



# PUC RIO

MAGDA DINIZ BEZERRA DIMENSTEIN

HISTERIA E REPRESENTAÇÃO DE MULHER  
(Um Estudo sobre a Construção Histórica de uma Categoria Clínica)

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

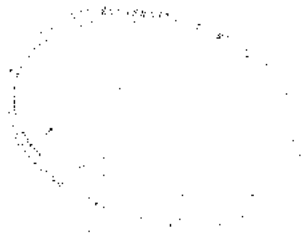
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, setembro de 1994.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea  
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil  
<http://www.puc-rio.br>

MAGDA DINIZ BEZERRA DIMENSTEIN



## **HISTERIA E REPRESENTAÇÃO DE MULHER**

**(UM ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UMA CATEGORIA CLÍNICA)**

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Cláudia Amorim Garcia

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Agosto 1994

UC 55987-7



85949

150

D582

TESE UC



*Dedico*

*À minha filha Marcela, com grande amor  
A Roberto, com orgulho  
Aos meus pais, com gratidão*

## **AGRADECIMENTOS**

- à Cláudia A. Garcia, minha orientadora, que acompanhou de perto o desenvolvimento do meu trabalho, lapidando sua forma através de valiosas contribuições.
- à Fundação Municipal de Saúde e ao Instituto de Perinatologia Social do Piauí, em especial ao Dr. Joaquim Parente, pela confiança depositada no meu trabalho.
- ao Prof. Luis Fernando D. Duarte por me encorajar a entrar no mundo da antropologia.
- ao meu marido Roberto, pelo apoio integral e pelas primeiras lições de computação fundamentais nesse trabalho.
- à amiga Sônia, pela tranquilidade que me proporcionou resolvendo problemas administrativos em Teresina.
- à Márcia e Flávia pela amizade e estimulante torcida.
- à Verinha e Marise, funcionárias do departamento de psicologia, pela disponibilidade com que sempre me receberam em todo esse percurso de mestrado.

- aos funcionários da biblioteca central sempre tão prestimosos.

- a todos os profissionais que participaram da pesquisa, pela boa vontade com que me receberam.

- à CAPES pelo apoio financeiro recebido

## RESUMO

Essa dissertação de mestrado tem por objetivo discutir a histeria enquanto uma categoria clínica marcada por determinantes de ordem histórica e social. Nesse sentido, enfocamos o fenômeno da mudança dos sintomas histéricos clássicos pois o consideramos uma via privilegiada de análise da dimensão cultural da histeria. Procuramos com a nossa pesquisa demonstrar a especificidade social da mudança dos sintomas histéricos clássicos - já que é um fenômeno observado principalmente nas mulheres das classes média/alta urbanas - e por outro lado, mostrar a relação entre a nova apresentação clínica da histeria e a representação de mulher "moderna" vigente no universo social das classes média/alta urbanas. Um dos nossos objetivos foi apontar que dentro do campo "psi" essa representação de mulher "moderna" é tomada como uma categoria universal, paradigma hegemônico para se pensar a mudança dos sintomas histéricos. Por fim procuramos ressaltar que a histeria enquanto uma categoria socialmente construída não pode ser considerada a "essência" feminina.

## **ABSTRACT**

The aim of this dissertation is to discuss hysteria as a clinical category marked by historical and social determinants. Thus, we focus on the discussion of the phenomenon of change in classical hysterical symptoms, since we consider it a privileged way of analysing the cultural dimension of hysteria. With our survey, we tried to show the social specificity of change in classical hysterical symptoms - since it is a phenomenon observed primarily among urban middle/high classes women - and, on the other hand, to show the social relationship between the new clinical presentation of hysteria and the representation of the "modern" woman in the urban middle/high classes. One of our goals was to point out that inside the "psy" sphere, the representation of the "modern" woman is considered a universal category, a hegemonic paradigm used in the explanation of change of hysterical symptoms. Finally, we try to emphasize that hysteria - a socially built category - cannot be considered to represent the feminine "essence".



## ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	
CAPÍTULO 1 - SOBRE A MUDANÇA DOS SINTOMAS HISTÉRICOS.....	09
1.1 - A Histeria <i>Fin-de-Siècle</i> : Charcot e Freud.....	10
1.2 - Da Histórica Clássica à Mulher "Moderna": A Metamorfose de um Sintoma.....	17
CAPÍTULO 2 - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA HISTERIA.....	29
2.1 - Mulher ou Mulheres?.....	30
2.2 - Histeria, Corpo e Classe Social.....	37
CAPÍTULO 3 - HISTERIA E REPRESENTAÇÃO DE MULHER: UMA MESMA HISTÓRIA.....	44
3.1 - Antiguidade Greco-Romana: Mulheres de Atenas....	46
3.2 - Idade Média: A Mulher Bruxa ou a Adoradora do Diabo.....	52
3.3 - Final do Século XIX e Início da Século XX: A Rainha do Lar na <i>Belle Époque</i> Brasileira.....	61
CAPÍTULO 4 - INVESTIGANDO A HISTERIA NO CAMPO "PSI".....	74
4.1 - Considerações Gerais sobre a Pesquisa.....	74
4.2 - Caracterização dos Entrevistados.....	76
4.3 - A Histeria e o Simulacro da Mudança.....	78
4.4 - A Histeria e as Transformações Sociais.....	88
4.5 - As Faces Pública e Privada da Histeria.....	101
4.6 - Histeria e Mulher: Uma Relação Inevitável.....	116

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
ANEXO 1 .....	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve como ponto de partida o interesse em discutir um fenômeno que vem sendo observado e que diz respeito à mudança dos sintomas histéricos clássicos. O motivo pelo qual nossa atenção foi despertada para esse tema tem suas raízes no fato de que autores contemporâneos do campo "psi"<sup>1</sup> referem-se frequentemente ao desaparecimento dos típicos quadros histéricos em favor de uma nova apresentação que se diferencia substancialmente daquela que ficou conhecida no final do século passado com as histéricas da Salpêtrière. Trata-se portanto da emergência de uma outra categoria clínica mais "discreta", desprovida de manifestações tais como os quadros conversivos graves, as anestésias e paralisias, os estados dissociativos etc, geralmente associada às mudanças ocorridas na sociedade durante esse século. Assim, para os profissionais dessa área a velha histeria sumiu do cenário "psi" atual dando lugar à histéricas mais adaptadas aos padrões culturais da sociedade moderna (Bleuler, 1985; Bleichmar, 1988; Mayer, 1989; Perrier, 1992).

---

1. Nessa dissertação optamos por trabalhar com uma concepção de campo "psi" numa perspectiva diferente daquela comumente utilizada e que toma por campo "psi" o grupo profissional que usa a psicanálise como referencial teórico para as suas práticas clínicas (Russo, 1993). No nosso estudo, privilegiamos a formação básica dos profissionais na hora de compor o nosso campo de investigação, incluindo assim psicólogos e psiquiatras, independente de sua orientação teórica. Entretanto, foi possível observar que a grande maioria dos profissionais entrevistados tem sua referência teórica na psicanálise. Campo "psi", então, está aqui referido aos profissionais "psi", isto é, àqueles que têm no psíquico seu objeto de estudo.

