como lugares de exclusão social, tratamento ou reabilitação de internos, mas também como espaços de produção de conhecimento médico. A ala de mulheres do hospital da Salpêtrière foi, neste sentido, um dos mais

modernos armazéns de cobaias para a formulação de uma nova perspectiva da abordagem sobre a normalidade dos comportamentos e linguagens. “No último terço do século XIX, a Salpêtrière foi o que sempre tinha sido: uma espécie de inferno feminino, uma *città dolorosa* que encerrava 4 mil mulheres incuráveis ou loucas. Um pesadelo em Paris bem perto da sua *belle époque*” afirma Didi-Huberman (2015, p.14). Esta *città dolorosa* parece ter contribuído, por sua parte, para a formação da *belle époque*, já que materializava a possibilidade de manter as manifestações delirantes fora da ordem da cidade e fortalecer o espaço de *dentro* desta, onde prevalecia um regime de normalidade que era novo e precisava assegurar-se como correto e verdadeiro. No mesmo sentido, estes espaços funcionavam na reiteração da clausura da loucura, fazendo dela uma manifestação da própria razão enquanto desregulada, torta ou desajustada (FOUCAULT, 1959), assim como contribuía para a institucionalização de uma economia social dos corpos como disciplinados, úteis e dóceis, sendo os inúteis e indóceis passíveis de intervenção ou isolamento (FOUCAULT, 1975).

Ainda, a histeria foi uma doença que apareceu e desapareceu muito rápido na história da medicina do Ocidente, tendo iniciado como uma manifestação especificamente de mulheres e alcunhada pela etimologia grega da palavra *útero* e deixando, pouco a pouco, de estar ligada à anatomia. Apesar de uma *Histeria* já ter sido referenciada por Hipócrates na antiguidade ocidental como problema do aparelho reprodutor feminino que (ao deslocar-se e aderir a outros órgão vitais, como o fígado e as vísceras) levava mulheres à “sufocação da matriz ou hystero” (CATONNÉ, 1992), ela só assumiu estatuto de doença e epidemia depois do século XVII. Também em Platão encontramos referência à histeria, como em seu diálogo *Timeo*, onde fala de uma irregularidade em mulheres cujo útero estaria se manifestando por estar vazio e querer conceber. A passagem platônica (*Timeo*, 91cd) foi usada muitas vezes para justificar a relação que se fez da histeria com a maternidade e a sexualidade das mulheres. Inclusive na Idade Média o termo também aparecia fazendo referência a mulheres possuídas, as quais teriam sido, com bastante frequência, acusadas e punidas por bruxaria e heresias e que também passavam por processos de purificação e exorcismo.

No século XVII a histeria entra no discurso médico e ganha destaque com a teoria dos vapores proposta por Lange, quem, em 1689, restabelece uma etiologia uterina para a doença e a retira das narrativas de possessão (NUNES, 2010). Paradoxalmente, também é neste mesmo momento que apareceram os primeiros questionamentos à

associação direta entre histeria e aparelho reprodutor feminino e se articularam teorias que tornavam concebível a histeria em homens em trabalhos como os de Thomas Willis (1621-1675) e Thomas Sydenham (1624-1689). A partir disso, as opiniões médicas parecem ter divergido entre os partidários da tese de que a etiologia da histeria estaria nos órgãos reprodutores femininos e os que defendiam que teria origem no cérebro. Apesar de já estar presente no discurso médico, a histeria só ganhou visibilidade social no século XIX dentro do contexto cultural da urbanização, industrialização e instalação de sociedades burguesas fundadas em valores como o trabalho, a família e as leis promotoras da ordem civil (orientadas pelas novas moralidades modernas da propriedade e do comércio), que implantava medidas legais de ordenamento urbano, como as práticas de higienização e de eugenia. Neste contexto, a histeria se estabelece como *enfermidade* a ser separada, assim como outras manifestações de desordem da razão. O que diferenciou a histeria de outras doenças específicas da desrazão, ao menos num primeiro momento, foi o marcador de gênero, já que apesar de ser estendível aos homens, era uma doença de mulheres. Quando se começou a buscar conhecer a loucura como doença e quando as próprias ciências médicas se modernizam e se subordinam a metodologias regulares e ao ordenamento lógico dos saberes sobre o corpo e suas afetações, a histeria se tornou uma doença a ser tratada e descrita. Neste sentido, o que a caracterizou, além do sexo/gênero dos pacientes, foi a desordem de seus sintomas e a não abarcabilidade deles em uma narrativa de evolução (ou regressão), mas à aleatoriedade e imprevisibilidade de suas manifestações e, principalmente, a sua característica de inventividade: a histeria tinha obrigação de manifestar-se forma irregular e nova, para se manter como histeria e não cair em outra designação e outra doença (FOUCAULT, 1973-1974).

Em outro sentido, a histeria foi uma epidemia no final do século XIX, um fenômeno intrigante e que despertava uma urgência sanitária e também a curiosidade dos leigos, deslocando para o Hospital da Salpêtrière além de médicos, também jornalistas e curiosos que as queriam ver (DIDI-HUBERMAN, 2015). Os motivos pelos quais teria havido essa *epidemia* de histeria, segundo Foucault, era justamente o fato de ser uma doença que compreendia uma infinidade de sintomas possíveis e que não se encaixavam nas descrições de nenhuma outra doença abarcada por ordenamentos médicos. Às mulheres disformes, fosse com os comportamentos ou moralidade, fosse com a linguagem que as descrevia, se lhes etiquetava como *hísticas* e então elas passam a ser catalogadas como *anormais*, mas também passam a ter *liberdade* para exercerem sua

existência histórica. Assim, se, por um lado, o que intrigava os psiquiatras era a desordem na sintomatologia, por outro, era essa mesma desordem aliada à ausência de anomalia física correlativa e à inventividade de suas manifestações que lhes impunha um verdadeiro desafio: decifrar a doença (FOUCAULT, 1973-1974).

Apesar de certas correntes da medicina terem continuado, durante muito tempo, a defender que a histeria era uma doença do útero (principalmente as correntes que seguiam se orientando pela medicina do princípio dos fluídos corporais e do fluxo do calor e frio nos corpos de Lange), as teorias neurológicas mais modernas que foram se tornando cada vez mais difundidas entre os médicos, começaram a defender o argumento de que se tratava de um problema psíquico que, apesar de não ter lugar específico no útero, era mais frequente em mulheres “porque seu corpo, seus nervos e seu temperamento eram mais frágeis, o que as tornaria mais suscetíveis a adoecer” (NUNES, 2010, p.375). Ao ser visualizado a partir de uma análise de gênero, esse pressuposto traz à tona, e de imediato, as relações visíveis entre um conhecimento formulado pela medicina sobre a histeria e uma moralidade sexista inerente a eles. Além disso, salientam o caráter androcêntrico destes saberes psiquiátricos. Num estudo aprofundado sobre a história da anatomia médica no Ocidente feito pelo historiador Thomas Laqueur na década de 90 (do séc.XX), encontramos documentos que mostram como que a partir do século XVIII toda a medicina teria se orientado por uma tentativa de ordenar seus saberes em função da diferença essencial entre corpo-masculino e corpo-feminino, e qualificado o que o historiador chama de perspectiva *doblessex* dos estudos de anatomia humana (LAQUEUR, 1990).