Essa questão por sua vez tornou-se para nós muito intrigante pois o caráter de universalidade atribuído à transformação sintomática da histeria - de forma que se refere a todas às mulheres indistintamente - foi contrariado na nossa prática clínica em instituição pública, e contestado por outros profissionais dentro do próprio campo "psi" e das ciências sociais (Ropa e Duarte, 1985; Freire Costa, 1989). Esses autores observaram que nos ambulatórios públicos, históricas à la Charcot ainda engrossavam as filas de espera, diferentemente do que acontecia no âmbito privado onde se notava o desaparecimento dessa forma de expressão.

A predominância do uso de categorias universalista-essencialistas no campo "psi" levou alguns profissionais, partindo de suas experiências com diversos segmentos da sociedade, a relativizar muitos conceitos que utilizavam na tentativa de situá-los no terreno histórico-cultural em que emergiram. Assim uma série de questionamentos surgiram quanto aos elementos chaves do aparato teórico "psi" tais como o modelo de indivíduo, de mulher, família, sexualidade, e certas representações como a de sofrimento psíquico, corpo, saúde e doença, normal e patológico, entre outras, pressupostos como universais por essas teorias (Lo Bianco, 1981; Borges, 1987; Velho, 1987; Quintana, 1988; Diogo, 1989; Boltanski, 1989). Nesse sentido, Bezerra (1992) procurou mostrar que as teorias do psiquismo humano pensam o homem enquanto sujeito psicológico universal - concepção essa a-histórica e abstrata de sujeito -

como se todos os membros da espécie humana fossem iguais em todo lugar, em qualquer época. A esse respeito o autor se posiciona criticamente quando afirma:

"O homem, objeto das teorias do comportamento individual, não é um indivíduo dado, natural, universal, mas uma construção social, historicamente datada e geograficamente pouco uniformizada" (Bezerra, 1992:141)

O papel positivo dessas críticas, na nossa opinião, foi principalmente o de apontar que os modelos tomados pelas teorias "psi" como universais são apenas formas culturalmente possíveis dos indivíduos se definirem, formas essas que não são necessariamente compartilhadas por todos os grupos sociais. Um exemplo disso é o modelo de mulher "moderna" vigente no discurso "psi" atual, o qual é considerado a única representação possível do universo feminino. É baseado nessa representação de mulher, particular às classes média/alta, que o campo "psi" generaliza os novos quadros de histeria à totalidade da população feminina. Pensamos que essa é uma perspectiva que expressa uma crença na essência e reafirma a mulher como um dado natural e universal.

Considerando, então, significativa a proliferação de trabalhos nessa direção, e de extrema importância o debate que se estabeleceu sobre a questão da diversidade cultural dentro do campo "psi", pensamos em fazer um estudo que articulasse a questão da histeria com a representação social de mulher. Para tanto resolvemos investigar a mudança dos sintomas históricos

nos diversos contextos culturais, tomando por base a experiência de profissionais do campo "psi" residentes na cidade do Rio de Janeiro e que clinicam tanto no setor público quanto no privado.

Tomamos como ponto de partida a indagação colocada em relação a universalidade da mudança dos sintomas histéricos para desenvolver uma reflexão em torno da histeria que levasse em consideração a sua dimensão social. Buscamos para isso apoio em algumas categorias sociológicas básicas - como o conceito de representação social - e compartilhamos com um dos pressupostos fundamentais do campo da antropologia que questiona a possibilidade de pensar o ser humano como invariante e universal, e afirma que a "natureza humana" não é senão um artefato cultural.

Com base em teóricos da sociologia como Durkheim, Weber, Marx e seus seguidores, Minayo (1992) apresentou os principais pontos de convergência desses autores em relação ao conceito de representação social. Assim, segundo a autora, podemos entender por representações sociais as idéias, imagens, concepções e visões de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, as quais estão vinculadas à prática social. Ou seja, cada grupo social elabora representações de acordo com sua posição no conjunto da sociedade, representações essas que emergem de seus interesses específicos e da própria dinâmica da sua vida cotidiana. Podemos dizer, então, que há uma certa homogeneidade das representações de um grupo social - o que não

significa igualdade - já que são indivíduos que compartilham um universo simbólico e uma mesma estrutura de linguagem.

Além do conceito de representação social, a noção de habitus corporal desenvolvida por Boltanski (1989) - enquanto uma dimensão do habitus de classe concebido por Bourdieu (1974) - ocupa um lugar privilegiado no nosso trabalho pois veio nos auxiliar no entendimento de como os indivíduos se relacionam com seus corpos e exprimem suas sensações de acordo com códigos de seu grupo social. De acordo com Bourdieu (1974), o corpo é a expressão e a materialização de um "habitus", definido enquanto um sistema subjetivo que se constrói a partir de estruturas interiorizadas na socialização primária (esquemas de percepção, de concepção e de ação), comuns a todos os indivíduos de um mesmo grupo ou classe social. Ou seja, o "habitus" é uma experiência subjetiva, mas não individual, compartilhada pelos indivíduos de um grupo social, já que submetidos aos mesmos condicionamentos, enfim, às mesmas condições gerais de existência. Isso é de extrema relevância para nosso estudo na medida em que consideramos a histeria uma construção feita a partir de representações - dentre as quais a de mulher, corpo e doença - que são amplamente variáveis de um contexto cultural para outro, o que possibilita o entendimento da imensa plasticidade das formas de expressão da histeria.

Portanto, uma vez entendido que o ser humano não pode ser tomado como sendo da ordem do universal e da essência, independente do tempo e lugar, desfaz-se também a idéia da

histeria enquanto essência feminina, emergindo a concepção de que ela como qualquer outra questão humana é indissociável do contexto, dos códigos, dos valores e crenças de uma sociedade. Assim, a histeria enquanto expressão humana está condicionada historicamente e se constrói em função das representações sociais. Esse ponto de vista que adotamos certamente sofre muita resistência no campo "psi" pois sabemos que a representação dominante de histeria na nossa sociedade é mediada pelo discurso médico, que por sua vez a toma enquanto realidade biológica, independente dos aspectos históricos e sociais. Dessa forma, a preocupação básica que orienta esse trabalho é buscar uma explicação para a mudança dos sintomas históricos que escape a esse modelo explicativo tão comum entre os profissionais "psi" que consideram a histeria de um ponto de vista naturalista. Em função disso queremos apontar que o discurso médico-científico é histórico, construído a partir das representações sociais e impregnado de juízo de valor, de maneira que as categorias psiquiátricas não estão isentas dessa marca cultural.

Organizamos esse trabalho em três partes. Na primeira delas discutiremos as questões relativas à mudança ocorrida no quadro clássico da histeria e o surgimento de uma nova apresentação clínica nesse final de século. Vamos procurar analisar a literatura referente à posição adotada pelos profissionais do campo "psi" em torno dessa mudança clínica e o caráter universalista atribuído à nova forma da histeria. Nosso



objetivo é tentar mostrar que essa perspectiva universalista da histeria está associada aos pressupostos individualistas preponderantes na nossa sociedade, entre os quais se incluem o modelo de "indivíduo" e a noção de mudança social, aqui tomada como valor e com um sentido de evolução e progresso.

No segundo capítulo nosso objetivo é enfatizar a relação entre a apresentação clínica da histeria e classe social, levando em consideração as diferenças que se estabelecem no plano das representações entre os segmentos da sociedade.