Por tratar-se de uma doença de mulheres, a histeria esteve diretamente relacionada, por contraste, aos comportamentos das mulheres *normais* não-histéricas e, especialmente, aos comportamentos moralmente considerados corretos e ideais à natureza delas numa sociedade eminentemente moderna. Assim como a própria invenção da loucura enquanto um momento de delimitação do *outro* da razão como distúrbio de função desta, a histeria ocupou esse lugar de doença que (provavelmente) não teria atingido tantas mulheres se não resultasse de ser um diagnóstico de contraste com o ideal social de mulher e de sexualidade feminina naturalizada por uma ciência que aliava saberes e valores, que prescreviam desde formas de reprodução até comportamentos familiares, e que prescindiam de um oposto *disforme* (de distúrbio) para se solidificar. Tal como Foucault descreveu na sua *Historia da Loucura* (1954) ao

considerar as figuras dos *loucos* como elementos determinantes na formulação dos *normais*, as histéricas também parecem ter funcionado, pelo menos na Europa em sua *belle époque*, como um parâmetro de contraste para o que deviam fazer e dizer as mulheres normais, não-loucas e não-histéricas. Ter considerado que o que fugia destes ideais era *patologia* é uma das razões que fez hospitais (como o da Salpêtrière) estarem lotados de mulheres histéricas no final do século XIX. Ao mesmo tempo, a razão de se terem esvaziado delas antes da segunda metade do século XX parece não residir no fato de que as moralidades que determinavam os comportamentos femininos se modificaram, mas ao fato de que a ideia de *normalidade* conseguiu abarcar os distúrbios antes considerados histéricos sem afetar-se enquanto conceito consolidado. Prova disso é a maneira como a psicanálise incorporou a histeria às definições de neurose (e normalidade) e a excluiu das definições de psicopatia e psicoses.

Para além desta história das formas como o conhecimento médico se relacionou com os moralismos espaciais e epocais e formulou doenças, a histeria foi breve mas foram intensas suas manifestações individuais. As histéricas da Salpêtrière, com seus ataques, espasmos, paralisias, mentiras, êxtases e toda uma *mise-en-scène* que fazia da histeria um verdadeiro espetáculo teatral, foram um campo aberto para o estudo de outras patologias. Segundo Didi-Huberman, os corpos singulares das mulheres rotuladas como histéricas estudados pelos médicos de Paris sob a direção do Dr. Charcot, quem coordenou a *città dolorosa* a partir de 1862, foram um campo de investigação para o estudo das funções humanas e, especialmente, das funções femininas. O diagnóstico da histeria se dava mais pelo que não era e em comparação a outras doenças da ordem da desrazão, do que por suas características específicas.

Em seu curso *O Poder Psiquiátrico* (1973-1974) Foucault enfatiza o que chama de jogo de força entre o poder psiquiátrico — entendido como autoridade do médico e também da ciência psiquiátrica — e o poder do corpo histérico, salientando uma micropolítica de luta entre ambos. O filósofo afirma que quando um corpo histérico se apresentava diante dos médicos para que o avaliassem e conhecessem seu mal (e eventualmente o curassem) se dava uma dinâmica de batalha entre paciente e médico. Nesta, a força do médico se fundava em sua autoridade de cientista e na verdade de seu saber, enquanto a força do corpo-histérico se fundava na falsidade de seus sintomas. Como a histeria abalava essa verdade, o médico se via obrigado a entrar num jogo complicado, onde aceitava a falsidade da histeria como sendo a verdade desta doença e



assim estabelecia acordos com estes corpos para tentar subordiná-los a uma sintomatologia da ordem da verdade e a uma doença que só se manteria como tal se não parasse de reinventar sintomas na ordem do falso. Na dinâmica entre falsidade e verdade dos sintomas da histeria e o saber/poder psiquiátrico e na relação entre corpo-histórico e olhar-médico, o corpo histórico colocaria em xeque o poder médico de diagnosticá-lo e, na outra via, o olhar médico ameaçava e impunha a este *corpo-doente* que continuasse manifestando sintomas, sob o risco de deixar de estar enfermo. Neste jogo, onde acordos e disputas entre médicos (produtores de saberes psiquiátricos) e históricas (que precisavam continuar reinventando sintomas para continuarem sendo alvo do olhar médico), residiria um acordo tácito entre ambos, onde, porém, as históricas teriam uma certa vantagem, visto que seus sintomas podiam ser recriados infinitamente, sempre podendo escapar das classificações naturalizadoras, moralizantes e ordenadoras, daqueles.

Quanto aos históricos, esses famosos e caros históricos, eu diria que eles foram precisamente a frente de resistência a este gradativo de demência que implicava no jogo duplo do poder psiquiátrico e da disciplina hospitalar (*asilaire*). Eles foram a frente de resistência - porque o que é um histórico? Um histórico é aquele que está tão seduzido pela existência de sintomas mais bem específicos, mais bem precisos - esses que representam precisamente os enfermos orgânicos - que ele os retoma por sua conta. O histórico se constrói ele mesmo como brasão de verdadeiras doenças, ele se constitui plasticamente como o lugar e o corpo portador de sintomas verdadeiros (...) A histeria foi a maneira efetiva pela qual a gente se defendeu da demência: a única maneira num hospital do século XIX de não ser demente era ser histórico, quer dizer, de opor o empuxo que anulava, apagava os sintomas, a constituição, a ereção visível, plástica, de toda uma panóplia de sintomas, e de resistir à assinatura da loucura, em realidade pela simulação. O histórico tem sintomas magníficos, mas, ao mesmo tempo, ele esquiva a realidade da sua doença; ele está na contracorrente do jogo manicomial (*asilaire*), e, nesta medida, isso faz dos históricos os verdadeiros militantes da antipsiquiatria (FOUCAULT, 1973-1973, p.253 tradução livre).

Em meio a este jogo apontado por Foucault e que revelaria na histeria uma forma de resistência à normalização dos corpos, ainda que fosse uma resistência condenada a performatizar a histeria de modo novo sem cessar, a hipnose teve um papel importante (e Foucault parece desconsiderar esta preponderância). A partir do uso da hipnose como técnica foi possível explicar a desconexão entre a suas *disfunções históricas* e a anatomia de seus corpos. A hipnose qualificou uma maneira de uso destes corpos como parâmetros

para provar teorias sobre outras doenças de fundo psicológico, e não neurológico, como as relacionadas aos traumas do passado. A histeria teria inclusive ficado conhecida nos contextos das ciências médicas por conta destas práticas de hipnose, pois foi a partir das manipulações de histéricas hipnotizadas (e mais tarde de sua manipulação só pela sugestão) que se fundou a separação entre neurologia e fato psíquico (ROUDINESCO, 1989). Os corpos das mulheres histéricas se tornaram, assim, fenômenos que os alunos observavam, estudavam e exploravam, e pedra-de-toque para as teorias dos professores de psiquiatria (especialmente na França no contexto do Hospital da Salpêtrière). Seus discursos, gestos, espasmos, ataques,..., foram um terreno para experimentações que fundamentariam muitas das teorias universais sobre a psiquê humana que vieram a se assentar no século XX.

Não obstante, seu existir também era um espetáculo, as histéricas encenavam a si mesmas ao se mostrarem, doarem e disponibilizarem seus corpos para uso médico e, paradoxalmente, para assegurarem a atenção deles sobre elas, como remarcou Foucault. O fato de terem sido corpos-espetáculo foi um dos elementos importantes para a consolidação da neurologia e da psiquiatria elaborada por Charcot (e seus ilustres alunos) e da psicanálise desenvolvida por Freud, do mesmo modo que a consolidação destas foi preponderante para que a histeria deixasse de existir, passando a ser característica do *normal*, traço psíquico do domínio das neuroses, palavra da ordem da linguagem comum, adjetivo aplicável ao excessivo ou exagerado das atitudes humanas.

No fato delas terem passado a ser hipnotizadas e/ou sugestionadas para dar respostas ao que começou a acontecer com corpos de homens podemos encontrar uma das razões de sua desaparecimento ou normalização. Quando operários das estradas de ferro do início do século XX (na França, Inglaterra e Alemanha) começaram a ter paralisias, ataques e delírios, depois de terem sofrido acidentes de trabalho onde seus ferimentos ou contaminação não explicavam estes sintomas, as histéricas foram usadas para explicar o que acontecia com eles. Quando estes homens, especialmente na França, começaram a encher os hospitais, trouxeram a urgência em relação à cura da histeria, pois precisavam ser diagnosticados e tratados com rapidez, já que se tratava de homens que deviam ser refuncionalizados para o trabalho ou, em caso contrário, indenizados pelos seguros trabalhistas das companhias que os empregavam. A polêmica em torno dos trabalhadores histéricos foi intensa, e muitos dos estudos médicos produzidos por franceses e também ingleses, alemães e americanos, foram discutidos no Congresso de Medicina Legal de



Paris em 1889. Estes casos causaram controvérsias teóricas e se tornaram paradigmáticos pois colocaram duas escolas neurológicas em oposição: de um lado a que defendia que seus sintomas tinham origem em lesões da coluna vertebral e cérebro (inclusive criando nomenclaturas específicas para suas síndromes, como a doença de *Railway-Spine* e *Railway-Brain*) e, do outro, a que defendia a concepção de que se tratava de histeria e, portanto, disfunção de fundo psíquico e tratável com hipnose e sugestão. Esta segunda tese foi aceita e defendida por Charcot e seus pares e ganhou destaque porque conseguia mostrar, por meio do manejo das histéricas sob hipnose, que estes trabalhadores estavam fantasiando sintomas em função de traumas psíquicos decorrentes dos acidentes enquanto não tinham lesão constitutiva em seus corpos. Se as histéricas podiam ser manipuladas e pararem de apresentar sintomas ou começarem a tê-los em função do comando dos médicos, os trabalhadores traumatizados também podiam estar sob efeito de um bloqueio psíquico que lhes proporcionava sintomas variados, como ansiedade, dores, problemas de memória, de concentração, de decisão e de sono, irritabilidade, pesadelos, alterações da sensibilidade (como parestesias e adormecimento) e alterações motoras (como não poder caminhar ou ficar em pé sem bengala ou apoiar-se em um dos pés) e virem a se *curar* ao serem tratados para seus traumas (CHIABI, 2012).

Esta faceta masculina da histeria, muito defendida por Charcot, teria trazido questões também à forma como se compreendia a histeria até então, inclusive Freud teria reformulado sua teoria psicanalítica inicial, que a concebia como decorrência somática de fundo sexual, sofisticando suas formulações e introduzindo a estas a ideia de *fantasia histérica* e incluindo nela a noção de *sexualidade bissexual* (CHIABI, 2012). Em contraste com estes novos pacientes histéricos, os corpos das mulheres histéricas eram utilizados como prova médica da histeria deles. O trabalho de hipnose podia produzir nelas paralisias idênticas às deles, assim como podia, quando aplicada a eles, devolver-lhes a postura e funcionalidade perdidas no trauma. Contra Charcot, tanto no que se referia aos casos dos trabalhadores ferroviários, quanto aos trabalhos realizados com as histéricas, se opunha dentro da própria França a escola de Nancy, representada por Liébeault e Bernheim, ao sustentarem que na Salpêtrière os médicos ampliavam os sintomas da histeria por darem espaço e sugerirem suas formas de acontecer, e, por isso, “em vez de ser uma simples crise, a histeria tornou-se uma doença misteriosa, polimorfa, indefinível, que faz tudo e que simula tudo” (ESPIRITO SANTO, 2008, p.89). Para os médicos da escola de Nancy, a histeria não era mais do que uma reação psicodinâmica de origem

emotiva, uma *psiconeurose* tratável pela sugestão, assim como a hipnose não era mais do que uma manipulação médica que criava os sintomas e os quadros que o médico queria.

De um ponto de vista social, ao serem diagnosticados como histéricos, muitos destes operários foram *desculpados* de seus comportamentos teatrais, frequentemente atribuído a mulheres, e deixaram de ser estigmatizados de desqualificações como serem *mentirosos, preguiçosos e farsantes* já que não tinham efetivamente lesões. Do mesmo modo, ao terem diagnóstico e tratamento, lhes foi dada a possibilidade da compensação financeira devida, já que sua doença estava avalizada juridicamente por um dispositivo médico que fundamentava as leis do trabalho (próprias dos novos Estados Modernos) e também as companhias construtoras de estradas de ferro podiam cobrar as apólices de seguro que lhes eram devidas. Assim, diante dessas polêmicas e principalmente frente aos homens histéricos, a histeria foi deixando de ser uma doença que demandava internação e acabou ganhando outros termos designadores, como *síndrome pós-traumática*, que atualmente ainda é utilizada, e outras. Elisabeth Roudinesco em seu trabalho sobre a história da psicanálise defendeu que a saída da histeria do registro da doença e entrada ao das neuroses não significou que ela tenha sido completamente dissociada de sua origem etimológica que a ligava ao útero, à mulher e ao feminino, e continuou sendo uma palavra saturada por um componente de gênero, inclusive tendo sido utilizada muitas vezes para designar negativamente comportamentos humanos relacionados às mulheres. Enfatiza, ainda, que os jornais na França utilizaram o termo *histeria coletiva* para estigmatizar e desqualificar movimentos sociais ligando-os ao feminino e à feminilidade (ROUDINESCO, 1989).

### **Alienação no Brasil e a construção do Hospital Nacional**

Frente a toda esta breve história da histeria que se desenrolou na Europa, nos perguntamos sobre este fenômeno no Brasil, suas relações com a histeria e os contextos nacionais que permitiram que aqui também se aplicasse um diagnóstico sob esta palavra. Antes de considerar os pormenores destas relações, no entanto, é necessário que passemos, ainda que por alto, por alguns detalhes da formação das instituições para alienados no Brasil e as bases discursivas (teórico-ideológicas) que fundamentaram a psiquiatria daqui e a construção destas instituições.