No terceiro capítulo tentaremos demonstrar o estreito vínculo entre histeria e representação de mulher, no sentido de tornar claro que desde a Antiguidade até os dias atuais, todas as teorias elaboradas em torno da histeria reforçaram e legitimaram o modelo de mulher vigente no imaginário social. Dessa forma, enfatizaremos a construção histórica dessa categoria clínica, onde a relação histeria-mulher pode ser compreendida como uma construção social e não como um dado natural.

A quarta parte do trabalho é metodológica e diz respeito à investigação desenvolvida com profissionais do campo "psi". Nela são apresentadas e discutidas as falas dos entrevistados relativas à mudança dos sintomas histéricos, e uma tentativa de compreensão dessa questão no universo "psi" é, então, apresentada.

Consideramos que a importância desse trabalho reside na sua proposta de contextualização das teorias "psi" e de reflexão acerca dos seus paradigmas universalistas. Concordamos com Bezerra (1992) que essas reflexões podem nos alertar para o "etnocentrismo de nossos ouvidos" (p.142), pois na medida em que buscamos uma compreensão do ser humano e de sua doença dentro de um contexto maior de significação - a cultura - e na medida em que se busca o significado particular que cada pessoa atribui a seu sofrimento, estamos almejando uma prática clínica mais contextualizada.

## CAPÍTULO I

### SOBRE A MUDANÇA DOS SINTOMAS HISTÉRICOS

Já faz muito tempo desde aquele em que uma mulher histérica podia ser reconhecida e diagnosticada com extrema facilidade. É com muita distância que olhamos para aquelas jovens mulheres plenas de sintomas conversivos, desmaios, paralisias e suores frios, tão comuns nos romances e relatos do final do século passado e nas primeiras décadas do nosso século. Hoje em dia percebemos uma histérica diferente daquela de outrora cujo quadro clínico atualmente é dado por desaparecido. É verdade, já não se fazem mais histéricas como antigamente. Elas sofreram o impacto do tempo, da nova ordem social, da emergência da psicanálise e das descobertas da medicina que transformaram radicalmente a visão que o ser humano tinha de si próprio e do mundo à sua volta, o que inevitavelmente modificou a maneira da mulher conceber e utilizar seu corpo.

Dessa maneira, para os teóricos do campo "psi", a modificação dos sintomas histéricos está diretamente relacionada às mudanças ocorridas na condição social da mulher, incluindo aí sua crescente participação no mundo público. Ou seja, a mulher desse final de século XX, diante de um novo quadro cultural e vivendo um outro momento histórico, não se

apresenta atualmente da mesma maneira que as suas antepassadas do século XIX. Ela deixou para atrás os velhos sintomas histéricos a favor de uma sintomatologia mais "condizente" com as exigências dos tempos modernos.

Em função disso, procuraremos nesse primeiro capítulo caracterizar a sintomatologia que as histéricas do tempo de Charcot e Freud apresentavam, para em seguida mostrar como elas se apresentam nos dias de hoje segundo o ponto de vista dos profissionais "psi".

### 1.1. A Histeria Fin-de-Siècle: Charcot e Freud

ALEMANHA, 1905:

"Uma jovem de trinta anos cuidadosamente vestida de negro entra na sala pelo braço da enfermeira, a curtos passos, quase arrastando os pés, senta-se na cadeira, caindo como se estivesse exausta de forças, produzindo a impressão de que está gravemente enferma. É esbelta e polida, parece algo melancólica, traz os olhos baixos. Seus dedos, primorosamente cuidados, brincam com um lindo lenço. Quando lhe dirigimos a palavra, fala em voz baixa, como de cansaço, sem levantar a vista, e nos enteiramos de que está completamente orientada. Em poucos minutos fecha suas pálpebras espasmodicamente, inclina sua cabeça para a frente, parecendo ter caído em profundo sono. Seus braços suspensos por seu próprio peso estão como paralisados. Se abrimos suas pálpebras veremos seus glóbulos oculares inclinarem-se para cima e se lhe damos uma alfinetada, só produziremos um ligeiro estremeamento, ao passo que se lhe salpicamos água fria, veremos suspirar intensamente, despertando e abrindo os olhos, e em seguida olhará com surpresa ao seu redor e voltará a si gradualmente. Nos diz que acaba de ter mais um

dos seus ataques de sono, dos quais vem padecendo há sete anos com certa irregularidade, as vezes muitos num só dia e com duração de poucos minutos a meia hora". (Kraepelin in Sauri, 1984:147) Tradução nossa.

Eis aqui um pequeno fragmento de uma das inúmeras sessões clínicas que foram realizadas no início desse século com pacientes histéricas. Certamente podemos considerar as aulas proferidas por Charcot em sua clínica na Salpêtrière, em torno de 1870, como as mais famosas demonstrações de manifestações histéricas de que se tem conhecimento, as quais terminaram por chamar a atenção do mundo científico da época.

Através da sua apurada observação clínica, Charcot procurou demonstrar que, ao contrário do que se pensava, a histeria não era uma simulação, nem muito menos dependente de uma perturbação do aparelho genital feminino - conforme sugeria sua designação oriunda de crenças milenares - e conseqüentemente uma doença exclusiva do sexo feminino. Tratava-se de uma doença funcional do sistema nervoso, que apresentava um conjunto de sintomas bem definidos que obedeciam a regras precisas. Para Charcot a histeria também podia ser observada em homens apesar da sua visível predominância no sexo feminino.

O esforço empreendido por Charcot na caracterização da histeria - atribuindo consistência e fixidez ao seu quadro clínico - teve como resultado tirá-la da marginalidade, já que era estigmatizada no meio científico. Como psiquiatra de seu tempo, Charcot procurou fazer uma descrição nosográfica da histeria que permitisse afastar de vez a idéia de que ela não passava de uma farsa e contribuiu para que ela deixasse de ser

o "grande enigma da psiquiatria do século XIX" (Freud, 1886). Assim foi montado um quadro clínico complexo que ficou conhecido como "A Grande Histeria ou Histeroepilepsia" (Charcot in Sauri, 1984:115) onde cada fase de seu desenvolvimento foi descrita com o mesmo rigor, objetividade e precisão que seriam dedicados à descrição de uma outra patologia médica que não carregasse o preconceito de ser considerada simulação ou exagero.

A "Grande Histeria" apresentava sintomas tais como os -ataques convulsivos; os distúrbios da sensibilidade como as anestésias e hiperestésias; os distúrbios da atividade sensorial que podiam afetar todos os órgãos dos sentidos, como era o caso da cegueira e surdez históricas, além dos distúrbios do olfato e do paladar; as famosas paralisias históricas que desprezavam a estrutura anatômica do sistema nervoso; as contraturas; e finalmente o aparecimento de zonas histerógenas, áreas supersensíveis do corpo nas quais um leve estímulo podia desencadear um ataque histórico. Entretanto, o que mais caracterizava a sintomatologia da histeria era o fato dos sintomas serem vividos de modo especialmente dramático pelas pacientes, causando forte impressão, espanto e compaixão nos observadores, sintomas que estavam acima de qualquer suspeita de lesão orgânica e que reagiam de modo satisfatório à sugestão hipnótica. Além disso, era típica a falta de interesse ou *belle indifférence* que as pacientes mostravam pelos sintomas.