Desde a época da chegada da corte portuguesa ao país entende-se que se deram processos nacionais de construção de uma medicina que buscava dar conta dos fenômenos ligados à alienação mental e também se criaram instituições para responder a demandas de modernização da nação, de cientificização das práticas aqui realizadas e que se aliavam aos nascentes ideais de controle de populações disformes às moralidades e às disposições sociais da colônia e da república. O decreto de criação do Hospício Dom Pedro II (HDP), no ano de 1841, apareceu como resultado destas demandas e também das preocupações nacionais com a ordem pública, a higiene da cidade e da nova nação, como a separação de certas figuras de loucura e marginalidade do convívio social. Ao ser inaugurado, em 1852, o HDP serviu de destino definitivo a marginalizados sociais que já transitavam entre instituições religiosas que lhes davam assistência por períodos provisórios, e também se tornou um símbolo do crescimento nacional em termos de edificação e modernidade da arquitetura, inclusive sendo considerado um feito arquitetônico para a época e se impondo como ícone de progresso da nação brasileira.

O fato de que os *alienados*<sup>1</sup> no Brasil viessem sendo recebidos até então por instituições religiosas revela um detalhe importante sobre o nascimento da medicina e da psiquiatria no país, visto que a abordagem que era dada naqueles espaços perdurou durante muitos anos também dentro do HDP e continuou orientando o trabalho ali efetuado. Essa abordagem, tal como a europeia, era de ocultamento e de distanciamento destas pessoas da rotina das cidades, mas ela também se mostrava, diferentemente do que predominava na Europa, carregada de um componente de caridade, benevolência e assistência piedosa e de cunho religioso às pessoas *necessitadas*. Como as Santas Casas, o HDP continuou a *guardar* as pessoas alienadas suprindo-lhes as necessidades básicas, em especial as alimentares e de higiene.

Em termos econômicos e políticos esta assistência dependeu, desde o início, do mecenato de figuras ilustres da nobreza e da nova burguesia nacional, assim como a própria construção do HDP se deu nesta perspectiva: o antigo Imperador (que dava nome ao estabelecimento) foi seu grande financiador. Neste contexto, Dom Pedro II consolidava seu status de líder e pai da nação e contribuía para o componente ideológico colonialista que perduraria durante muito tempo na sociedade republicana. Ao mesmo tempo, o compromisso dos novos administradores e defensores do Brasil como um

---

<sup>1</sup> *Alienados* entendido em um sentido amplo já que a instituição também abrigava mendigos e pessoas sem teto e sem trabalho.

*Estado Independente e Moderno* parecem ter apoiado a instituição, sua manutenção e fortalecimento, desde uma perspectiva de um novo *Estado Independente*. A instituição devia apartar os indesejáveis das ruas e fazer algo com eles, inclusive curá-los em alguns casos, de sorte que funcionava como frente de ordem e progresso ao país e prova de que uma nação independente dava conta de seus problemas locais e urbanos. Com a independência, o Hospício passou a ser propriedade do Estado e a se chamar Hospício Nacional (HN), mas manteve tanto a maneira de ser financiado, pelos mecenas, quanto a abordagem assistencialista, até o começo da sua grande reforma em 1904. Com essa reforma, que foi coordenada pelo conhecido médico Juliano Moreira sob ideais que vislumbravam o tratamento da alienação ao qual ele estava ligado, a instituição continuou a ser o que sempre havia sido: o lugar onde o problema das populações ociosas era resolvido; mas incorporou a esta função o objetivo de resolver o problema de modo definitivo e de criar mecanismos que mantivessem a própria instituição. A reforma simbolizava a modernização da nação no sentido de que mostrava que o Brasil tinha órgãos jurídicos e hospitalares para dar conta de suas populações alienadas, muitas vezes ligadas à delinquência a crimes menores; tinha mecanismos eficientes de gerenciamento destes espaços, não dependendo da benevolência de seus mecenas; e aplicava ali medidas científicas e inovadoras em termos de tratamento e intervenção às doenças, de modo a ter respostas efetivas para o problema. Finalizada a reforma em 1911, a instituição então passou a se chamar Hospital Nacional de Alienados (HNA) (FACCHINETTI ET ALL, 2010).

Nesse quadro, além do nome, o HNA também modificou a forma de abordagem e de intervenção sobre os corpos dos alienados, buscando *tratar*, entender e explicar como doença muitos dos comportamentos dessas *gentes loucas*, assim como começou a catalogar a alienação e a *refuncionalizá-los* (a partir de várias medidas médico-cientificamente embasadas). Assim, uma psiquiatria no sentido forte do termo apareceu no Brasil somente no século XX e se construiu em concomitância com a abordagem anterior, da caridade e da moralização, mantendo inclusive ecos religiosos, preponderantemente católicos, em seus princípios de benevolência com os necessitados e deficientes (ENGEL, 1997). No contexto de uma sociedade formatada por traços da colonização mas com intuito de deixar de ser *colônia* e de tudo que este conceito implicava, e cujo ideal era estar à altura das sociedades e cidades européias, enfrentar o problema dos alienados era uma urgência que exigia medidas eficazes e que foram

assumidas como sinônimo de controle sanitário de seus espaços e promoção da higiene de seus habitantes. A transformação do Hospício em Hospital, neste sentido, significou um passo acertivo e decisivo na direção desse ideal. O HNA simbolizava um fato decisivo num projeto novo de “medicalização da sociedade” e que foi “de importância decisiva para o surgimento e manutenção de técnicas normativas fundadas num tipo de conhecimento que colocava como seu objeto a totalidade da vida social” (MACHADO ET ALL, 1978). No contexto deste projeto (bio)político, então, o hospital era só um dos lugares que o compunham e seus objetivos ultrapassava claramente seus muros, de modo que o que se produzia como saberes sobre a alienação era aplicável a todo o corpus populacional.

Os discursos médicos, especialmente voltados para a higiene dos corpos das pessoas que formavam a população da antiga capital e também dos espaços da cidade, se fundavam nos ideais da medicalização da sociedade e respondiam às transformações sociais da cidade nas duas últimas décadas do século XIX, como a abolição e a proclamação da República. Isto influenciava o discurso médico que ia paulatinamente se voltando cada vez mais para a perspectiva da higiene moral (inclusive mais do que a espacial) e, com isso, propunham medidas de controle e de adestramento dos sentimentos e das paixões. A desagregação do sistema escravocrata fazia aparecer massas populacionais formadas por negros libertos que, ao lado de mestiços, brancos pobres e imigrantes, formavam uma *nova* população marginal que era um *novo* proletariado, e percebido como gente desregrada que precisava ser administrada e contida de algum modo. Isso possibilitava a profusão de discursos higienistas, por um lado, e, por outro, que les fundamentassem as medidas sobre esta população, vista agora como um problema que já não podia ser ignorado. Vale ressaltar ainda, que depois da abolição, a percepção de negros e mestiços como pouco evoluídos e inferiores se acentuou e a preocupação com as questões da eugenia ligada à raça se tornou um tema de relevância científica que corroborava para a criação de teses como as da degeneração psíquica (ODA & DALGALARRONDO, 2003).

O tema da miscigenação das raças e a preocupação com o devir da população que formaria o país recém independente e com populações recém alforriadas também se tornara objeto de preocupação dos antigos nobres e da nova burguesia nacional, de modo que os médicos e intelectuais (a maioria deles ex-nobres e burgueses), se encontravam na posição de responsáveis em produzir novos conhecimentos sobre a loucura e a

degeneração e com o dever de se comprometerem com a administração da cidade e a definição dos novos rumos da nação (VENANCIO, 2006).

De modo mais específico, teorias como a da degeneração se destacavam sobre outras no contexto das explicações e da orientação para o tratamento da alienação, pois a viam como um risco público sendo que seu gerenciamento supunha ações que evitassem a possibilidade sempre permanente de que se instalasse em indivíduos suscetíveis, fosse por herança genética (como defendiam alguns), fosse por aspectos ambientais que propiciariam a degenerescência e que precisavam ser controlados e evitados. A alienação ou loucura, portanto, era algo que foi visto como se pudesse ser evitada, de modo que verdadeiras frentes de intervenções médica e psiquiátrica sobre a população foram criadas para cumprir o objetivo de evitar esses quadros (NUNES, 1991).

Também é importante salientar que não só a capital, mas em cidades como São Paulo, que também já despontavam como modernas e em vias de progresso com uma indústria nascente, contavam com instituições menores (na época), como o *Asilo de Alienados do Juqueri* (que só se tornou hospital em 1929), onde o objetivo era dar ao Estado a possibilidade de separar os alienados dos novos centros urbanos e também implantar na prática os projetos de melhoramento da raça, separando assim os inaptos da vida social e evitando a proliferação de seus males tal qual epidemias. No estado de Minas Gerais, o *Hospital Colônia de Barbacena* (fundado em 1903) acolhia pessoas sem terem diagnósticos específicos para colocá-las em algum lugar e separá-las da sociedade, do mesmo modo que nos séculos anteriores separavam ou colocavam em quarentena as populações afetadas pelas febres, como a febre amarela. A diferença das quarentenas estabelecidas para os casos das epidemias do século anterior e esta reclusão que as imitava aplicada aos alienados do século XX era a aprovação estatal e das elites para a medida. Se nos casos das epidemias da febre encontrávamos muita oposição ao isolamento dos infestados, por conta de que isso prejudicava o comércio e os serviços e, portanto, prejudicava o andamento da cidade, nos casos dos alienados encontrávamos apoio, pois se tratava de populações que não contribuíam nem ao comércio e nem ao trabalho e que precisavam ser retiradas da circulação, pois estragavam a paisagem e atribulavam a sonhada ordem e modernidade das cidades.

Assim, essas instituições funcionaram como depósitos de gente desalinhada da sociedade e serviam às novas biopolíticas de sanitarismo, higienismo, controle social e segurança, seguindo uma lógica de neutralização dos *inúteis-inferiores* para que não se



reproduzissem e não atrapalhassem o avanço das raças *superiores* (LOBO, 2008).<sup>2</sup> Em meio à modernização do país que já começava na primeira república e que culminou em eficientes (bio)políticas higienistas que fizeram destas instituições verdadeiros campos de tortura,<sup>3</sup> os discursos médicos ao patologizarem os hábitos e reforçarem uma moralidade ainda colonial (inclusive que negava outras formas de se ser, crer e viver), também implantaram uma psiquiatria que parece ter funcionado aqui mais para a normalização das populações não internadas que para os ditos *alienados* e cuja preocupação, ainda que fosse produzir saber e manter a nação à altura das do *Velho mundo*, em termos científicos, era já não vê-los ou tê-los entre seus cidadãos e trabalhadores.

### **A histeria no Brasil e as internas do Hospital Nacional dos Alienados**

A histeria no Brasil aparece em meio ao contexto do nascimento e desenvolvimento da psiquiatria e, principalmente, frente ao fato de que a maioria da população manicomial da antiga capital do país, onde se concentrava as populações de alienados até 1920, era formada por mulheres.<sup>4</sup>

Seguindo a linha que a psiquiatria assumia no HNA, a histeria se consolidou como uma das deformidades degenerativas das mulheres (ainda que nunca se excluiu que também afetasse certos homens) e serviu principalmente para etiquetar mulheres *inadequadas* à visão social que se tinha delas. Bastante parecido ao que aconteceu na Europa, as desajustadas sociais, as que gritavam nas ruas, as que exacerbavam sua sexualidade, as que contradiziam as regras familiares, as que não tinham lar nem dono e, principalmente, as que não incarnavam o ideal da *boa mãe*, eram *tratadas* no interior do hospital. Uma das grandes diferenças daqui, no entanto, é que não se criou em torno delas nem o fetiche que se criou por lá, especialmente em Paris e nos palcos do Hospital da Salpêtrière, nem algum tipo de interesse científico maior.

---

<sup>2</sup> No *Hospital e Colônia do Juqueri*, a partir de 1922 também foi implementada uma ala de menores, os quais não eram necessariamente crianças com disfunções racionais e de linguagem, mas em sua maioria órfãos sem onde ir e filhos de mulheres internadas na colônia.

<sup>3</sup> Inclusive onde se efetuaram genocídios nas décadas que antecederam a ditadura militar no país e nas que ela sucedeu.

<sup>4</sup> E estas mulheres eram em sua maioria pobres e negras, dois marcadores que interseccionam os formadores da identidade ou diagnóstico da histeria enquanto modos de moralização das mulheres que não podemos analisar pormenorizadamente aqui, mas que atravessam a pesquisa que realizamos neste momento e da qual este artigo é parte.

A nomenclatura e as técnicas usadas no tratamento das histéricas no Brasil chegavam do estrangeiro, tendo sido o médico Antônio Austregésilo Rodrigues Lima (1876-1960) um dos primeiros a falar de histeria por aqui. Entendida como estando "situada na encruzilhada da neurologia com a psiquiatria, ela foi para ele tema de grande interesse, sobre o qual escreveu artigos importantes, que inspiraram a produção psiquiátrica brasileira das primeiras décadas do século XX" (NUNES, 2010, p. 381). A abordagem de Austregésilo sobre a histeria não seguia a vertente de Charcot, mas tomava como referência o trabalho de Babinski e sua concepção de pitiatismo, defendendo a existência de uma *histeria verdadeira* (a síndrome histérica ou pitiática) e uma *pseudo histeria* (a síndrome histeróide ou falsa histeria). Para Austregésilo, os diagnósticos de histeria deviam ser circunscritos aos parâmetros fixados pela corrente francesa da escola de Nancy (que também seguia as ideias de Babinski) e a histeria devia ser concebida como uma síndrome produzida por autossugestão e curável pela persuasão. Com essa separação, é muito provável que o médico pretendia desvalorizar o campo da histeria e mostrar que muitos casos diagnosticados correspondiam, na verdade, a outras afecções psíquicas ou mesmo físicas e que, por serem de difícil diagnóstico, acabavam sendo confundidos com histeria. Ao definir a histeria mais como um quadro transitório que podia ser afastado e sendo sempre possível sua reabilitação, e menos como uma doença constitutiva, Austregésilo também diminuía a importância de sua aparição. Por isso, alegava que cabia aos médicos, frente às histéricas, diagnosticá-las bem e não as tomar como doentes permanentes, mas ensinar-lhes a dominar seus impulsos e fraquezas de mulher, possibilitando assim sua saída destes estados *histeróides* e sua volta funcional para a família, onde era seu lugar.