Concordamos com Trillat (1991) de que foi a descrição formal e a ordenação de fenômenos que obedeciam a regras precisas e inutáveis, e que formavam um quadro clínico bem definido, o que garantiu a validade, a solidez e a unidade do

conceito de histeria no meio médico. Somente assim a histeria pôde gozar de um certo prestígio e interesse, naquele que foi o período onde mais se valorizou o experimentalismo na nossa história: o século XIX.

Assim, para Charcot a histeria tinha suas leis e se constituía numa entidade mórbida inatacável, não se tratando portanto de imitação, fingimento ou impostura, já que podia ser experimentalmente demonstrada. Em função dessas características, ele defendia com veemência a unidade do quadro clínico e a invariabilidade do ataque histérico em todas as épocas e lugares. Em 1887, Charcot foi de encontro àqueles que alegavam que o quadro clínico que ele havia descrito não passava de uma manifestação restrita aos limites da França, já que não se viam essas manifestações em lugares como a Alemanha ou Áustria. Defendendo-se da argumentação dos adversários, ele fez o seguinte comentário:

"Até parece que a histeroepilepsia só existe na França e mais particularmente apenas na Salpêtrière, como se eu a tivesse forjado por uma decisão pessoal. Seria algo estupendo para mim, saber que a impulso de meus caprichos e fantasias, teria eu o poder de criar enfermidades; mas na realidade, só sou aqui um fotógrafo. Afirmo o que vejo e seria muito fácil demonstrar que essas coisas não acontecem unicamente na Salpêtrière. Os relatos sobre os endemoniados da Idade Média estão cheios de tais fatos. Richer em sua obra, mostra que no século XV acontecia o mesmo que hoje. Eis aqui uma numerosa correspondência da América do Norte, a qual não tem relação alguma com a Salpêtrière e nela se descrevem histéropilépticas que se comportam exatamente como aqui". (Charcot in Sauri, 1984:121) Tradução nossa.

Percebemos assim que Charcot - enquanto médico do século XIX - lutou contra o obscurantismo que havia em relação à histeria, e que a aproximava de antigos quadros relacionadas à bruxaria e à possessão demoníaca. A partir do "espírito científico" da época que valorizava a objetividade, a precisão e a reprodutibilidade, ele argumentou que seu tratamento era viável. Charcot foi um dos psiquiatras, além de Pinel e Esquirol, que procurou demonstrar que as bruxas e feiticeiras da Idade Média eram na verdade mentalmente enfermas e que os sintomas identificados como marcas do demônio - tal como a insensibilidade de certas partes do corpo, os casos de possessão, as convulsões, os estigmas etc. -, eram inteiramente semelhantes ao que se podia observar nas histéricas da Salpêtrière. Só assim, fora do campo das crenças mágicas, a mulher histérica pôde tornar-se objeto de estudo da medicina, e os sintomas histéricos foram não só aceitos, tolerados e admitidos dentro do meio médico no século passado, mas também cultivados pelos próprios psiquiatras, no sentido do valor atribuído a essas manifestações enquanto "objeto" de pesquisa.

Além das pacientes observadas na *consultation externe* que Charcot realizava nas terças-feiras na Salpêtrière, outras histéricas tornaram-se conhecidas no final do século passado, pois constituíam-se em casos perfeitos da "Grande Histeria". Refiro-me às pacientes acompanhadas por Freud em sua clínica em Viena, que exibiam aquelas características gerais da sintomatologia histérica, tal como havia sido descrita por Charcot: exagero das reações, falta de suporte orgânico, e o comparecimento dos sinais típicos: anestésias, paralisias e contraturas. Já mesmo antes de Freud, Breuer em 1880 tratou de



uma paciente, Anna O., que padecia de uma paralisia rígida da perna e do braço direito, acompanhada de anestésias dos mesmos. Além disso, apresentava perturbações do movimento dos olhos e diversas alterações da visão, dificuldade de manter erigida a cabeça, intensa *tussis nervosa*, repugnância aos alimentos e uma vez, durante várias semanas, incapacidade de beber, apesar da ardente sede que a atormentava. Sofria por último, de uma diminuição da faculdade de expressão, que levou à perda da capacidade de falar e entender sua língua materna, associando-se a tudo isso estados de ausência, alheamento, delírio e alterações da personalidade.

Por sua vez, as pacientes atendidas pelo próprio Freud também se caracterizaram por sua sintomatologia inconfundível, como foi o caso de Frau Emmy Von N., que iniciou o tratamento em 1889 porque se recusava a comer e a beber qualquer coisa, evocando dores gástricas. Apresentava tiques no rosto e nos músculos do pescoço, além de um curioso estalido com a boca, delírio histérico, gagueira e enxaquecas. Já no caso de miss Lucy R., encaminhada a Freud no final de 1892, além das fortes crises de depressão com desânimo e fadiga, se queixava também de peso na cabeça, pouco apetite e perda de eficiência. Lucy vivia atormentada por um cheiro de pudim queimado e por uma analgesia geral pelo corpo sem muita definição, mas sem nenhuma perda da sensibilidade tátil. Fraülein Katharina por sua vez, sofria de falta de ar, tinha a sensação da garganta apertada (*globus hystericus*), sentia fortes marteladas e zumbidos na cabeça, além de uma sensação de ter sempre alguém atrás dela pronto para lhe agarrar de repente. Por volta de 1892, também foi encaminhada a Freud, uma paciente que sofria de dores nas

pernas e tinha grande dificuldade para andar. Elisabeth Von R., devido a esse seu problema, caminhava com a parte superior do corpo inclinada para frente e sentia dores indefinidas cuja origem não conseguia ser detectada pelo exame clínico (Freud, 1895). Finalmente Dora, paciente que apresentava uma sintomatologia composta de afonia, enxaquecas, dispnéia, acesso de *tussis nervosa*, depressão e um *taedium vitae*, que constituíam no entender de Freud, um quadro tipicamente histérico (Freud, 1905).

Como podemos observar, a descrição nosográfica da histeria ficou bastante caracterizada no final do século passado, podendo ser facilmente identificada em função da peculiaridade dos sintomas e do quadro clínico em geral. Com o nascimento do alienismo durante o século XIX, assistiu-se a um enorme esforço por parte da medicina de precisar o lugar da histeria no conjunto das doenças mentais e definir seus sintomas e sua evolução. Dessa maneira, podemos dizer que o século XIX foi um momento especialmente propício ao aparecimento dessas manifestações por dois motivos: pelo afã científico que guiava todas as pesquisas médicas e pela representação de mulher presente no imaginário social, inclusive no discurso da medicina. No primeiro caso, isso resultou na utilização de modelos rígidos de categorização da histeria - a classificação nosográfica -, a qual terminou dando corpo e legitimidade ao saber psiquiátrico no meio social. No segundo caso, a própria delimitação da histeria enquanto uma entidade clínica bem definida foi orientada a partir da crença de que ela não passava de uma exarcebação das características "naturais" da mulher. Ou seja, as descrições

médicas sobre a mulher histérica coincidiam plenamente com a representação de mulher vigente no final do século XIX, apontando assim que nas concepções da medicina havia uma verdadeira imprecisão de limites entre histeria e mulher. Diante disso, entendemos que a histérica clássica, vaporosa, nada mais era do que um sintoma social.