Em seu primeiro trabalho sobre o tema, "Novas concepções sobre a histeria" (1908), o médico fez um recenseamento das teorias que estavam em voga desde o final do século XIX mostrando seus limites e valorizando os pontos que corroboravam às teses que defendiam que sua sintomatologia era um fenômeno psíquico produzido por sugestão. "A histeria ou pitiatismo mostra-se como uma doença mental. É a imaginação em terreno autossugestionável que faz com que o histérico apresente a série de perturbações primitivas e secundárias" (AUSTREGÉSILO, 1908, p.54), afirmava ele, e assim alinhava seu discurso às correntes que colocavam a histeria no campo da psiquiatria e não no da neurologia. Austregésilo também destoava da vertente psicanalista ao assumir o viés da degeneração e defender que a medicina, de modo geral,

devia voltar-se para a higiene física e moral do povo brasileiro. Ele também considerava que o *perfil da mulher brasileira*, título de um artigo que publicou em 1922, se delineava por suas qualidades afetivas e maternais e que quando assim não o fosse, por razões de educação insuficiente ou inadequada, estas qualidades deviam ser fomentadas e ensinadas através de treinamento e disciplina (o que na prática muitas vezes foi traduzido como eletrochoques, injeções espasmódicas, camisas de força e intervenções lobotômicas).

Teses como as de Austregésilo apareceram em outros artigos médicos,<sup>5</sup> onde mais do que importar um diagnóstico e prescrições de tratamento, consideravam os fenômenos nacionais e as práticas dos médicos brasileiros no HNA. Pensadas a partir do contexto nacional e desconectadas da *realidade* da Europa e das teses lançadas lá, as teorias e os tratamentos para histeria no Brasil seguiam protocolos próprios e suas formulações teóricas, ainda que se ligassem às européias (e também às latino-americanas formuladas em países vizinhos ao Brasil, como na Argentina e no Chile) seguiam um viés local. Nos primeiros anos da República a abordagem parece ter seguido o princípio de que se tratava de uma doença ligada ao gênero e à moralidade da mulher, sendo ainda considerada a partir de concepções mais gerais da loucura, como os trabalhos de Esquirol, que foram os primeiros a serem difundidos no país e inspiraram os conflitos teóricos sobre a natureza da doença mental (MACHADO ET AL, 1978). Os estudos sobre a histeria acompanhavam o debate em torno de sua natureza e associação com o sexo feminino. “A histeria, nos discursos médicos e psiquiátricos brasileiros da segunda metade do século XIX, foi desenhada no feminino” (NUNES, 2010, p. 379).

Como doença feminina, a histeria, tal como foi concebida pela maioria dos alienistas nacionais, não se limitava às mulheres. Indivíduos do sexo masculino que fossem menos dotados e de constituição mais frágil, ou que tivessem sido expostos excessivamente às mazelas da civilização e degenerassem, podiam chegar ao ponto de serem histéricos (ENGEL, 2008). A concepção local da histeria acrescentava à doença o receio social de que mulheres *normais* se tornassem histéricas com facilidade, como se houvesse uma potencialidade histérica nelas que pudesse se tornar *realidade* a qualquer momento e em função de estímulos exteriores ou interiores, ou de influências e oportunidades que as levassem à depravação e à degeneração de suas formas psíquicas.

---

<sup>5</sup> Como de Henrique Roxo, que publicou “Histeria” em 1905, e com quem Austregésilo travou debate.

Defendia-se, com frequência, que a imaginação *desregrada e superexcitada* das mulheres podia torná-las verdadeiras *Messalinas*, levando-as ao adultério e à prostituição (PAULA, 1889), e estas práticas podiam facilmente vir a ser associadas à histeria.

Por isso, o que preponderava nos discursos médicos sobre a histeria era sua prevenção, alegava-se que as mulheres tinham predisposição à degeneração e à histeria (CASTRO, 1894) e o papel do médico era sustentar a família, que as trazia aos hospitais logo que percebia o início e/ou a consolidação da degeneração, e atuar rapidamente para afastar esta doença do contexto familiar, fosse para recuperar a paciente, fosse para mantê-la definitivamente afastada, poupando a todos dos delírios e da influencia desta histórica a outras mulheres. Essas concepções produziam saberes que se materializavam no cotidiano das práticas psiquiátricas de tal modo que de 1904 até 1920 o diagnóstico de histeria, ou a acréscimo do comentário “apresentando traços de histeria” era o que mais prevalecia entre as mulheres internas do Hospício Nacional dos Alienados. Depois disso, porém, foi se tornando mais raro, chegando a menos de 2% na década de 1930 (FACCHINETTI, RIBEIRO, MUÑOZ, 2008).

Neste contexto, especialmente em meio a uma psiquiatria que operava como ciência da norma e do normal e que prescrevia condutas *morais* como *de saúde*, a psicanálise e sua abordagem sobre a histeria tiveram dificuldades em penetrar o universo organicista que já estava aqui instalado, mas chegou a produzir algum eco, especialmente a partir da segunda metade do século XX (ENGEL, 1999). Tal como o Doutor Austregésilo, a maioria dos ilustres senhores psiquiatras nacionais chegaram a conhecer as teses freudianas e alguns deles inclusive tentaram alguma aproximação com elas, como foi o caso de Henrique Roxo (1877-1969) no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha (1864-1933) e Durval Marcondes (1899-1981) em São Paulo, mas não chegaram a incorporar tais teses nem subscrever seus tratamentos a partir desta corrente teórica (ENGEL, 2008/ NUNES, 1998). Sílvia Nunes defende que em nome de uma crítica ao que considerava-se *pansexualismo freudiano*, a tese fisicalista da medicina nacional com sua concepção de degeneração e hereditariedade (geralmente ligada às raças) teria sido um solo mais profícuo para a fundamentação de um diagnóstico de *histeria* no Brasil e, conseqüentemente, de sua abordagem e tratamento.

O fim da Histeria no Brasil, semelhante ao que houve na França, é que aos poucos a doença foi sendo esvaziada de sentido, enquanto novos diagnósticos foram substituindo o antigo rótulo e conseguindo justificar com mais facilidade e eficiência a

experiência das mulheres com sua inadequação e, de alguma forma, também foram modificando os modos de *intervenção* sobre elas e seus corpos de *mulher*. Apesar de seu desaparecimento acercar-se ao que se viu na Europa, no Brasil a maior parte das antigas históricas recebeu diagnósticos que ainda as mantinham em sua condição de corpos de degenerescência e instabilidade emocional e moral, como o de *maníaco-depressivas* que se aplicou muito e que relacionava suas supostas fases de *mania* a seus períodos menstruais, mantendo assim essa conexão entre manifestações históricas e organismo feminino (FACCHINETTI, RIBEIRO, MUÑOZ, 2008). Do mesmo modo, a maioria delas permanecia internada, continuando a integrar a população escoriada da sociedade e condenada à exclusão (LOBO, 2008).