## 1.2. Da Histérica Clássica à Mulher "Moderna":

### A Metamorfose de um Sintoma

Vimos como por volta dos anos 1870 surgiu o quadro clínico da "Grande Histeria" e como se deu sua difusão no mundo médico-psiquiátrico. Entretanto, queremos deixar bem claro que as observações precedentes referem-se essencialmente à mulher histérica do final do século XIX e início do século XX, já que de lá para cá muita coisa mudou quando se trata da sintomatologia da histeria. Perguntamos então com Nasio:

"Para onde foram aquelas histéricas de outrora, aquelas mulheres maravilhosas, as Annas O., as Doras, todas aquelas mulheres que se tornaram as figuras matriciais de nossa psicanálise?"

(Nasio, 1991:9)

De fato, hoje em dia é possível perceber que aquela sintomatologia tão peculiar e inconfundível de algumas décadas atrás e que caracterizava a paciente histérica sem deixar dúvidas, praticamente desapareceu tornando-se uma raridade no cenário atual do campo "psi". Os profissionais desse campo de

saber concordam que a histeria não é mais a mesma e que ela deixou para atrás os traços típicos do contexto do século passado que chamaram atenção da comunidade científica da época. Vejamos, então, de que maneira teóricos da psiquiatria e da psicanálise pensam essa questão.

No meio psiquiátrico, por exemplo, frequentemente são feitas referências a uma nova configuração clínica que em muito difere daquela que ao longo dos anos aprendemos identificar, ou seja, aquela histérica clássica da época de Charcot e até mesmo, de tempos mais recentes, cujo quadro clínico por ser tão bem definido e organizado, não oferecia nenhum problema quanto ao diagnóstico. (Coleman, 1973; Kolb, 1976; Mayer-Gross, Slater e Roth, 1976; Mackinnon e Michelis, 1981; Bleuler, 1985; Kaplan e Sadock, 1990). Essa diferença está refletida na última Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 de 1993 onde há uma orientação no sentido de "evitar o termo histeria tanto quanto possível, em virtude de seus muitos e variados significados" (CID-10, 1993:149) e onde não existe mais nenhuma descrição da histeria como uma síndrome organizada, com sintomatologia definida, conforme constava ainda na classificação anterior (CID-9, 1985:191). Isso evidentemente nos revela que até mesmo no campo do saber psiquiátrico, onde se faz uso comumente de categorias a-históricas de classificação das doenças mentais, o fenômeno da mudança dos sintomas históricos é reconhecido. A psiquiatria admite que as históricas de hoje diferem substancialmente de suas antepassadas, plenas de ataques e sintomas conversivos, que foram alvo de grande interesse por parte da medicina do final do século XIX e que povoavam a literatura da época.

"É interessante observar as mudanças ocorridas em relação à histeria e de como ela é sensível ao zeitgeist, assim como aos interesses e teorias dos médicos de todas as épocas. O tipo preferido de manifestação variou bastante durante o curso da história da humanidade, como podemos notar desde o útero errante, frustrado por desejar crianças, da Antiguidade greco-romana; o afugentamento dos demônios da Era pré-científica e a caçada às bruxas do século XVII, até os dias das "atitudes passionelles" da época de Charcot, agora não mais observadas". (Mayer-Gross et al, 1976:124)

Podemos observar na literatura psiquiátrica contemporânea que a mudança dos sintomas histéricos é pensada como uma decorrência inevitável do desinteresse progressivo da medicina em relação à histeria nessas últimas décadas. Os psiquiatras apontam para o fato de que não é possível esquecer quanto prestígio gozava o sintoma histórico no meio científico e como aos poucos ele foi perdendo sua importância em função do desenvolvimento do saber médico-psiquiátrico. Segundo Coleman,

"Numa época em que os médicos não acreditam que alguém "fique" cego, surdo ou paralítico de repente, os pacientes apresentam menos tais sintomas e um maior número de dores e queixas vagas, mais dificilmente diagnosticadas como funcionais... É que o valor adaptativo dos sintomas se perde se com exame médico superficial, for possível demonstrar que não têm base orgânica. Isso não significa necessariamente que o paciente se impressione muito com essa prova, mas a sociedade já não se impressiona tanto - e disso resulta que os sintomas perdem as várias vantagens primárias e secundárias ligadas à aceitação social"

(Coleman, 1973:283)

Já para Ramadam (1972), se as histéricas precisam de platéia, é perfeitamente compreensível que a sintomatologia

histérica esteja nitidamente associada às diferentes atitudes assumidas pelos médicos nas diferentes épocas, de forma que, enquanto uma patologia que se distingue das outras por seu caráter sugestionável e teatral, a histeria não poderia deixar de acompanhar o desenvolvimento da medicina.

"O fenômeno histérico só tem sua razão de ser nas pessoas e situações - é dirigido ou pelo menos, se dá como tal, e aparece ou se modifica segundo um contexto significativo pessoal, grupal ou sócio-cultural" (Ramadam, 1972:57)

Fazendo a *História da Histeria*, Trillat (1991) vem de certa forma corroborar a tese dos autores acima de que a mudança dos sintomas histéricos não passa de uma manobra realizada pela histérica no sentido de adaptar-se às novas exigências do mundo médico. Em outras palavras, Trillat acredita que foi a partir do momento em que os médicos pararam de se interessar por ela e renunciaram ao desejo de resolver seus "enigmas", ou melhor, suas provocações, que as histéricas perderam a aura misteriosa que as envolvia desde a Antiguidade e aquelas manifestações espetaculares sumiram de vez de cena.

"...ainda que Charcot não tenha visto que a histeria não era senão o espelho de seus próprios desejos, o objeto dócil ou desejante de suas demonstrações, o sintoma lá estava para manter uma situação de fascinação recíproca. O sintoma vai desaparecer a partir do momento em que o médico se recusou a manter essa relação, recusou essa cumplicidade" (Trillat, 1991:280)

Portanto, o que percebemos no campo da psiquiatria em relação à nova apresentação clínica da histeria que se faz presente nesse final de século, é que ainda permanecem muito

vivas concepções baseadas principalmente no caráter de imitação e de simulação tradicionalmente privilegiado na histeria, como se as mudanças ocorridas na sua sintomatologia não passassem de um produto do poder sugestivo do olhar médico sobre as histéricas. Quer dizer, a histeria se apresenta de acordo com quem a vê. Se o olhar de Charcot e de seus discípulos no século XIX estava marcado por um desejo que a histérica se mostrasse e se exibisse numa sintomatologia espetacular, essa o que fez, na verdade, foi corresponder plenamente a tal desejo oferecendo-se conforme era esperado pela sua platéia. Segundo Ramadam (1972), nunca podemos excluir dos sintomas psiquiátricos, entre os quais os histéricos, o significado que têm para os outros. Esse autor, abordando a histeria do ponto de vista da fenomenologia, acredita que o significado do sintoma deve ser buscado não no inconsciente do paciente, porém fora dele, nas pessoas com que direta ou indiretamente está envolvido, às quais sempre se dirigem tais sintomas. Observamos assim que para a psiquiatria, em função do constante avanço das teorias médicas em relação à histeria, o olhar médico mudou, impelindo as histéricas a também mudarem, trocarem de sintomas, o que vem confirmar a velha idéia de que não passam de simuladoras.