### **Encruzilhadas, de Paris ao Brasil e outros cruzamentos possíveis**

Onde estes recortes de uma história das históricas da antiga capital brasileira do Hospital Nacional dos Alienados e das históricas do Hospital da Salpêtrière de Paris se cruzam?

Em muitos pontos, e especialmente naquele que toca à normalização de seus corpos e sua sexualidade. Se Freud e Charcot defendiam que a histeria era uma doença psíquica de fundo sexual, as teorias da degenerescência não se opunham a esta formulação, pelo contrário, a sexualidade não foi o foco somente dos alienistas das mulheres internadas no Hospital da Salpêtrière, onde fotos, relatos, fichas, prontuários e testemunhos, borbulharam pela Europa explicitando seu *frenesi sexual* e a espetacularidade e teatralidade de corpos que sexualmente excitados se mostravam e encenavam suas dores, clamores e êxtases. No Brasil, apesar da defesa de que alguns corpos masculinos também degenerassem para *histeria* ou pudessem apresentar *crises histeróides*, foi uma doença de mulheres e definiu estas, as que eram e apresentavam a doença e as que não eram e não apresentavam. O espetáculo daqui talvez não tenha tomado a dimensão social que teve na *belle époque* de Paris, como já se defendeu aqui, mas teve seu público e seus personagens, e também atuou, a própria histeria, como um personagem a ser visto, acompanhado, negado e evitado. Foi uma doença relacionada ao *outro*, ao *diferente*, ao *misterioso*, ao *satânico* e às *macumbas* desta terra. Numa de suas crônicas sobre a cidade do Rio de Janeiro (publicada em 1976), João do Rio comparou as duas cidades e fez referência às relações que se davam aqui entre os comportamentos e a

sexualidade das mulheres e aspectos que marcavam os sintomas da histeria, ligando-os à religiosidade e à raça das fêmeas humanas daqui.

Os transeuntes honestos, que passeiam na rua com indiferença, não imaginam sequer as cenas de *Salpêtrière africana* passadas por trás das rótulas sujas. As *iauô* abundam nesta Babel da crença, cruzam-se com a gente diariamente, sorriem aos soldados ébrios nos prostíbulos baratos, mercadejam doces nas praças, às portas dos estabelecimentos comerciais, fornecem ao Hospício a sua quota de loucura, *propagam a histeria entre as senhoras honestas* e as *cocottes*, exploram e são exploradas, vivem da credence e alimentam o caftismo inconsciente. As *iauô*, são as demoníacas e as grandes farsistas da raça preta, as obsedadas e as delirantes. A história de cada uma delas, quando não é uma sinistra pantomima de álcool e mancebia, é um tecido de fatos cruéis, anormais, inéditos, feitos de invisível, de sangue e de morte” (DO RIO, 1976, p.6, grifos meus).

A crônica invoca de maneira iconográfica o universo feminino marginal (mas que não ficava à margem, mas transitava entre todos, no centro da cidade) e os mistérios e misticismos de sedução e santerias da *iauôs*. Do mesmo modo, contrasta o modo de existir com o universo recatado das mulheres burguesas (e brancas) que se distinguem das loucas daqui e que poderiam se distinguir também das histéricas de Paris. O que o escritor brasileiro chama de *babel da crença*, em referência à urbe da antiga capital na época pós-colonial e que compartilharia com a *Slapêtrière* suas fascinantes figuras femininas ao ocuparem um espaço místico devido a sua associação com crenças não oficiais, remete diretamente à sexualidade exacerbada e explícita das que ele (e provavelmente toda a sociedade moralista) consideram anormal nas mulheres. Ao invés da metáfora de uma *babel da crença*, Didi-Hubermam invoca uma *cittá dolorosa*, enfatizando mais a dor e menos a diferença e o contraste destas mulheres com alguma norma ou modelo de mulher que elas negavam ao contrastar com ele. O teórico também defende que a existência delas beirava alguma sorte de misticismo e consolidava alguma forma de arte: ao se mostrarem a toda sociedade como corpo-espetáculo da medicina, as histéricas teriam se doado e também afrontado os médicos, mas mais do que tudo teriam inventado uma nova forma de se narrar em medicina, de plasmar os mitos desta área científica. Ao colocarem seus corpos de mulher para serem vistos (e usados) pela medicina, elas afrontavam uma moralidade puritana, por contraste, pois era justamente por serem corpos de mulher que encenavam uma sexualidade que afirmava a normativa das práticas sexuais e criavam sexualidade.



Por outro lado, porém, com as históricas sendo vistas se (re)inventava uma maneira de existir e espectacularizar as existências. A *mise-en-scène* das históricas da Salpêtrière, segundo Didi-Huberman, precisa ser localizada na história da arte enquanto a expressão de uma nova iconografia e na história da psiquiatria como ponto de partida de uma nova abordagem clínica. O trabalho minucioso de revisão das fotos documentais das históricas daquele Hospital e a comparação com documentos e relatórios que compõem o acervo iconográfico da Salpêtrière e também dos textos teóricos de Freud, Richer, Babinski, Janet, Albert Londe, Alfred Binet e Geoges Gilles de la Tourette, foram base para suas, nas quais defende que o corpo e o existir de certas históricas, como Augustine (a famosa histórica que aparece na maioria dos textos de Freud e dos alunos de Charcot sobre a histeria), são uma peça de arte e um momento da história da arte que se encontra documentado nestes materiais. Neste sentido, as lentes do fotógrafo Paul Regnard (que foi o fotógrafo oficial de Charcot no período) autenticam uma história do teatro enquanto uma novidade nos modos de atuação de si.

Espectáculo levado ao cúmulo. Isso também significa que o corpo histórico exige (e não utiliza) uma forma teatral que a própria arte do teatro tremeria ao abordar, a tal ponto se estigmatiza nela, em carne viva, uma forma pungente da essência do teatro. Levada ao cúmulo dessa essência. Portanto, uma arte se precipita, impacienta-se loucamente, passa pela experiência de uma ausência de fim e se torna ociosa na própria extremidade de seu ato” (DIDI-HUBERMAN, 2015, p.227).

No viés dos conhecidos trabalhos de Foucault sobre a loucura e da leitura das teses de Didi-Huberman, somos levados a sugerir que ao ter sido enquadrada por normas discursivas moralizantes e normalizadoras, a histeria como manifestação precisa ser retirada da clausura (da clausura do fora) e ser realocada na *expressão* do domínio do racional, como forma de agir e discurso que permeou narrativas e uma *mise-en-scène* do século XX no Ocidente que foi vista como *outra*, mas que isso é uma entre outras construções daquele tempo. A *outredade* da histeria que se expressava na sua dimensão teatral e espetacular dos corpos históricos e das supostas obscenidades de cunho sexual que falavam e representavam corporalmente são um acontecimento que não configura somente o jogo entre o *outro* e o *nós*, o *anormal* e o *normal*, a *mulher louca* e a *mulher correta*, onde o primeiro define as bordas do segundo. A histeria é um acontecimento artístico (e linguístico) na medida em que pode questionar essas bipolaridades tanto ao fazer-se

pública, visível e dizível, e ao fazer a própria psiquiatria virar de interesse público, quanto ao fazer-se sintomatologia indefinida, ao refazer-se sempre por meio de um processo de performance e reinvenção de sua própria sintomatologia (FOUCAULT, 1973-1974).