Pensamos ser pertinente o fato da apresentação da histeria depender de quem a observa, tal como o campo psiquiátrico nos sugere. Afinal existe na histeria como em qualquer outra doença, uma intrincada rede, uma interdependência entre o que é dito e pensado pelo médico e que é vivido e sentido pelo paciente. Consideramos apropriado assinalar que o fenômeno histórico se coloca num plano relacional onde o sentido do sintoma não se dá de imediato, mas

depende da significação atribuída pelo observador em função da sua inserção cultural. Ou seja, é possível pensarmos na existência de outros sentidos para a histeria além daquele definido a priori pelas teorias "psi". Foucault (1988) aponta para essa questão quando considera que a Salpêtrière de Charcot serviu de exemplo da interdependência que existiu entre psiquiatras e pacientes para a consolidação do quadro clínico da histeria:

"Era um imenso aparelho de observação, com seus exames, seus interrogatórios e suas experiências, era também maquinaria de incitação com suas apresentações públicas, seu teatro das crises rituais cuidadosamente preparadas com éter ou nitrato de amilo, com seu jogo de diálogos, de apalpações, de posturas que os médicos incitavam e delimitavam, para uma imensa platéia que olhava, provocava e anotava" (Foucault, 1988:55)

Entretanto, ao invés de se tratar apenas de uma simples tentativa de corresponder aos novos padrões determinados pelo saber médico, no nosso ponto de vista, a configuração assumida pelas histéricas de hoje ultrapassa a questão da simulação e nos aponta para o fato de que a representação de mulher vigente no final desse século é diferente da que existia no passado. As teorias, o olhar ou a escuta que se tem atualmente sobre a histeria estão permeados pelos novos padrões de mulher "moderna" que passaram a vigorar a partir do início desse século. Não é possível pensar a histeria como uma criação médica sem ter em mente que o próprio discurso médico é construído a partir das representações sociais. Logo, é inconcebível fazer uma caracterização da



histeria desvinculando o que é pensado e produzido no meio médico do contexto histórico-social. Isso seria manter a ilusão de existência de um conhecimento que pudesse estar definitivamente isento das representações da sociedade, que não veiculasse valores e visões de mundo historicamente construídos. Entendemos assim que o aparecimento e a consolidação no século passado da histórica clássica expressavam o imaginário da época, onde o lugar destinado à mulher na sociedade, como também a sua própria forma de adoecer, estavam atrelados à representação de mulher vigente e às determinações culturais em termos da sua expressão corporal. Consideramos que a representação de mulher "moderna" presente no imaginário médico de hoje é a que encarna a nova sintomatologia histórica.

Já os teóricos da psicanálise também se referem a uma histórica mais sofisticada, mais discreta e sutil, que se apresenta sob outras formas clínicas menos espetaculares, despojada daqueles sintomas esteriotipados, bem diferente das históricas da velha Salpêtrière (Langer, 1981; Kehl, 1987; Bleichmar, 1988; Mayer, 1989; Perrier, 1992). Para alguns, essa diversidade é tamanha que atualmente já não se vê muita diferença entre uma mulher histórica e aquela que corresponde aos padrões de normalidade feminina em nossa cultura (Goldin e Piedmonte, 1978), o que, aliás, não é motivo de espanto, pois desde sempre a histeria foi considerada apenas a exacerbação de características próprias à mulher. É como se a histórica sofisticada e discreta que frequenta os consultórios hoje em dia e que cada vez menos se apresenta por meio de sintomas físicos, fosse o correlato - na patologia - do modelo de mulher

"moderna" vigente na cultura das classes média/alta nesse final de século XX.

Segundo o ponto de vista daqueles que pertencem ao campo psicanalítico é óbvio que os típicos quadros histéricos tenham desaparecido, que não existam mais hoje em dia e que sejam coisa do passado. Existe aqui uma idéia generalizada de que essa mudança deve-se às transformações sofridas pelas mulheres ao longo do século e aos ganhos alcançados com sua luta na sociedade. Para alguns profissionais como Bleichmar (1988), foi-se o tempo em que a mulher precisava recorrer à mensagens corporais extravagantes para ser escutada e fazer uso de uma sintomatologia que "desqualificava" o gênero feminino. Hoje, devido as inúmeras conquistas sociais, à sua emancipação e independência, a mulher não poderia permanecer presa a um tipo de sintomatologia que ao longo dos anos foi adquirindo um caráter desvalorizado e pejorativo. Em outras palavras, para essa psicanalista, os sintomas clássicos da histeria desapareceram em função das próprias transformações ocorridas no universo feminino, principalmente na idéia que a mulher era apenas apêndice psicológico e social do homem. Trillat (1991), que é um psiquiatra, concordando com os psicanalistas, nos diz que a própria sociedade contemporânea não tolera mais aquela sintomatologia clássica da histeria, pura expressão de impotência e passividade, nem

"aqueles estados de morte aparente que desde a Antiguidade faziam correr o risco de enganos trágicos; as poses mantidas sem fadiga durante horas, a tração do corpo em arco de círculo onde a cabeça juntava-se ao calcanhar; aquela insensibilidade que não chegava a acordar nem com agulhas grossas atravessando o braço de

lado a lado; nem as anestésias que podiam  
passar de um lado para outro do corpo"

(Trillat,1991:284)

Assim, em função dessa mudança cultural, para esses psicanalistas, não chega a ser um enigma que as crises conversivas e os sintomas de despossessão sejam uma relíquia, já que também não é mais comum encontrar mulheres que aceitam os velhos esteriótipos da feminilidade como a dependência e a passividade. É claro que a histeria não ficou alheia às mudanças ocorridas na representação social da mulher nas diferentes épocas; ela se metamorfoseou, já que também hoje em dia,

"a mulher não se disfarça sob nenhuma máscara de feminilidade cujo modelo era o da donzela aos cuidados de religiosas que lhe ensinavam a arte do bordado e do recato"

(Bleichmar,1988:194)

Langer (1981), por exemplo, considera que ao invés da "Grande Hystérie", o que se vê agora é o incremento dos transtornos das funções procriativas da mulher, isto é, dificuldades na menstruação, concepção, fertilidade e lactância, apesar do constante desenvolvimento da medicina nessa área. Ela acredita que tais transtornos se originam dos conflitos da mulher moderna, hoje fundamentalmente diferentes, devido a nova posição que ela ocupa na sociedade:

"nossas avós, na presença de um rato, subiam numa cadeira, recolhiam as saias, mas não tinham dificuldade para amamentar seus filhos; enquanto que as jovens atuais sabem dirigir carros, ambulâncias e até aviões, mas frequentemente não sabem alimentar suas

crianças ou renunciam de antemão a essa tarefa"  
(Langer, 1981:18)

Dentro da perspectiva de Langer, o aparecimento da histeria como sintoma privilegiado na mulher no final do século passado, foi uma consequência das severas restrições no campo sexual e social impostas à mulher, e seu desaparecimento deve-se às restrições impostas pelas atuais circunstâncias sociais, não mais à liberdade sexual, mas à maternidade. Observamos assim que a questão da transformação dos sintomas histéricos se relaciona com a representação de mulher e com os ideais femininos construídos na sociedade. Para essa psicanalista é como se a queda da maternidade como ideal feminino operada há algum tempo tivesse tornado a maternidade o campo propício ao aparecimento de sintomas histéricos, tal como foi antes a sexualidade, alvo de controle constante da sociedade e portanto, superinvestido pelo social.

Bleichmar (1988) e Perrier (1992) concordam que no lugar da grande neurose ficou uma vaga e imprecisa evitação da sexualidade, ou mesmo uma hiperatividade sexual, como forma de reação atual da histeria. Apareceram as "mulheres fálicas" (op.cit, 1988:194) em franca e aberta rivalidade com os homens, cujo objetivo é erigir-se como uma mulher independente, obter reconhecimento, poder, e valorização para seu gênero. É a "vertente ofensiva" da histeria (op.cit.p.68) que evoca uma outra conjuntura clínica diferente da clássica semiologia da conversão:

"É a militante da verdade do sexo e do amor que vem aqui encontrar o analista...São as filhas da *Inteligentzia* parisiense que vêm demonstrar

com brio os últimos progressos da  
caracteriologia histórica, através das anedotas  
libertárias de uma hiperatividade sexual"  
(Perrier, 1992:70)

De fato concordamos com tais autores, quando se trata de abordar a questão da mudança dos sintomas históricos ligada à sua valorização cultural. Segundo Geertz (1989), a cultura refere-se às teias de significados tecidas pelo homem, às quais ele se encontra inevitavelmente amarrado. Com base nisso, pensamos que a forma que os sintomas adquirem, a maneira como se expressam, tudo isso está permeado pelos significados fabricados por uma determinada cultura. Entendemos também que existe uma relação de determinação recíproca entre sintoma e cultura, ou seja, a cultura modela os sintomas que por sua vez vêm dar significado à sociedade. Em outras palavras, através dos sintomas - considerados aqui como construções simbólicas - podemos ter acesso aos valores e significações da sociedade. Compreendemos assim que as diferentes formas assumidas pelos sintomas históricos expressam a variedade dos modelos e representações do adoecer em nossa sociedade, o que vem contrariar a crença de Charcot (1984) na sua invariabilidade no tempo e no espaço.

Entretanto, diferentemente da opinião dos autores acima, que consideram essa mudança na sintomatologia histórica um fenômeno próprio à totalidade das mulheres desse final de século, pensamos que é um equívoco atribuir à nova configuração clínica da histeria um caráter universal, como se todas as mulheres indistintamente tivessem adotado os padrões considerados "modernos" de se expressar. Como enquadrar todas

as mulheres numa categoria única, indiferenciada, como se as diferenças culturais, sociais e econômicas pudessem ser desprezadas, ou então, não marcassem nenhuma diferença quanto a maneira de cada uma delas se perceber e usar seu corpo?

Nesse sentido, um dos objetivos do nosso trabalho é mostrar que a representação de mulher subjacente ao discurso "psi" - a mulher "moderna" - ao invés de universal, é uma construção muito particular às classes média/alta urbanas, as quais estão montadas no ideário moderno de igualdade e liberdade (Duarte, 1988) que preza valores como progresso e mudança social. Queremos argumentar, a seguir, que esse modelo de mulher não é o único que existe, que não há similaridade entre mulheres de todas as culturas, daí a permanência ainda hoje nas classes populares de sintomas históricos que escapam à nosografia sutil e sofisticada típica das pacientes de classe média. Trata-se, portanto, de um equívoco, pensar a nova configuração clínica da histeria como o resultado final de um processo de mudança social comum à todas as mulheres dos mais diversos contextos sociais.

## CAPÍTULO II

### A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA HISTERIA

Procuramos anteriormente demonstrar a mudança ocorrida em termos da apresentação clínica da histeria da época de Charcot até os dias atuais, e a maneira como essa transformação é pensada no campo "psi". Procuramos também apontar como existe uma tendência entre os profissionais desse campo teórico em considerar a nova configuração da histeria um fenômeno universal, próprio à todas as mulheres desse final de século.

Porém, não é desconhecido o fato de que hoje em dia ainda podemos encontrar histéricas como as do tempo de Charcot e Freud, o que vem contrariar a crença generalizada de que não passavam de peça de museu. No nosso ponto de vista, isso se apresenta como um problema teórico, e nesse sentido, argumentaremos que a universalidade atribuída à mudança dos sintomas histéricos às mulheres dos mais diversos contextos está relacionada com alguns pressupostos presentes no campo "psi", a saber:

a) a mulher é tomada enquanto uma categoria única, indiferenciada, universal. Ou seja, considera-se que o modelo "moderno" representa o universo feminino.

b) o modelo de indivíduo, tal como foi concebido por Louis Dumont (1985), que predomina no campo "psi", é considerado uma representação universal, ao invés de uma construção particular à sociedade ocidental e em particular, às classes média/alta da população.

c) há um predomínio do uso de categorias universalista-essencialistas quando se tenta compreender fenômenos como saúde, doença e a própria histeria, de maneira que a dimensão social desses fenômenos não é levada em consideração.

Dessa forma, nosso objetivo é mostrar que existe uma relação muito próxima entre histeria e as representações sociais, que por sua vez diferem de um contexto cultural para outro, inviabilizando qualquer tentativa de universalização do fenômeno da mudança dos sintomas histéricos, encontrado atualmente nas classes média/alta urbanas.

### **2.1. Mulher ou Mulheres?**

Mencionamos anteriormente que a mudança dos sintomas histéricos é particularmente visível nas classes média/alta urbanas - onde já não se vê mais aqueles quadros clássicos de conversão tão comuns há algumas décadas - e apontamos sua relação com a representação de mulher vigente nesse espaço social. Partindo disso, vamos procurar mostrar como surgiu esse modelo de mulher na nossa sociedade e de que forma ele está



ligado à nova forma de apresentação da histeria. Tentaremos argumentar que existem outras representações de mulher em nossa sociedade e que a apresentação clínica da histeria está vinculada ao modelo de mulher particular a cada classe social. Com base nisso, vamos defender a idéia de que a histeria não muda só no tempo, de uma época para outra, mas também de um lugar para outro, já que está diretamente ligada ao contexto cultural e atravessada por valores que se transformam ao longo da história.

Tomemos assim a representação atual de mulher típica dos estratos médios da população: mulher "moderna" que trabalha fora do espaço doméstico, que tem um projeto profissional; mulher que luta cada vez mais por um espaço no mundo público e por uma realização pessoal para além da maternidade. Sabemos, que o modelo de mulher ideal nem sempre foi esse, que é na verdade, uma construção muito recente na nossa história.