Afirmar isso não pretende ser uma leitura romantizada do sofrimento (real) dessas mulheres, assim como falar da histeria como um diagnóstico médico-social não é diminuir o sofrimento psíquico e social experimentado por elas, mas uma maneira de retirá-las de alguma posição engessada de vítimas e frágeis a serem cuidadas pelos médicos que *descobriram* a histeria e que *detiveram os saberes* acerca dela. Teses como as lançadas por Didi-Huberman nos levam a considerar a mitologia que se formou ao redor da histeria e de suas *doentes* como um fenômeno que pode ser pensado à parte, como explosão de expressão do âmbito artístico que é imanente a ela e que faz de sua encenação algo plástico e da ordem do debordamento da existência e não, ou não só, da ordem do *outro* da razão, da norma, da saúde. Os olhares que as captavam, que as fotografavam, registravam e catalogavam a intensidade de seu aparecimento (inclusive para, com isso, produzirem conhecimentos e deixarem registrado seu acontecer) estabeleciam com elas uma dinâmica de palco, uma relação que só se experimenta no teatro, onde elas se preparavam para entrar em cena e ver um público e este as esperava para ver sua performance. Esta sempre expressiva de algo considerado sexual e que frequentemente foi negado ou diminuído na história das histéricas de Paris, e aparentemente jamais mencionada nos casos de histeria no Brasil. Se as histéricas eram mulheres que encenavam, falavam, transpiravam, encarnavam sexualidade, também eram as que, muitas vezes, faziam médicos e estudantes "contradizerem seu próprio discurso por condutas amiúde contraditórias" (DIDI-HUBERMAN, 2015, p.29) porque eles se envolviam fisicamente com elas, porque eles editavam seus discursos e omitiam nos seus relatos alguns de seus gestos, porque tentavam exageradamente dar conta de seu acontecimento. Foucault, em seu curso de 1973-1974, contava que nos arquivos escritos pelos alunos de Charcot havia referências a fatos de sua sexualidade que ele ocultava de seus relatórios e notas, como certas frases, expressões e referências embebidas de pormenores sexuais, que os estudantes, ainda sem critérios claros, anotavam. Os estudos de Didi-Huberman também fazem referências a histéricas que falavam de êxtases e não só reagiam como sendo elas, mas imitavam homens quando as tocavam, atacavam e possuíam.

No Brasil não temos registro de uma iconografia, nem arquivo fotográfico ou relatos da histeria como tivemos em Paris, e mais do que salientar uma diferença de abordagem, é possível falarmos da aparição de um diagnóstico pautado por uma mesma base: o gênero das pacientes e a expressão sexualizada de seus sintomas. As pistas que temos da histeria são fichas médicas das mulheres internas do HNA em diferentes períodos, muitas delas perdidas no labirinto dos arquivos que transitaram por diferentes instituições nos diferentes períodos da história dessa instituição, e as definições da doenças (e alguns casos comentados) por médicos e historiadores que catalogaram os arquivos e analisaram estes documentos teóricos. Não repassamos aqui nem estes casos nem estes trabalhos de modo específico (apesar de muitos deles estarem aqui mencionados), mas enfatizamos, à guisa de conclusão, essa grande diferença de abordagem e de manifestação que a histeria e as histéricas do HNA tiveram em relação às histéricas do Hospital da Salpêtrière e, ao mesmo tempo, as semelhança que encontramos nos jogos normativos ou tramas relativas aos gêneros que formavam o tecido social da antiga capital do Brasil e da ainda capital da França.

Neste sentido, remarcamos como uma multiplicidade de traços de comportamento e linguagem considerados disformes à normalidade atribuída e atribuível às mulheres no final do século XIX e início do século XX permitiu um etiquetamento delas, chegando inclusive a dar-lhes sentido subjetivo e coletivo de existência por meio desta etiqueta e das instituições que lhes selavam. Que as mulheres do HNA não tenham teatralizado no palco de uma psiquiatria nascente da maneira que fizeram as histéricas pacientes do Dr. Charcot, não descaracteriza o fato de que eram igualmente manipuladas, internadas, tratadas, e até curadas em nome de ideais de higiene, normas de conduta e formas de se ser mulher, que lhes eram prescritas dentro desta psiquiatria que identificava saúde e moralidade. Falar da histeria no Brasil, portanto, é considerar traços do contexto sócio-político nacional que a permitiu ao lançar planos sanitários higienista e eugênicos para a nação e priorizar sua modernização, ao criar e prescrever modelos de existência e imagens morais (e moralizantes) de mulher e de papéis femininos, delineados por homens de saber, pelas instituições dirigidas por eles para o tratamento delas, e pela aprovação e endosso público do que eles afirmavam como verdade delas.

## Referências

- AUSTREGÉSILO, Antônio. Novas concepções sobre histeria. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1-2, p. 52-66, 1908.
- CATONNÉ, Jean-Phillipe. Femmes et hystérie au XIXe siècle, Synapse, Paris, n.88, 1992, p.33-43.
- CHIABI, Sandra. **A história da histeria masculina**. Dissertação de mestrado UVA, 2012.
- DIDI-HUBERMAN. **A invenção da histeria, Charcot e a iconografia da Salpêtrière**. Trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Contra Ponto, 2015.
- ENGEL, Magali Gouveia. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, supl., p.173-190. 2008.
- \_\_\_\_\_. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.5, n.3. p.547-563. 1999.
- \_\_\_\_\_. Psiquiatria e feminilidade. In: Del Priore, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto; Unesp. 1997.
- FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, supl., p.231-242. 2008.
- \_\_\_\_\_. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.733-768, 2010.
- \_\_\_\_\_. VENANCIO, Ana Tereza. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil. **Revista latino americana de Psicopatologia Fundamental**. Ano. IX, n. 1, março/2006, p. 151-161.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. (1959) São Paulo: Perspectiva. 1978.
- \_\_\_\_\_. **Le Pouvoir psychiatrique, cours au Collège de France 1973-1974**, Paris: Gallimard Seuil, 2003.
- FREIRE COSTA, Jurandir. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário. 1976.

FREUD, Sigmund. A etiologia da histeria. In: **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago 1.ed.,1896. 1977.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008, p. 203-204.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.373-389.

\_\_\_\_\_. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.49-76. 1991.

\_\_\_\_\_. Da medicina social à psicanálise. In: Birman, Joel (Org.). **Percursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus. 1988.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: 'A paranóia nos negros', de Raimundo Nina- Rodrigues. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.7, n.2. p.147-160. 2004.

PAULO, Luis. **O delírio nas histéricas**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1889.

ROUDINESCO, Elizabeth. **História da psicanálise na França**: a batalha dos cem anos. V. 1:1885-1939, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

Recebido em: 21 de setembro de 2019.

Aprovado em: 22 de dezembro de 2019.