Durante o século XIX e início do século XX ficou consolidada no Brasil a imagem da mulher glorificada e venerada como mãe, esposa e dona de casa, responsável pelo bem estar da família, atenta aos mínimos detalhes da vida cotidiana. Esse perfil de mulher vigorou praticamente até a década de 50 quando a sociedade brasileira começou a passar por grandes mudanças em relação às representações dominantes até então. Foi uma época de grande desenvolvimento econômico marcada por transformações políticas e sociais principalmente observadas nas camadas médias da população. O lema dessa época se fazia representar pelos ideais da mudança, progresso e modernização, representações idealizadas e muito poderosas, altamente

difundidas nas classes médias. Segundo Santos (1990), podemos considerar como representações ideais,

"Todo um conjunto de imagens que vinculadas através de discursos e práticas sociais "condensam" em "tipos ideais" as aspirações e desejos de um dado grupo social, dentro de um período histórico particular" (Santos,1990:7)

Nesse mesmo período os comportamentos também sofreram um processo acelerado de transformação no sentido da realização dos desejos de progresso e sucesso, assim como de mudança e ascensão social, que haviam se difundido pela população das classes médias, desejos característicos da nova ordem social. Discutindo a questão do individualismo no Brasil, Russo (1993) mostra como modernizar-se significou agir como indivíduo, ou seja, acatar os ideais da ideologia individualista. Segundo Louis Dumont (1985), quando falamos de indivíduo designamos ao mesmo tempo:

"...de um lado o sujeito *empírico* que fala, pensa e quer, ou seja, a amostra individual da espécie humana, tal como a encontramos em todas as sociedades; do outro, o *ser moral*, independente, autônomo e por conseguinte, essencialmente não-social, portador dos nossos valores supremos, e que se encontra em primeiro lugar em nossa ideologia moderna do homem e da sociedade" (Dumont,1985:37)

De acordo com Velho (1987), é essa confusão entre a noção de indivíduo biológico - representante da espécie humana - e a noção de indivíduo enquanto ser moral, enquanto valor -, noção que é dominante e limitada à sociedade ocidental moderna, que permeia as teorias "psi". Do mesmo modo Duarte (1988)

mostra que muitas inadequações da doutrina freudiana tem sua origem no fato de tomar o indivíduo-valor como paradigma humano.

Retomando nossa discussão, podemos dizer que o que caracteriza uma sociedade do tipo moderno é quando o indivíduo - tomado enquanto valor - está acima de tudo, acima do todo social. Ao contrário, nas sociedades hierárquicas ou tradicionais esse valor se encontra na sociedade, ou seja, a totalidade social prevalece sobre os indivíduos (sujeito empírico). A nossa sociedade moderna privilegia valores como a liberdade e a igualdade, ao passo que nas sociedades holistas, a interdependência e a hierarquia estão em primeiro plano. Na sociedade brasileira, segundo Russo (1993), o indivíduo enquanto ser moral, valor, teria se mantido em uma vertente denominada psicológica e teria sido desprovido do que foi chamado de vertente jurídica. Vejamos o que isso significa:

"No plano jurídico "individualismo" significa igualitarismo, papel anônimo de cidadão com direitos e deveres a serem respeitados, leis gerais e universais. No plano psicológico "individualismo" significa singularidade (uniqueness), direito de opção pessoal, ênfase no espaço interno e nas qualidades inerentes de cada um em detrimento da posição dada de antemão na sociedade" (Russo, 1993:50)

Dentro desse novo contexto social, de valorização das individualidades e particularidades, a modernização da mulher era urgente. Havia uma exigência para que ela se mantivesse sempre atualizada e informada, e passou-se a aceitar cada vez menos o tipo dona de casa, rainha do lar, mulher modesta e recatada, dedicada ao casamento e à felicidade dos filhos.

Nasceu assim uma nova representação ideal para o gênero feminino, caracterizada pela sua independência, originalidade das idéias, gosto pelo progresso, pela ciência e pela distância com relação aos conceitos religiosos (Santos,1990). Foram então essas qualidades que a partir desse momento passaram a dominar o imaginário social servindo de campo para a formação de uma nova subjetividade feminina. Nos anos 60-70 estava enfim consolidada a imagem da mulher moderna, independente, que serviu de modelo para as mulheres das classes médias. Podemos dizer que esse modelo pode ser considerado um desdobramento da ideologia individualista pois trazia implícito o valor da mulher como indivíduo, baseava-se no princípio da igualdade entre os sexos e apostava numa subjetividade feminina singular (Bicalho,1988). O próprio movimento feminista - luta política das mulheres por direitos iguais aos dos homens - segundo a análise de Franchetto et alii (1981), foi um movimento social baseado em valores individualistas. Tais autoras chamaram a atenção para o fato de que foram as mulheres das classes médias - classe social onde predomina a representação de indivíduo como ser moral - aquelas que se lançaram à prática feminista.

É possível então perceber que nessa nova conjuntura social não havia mais lugar para aquela mulher orientada por antigos ideais de maternidade e de um casamento bem sucedido. Ela só vinha comprometer a sedimentação do novo modelo de mulher que se formava. Nesse contexto, a imagem da mulher infantilizada, nervosa, dramática, sempre irritada e insatisfeita, passou a ser desvalorizada, como também seu correlativo na loucura: aquela histérica repleta de sintomas conversivos, despossuída de si, que expressava seus conflitos

em crises exibicionistas, marca de um tempo passado, de uma mulher do passado. Nesse clima de mudança, de transformação social, a histórica não podia continuar como se o tempo tivesse parado: era preciso adaptar-se aos novos padrões de mulher moderna.

Certamente as teorias psiquiátricas e psicanalíticas estão diretamente associadas a essas mudanças ocorridas na representação social da mulher que dominavam até a década de 50. São teorias que na verdade só vieram reforçar e legitimar o discurso moderno sobre a mulher, já que tinham a expectativa de que cada uma delas se comportasse dentro desse novo modelo. Como foi dito por Figueira (1985), Santos (1990) e Russo (1993), foi nesse contexto de transformação da sociedade brasileira e de consolidação dos novos ideais de acordo com a ideologia individualista, que as teorias e práticas psicológicas se difundiram e geraram um certo estilo de vida (Ethos) e uma certa visão de mundo (Eidos) específicos, que frutificaram nas classes médias urbanas. Não é nosso interesse aqui discutir essa questão, mas concordamos com tais autores no sentido de que a sedimentação do discurso psicológico só foi possível porque ele se articulava plenamente com a representação ideal do sujeito moderno, evoluído, independente e autônomo. A psicanálise por exemplo, é fruto dessa ideologia, trabalha a partir e dentro dela, é uma ferramenta adequada a esse contexto (Duarte, 1988).

Entretanto, conforme ressalta Velho (1980), enquanto em certas culturas o "indivíduo" é o foco ideológico central, isso não acontece em outras, em função de peculiaridades econômicas, políticas e simbólicas. Em uma sociedade como a nossa, tão diversificada nos seus modelos culturais, essa concepção de indivíduo não pode em absoluto ser tomada como a única representação possível, até porque ela está intimamente relacionada com o desenvolvimento da família nuclear, privada, modelo pregnante nos estratos médios da população. Dessa maneira, a tarefa que a antropologia vem tentando cumprir é a de demonstrar a não universalidade dessa representação, particular às sociedades modernas, e que existem outras maneiras do ser humano se fazer representar. Duarte (1988), por exemplo, mostrou que a subjetividade das classes trabalhadoras não corresponde ao modelo de indivíduo adotado pelas classes médias. A cultura das classes trabalhadoras é hierárquica e holista e, ao contrário das classes médias - onde há uma ênfase na singularidade e na individualidade - valoriza muito mais a coletividade e a comunidade, como se "a identidade pessoal se confundisse com a identidade de grupo" (p.136).

A partir desses dados, consideramos importante enfatizar que a representação de mulher moderna presente no campo das teorias "psi", ao invés de ser a única representação que existe do universo feminino, é apenas uma das maneiras possíveis de se representar a mulher. Além disso, é uma representação própria às classes médias, não podendo ser

generalizada às demais classes sociais, até porque sabemos através da história, que as mulheres das classes populares sempre escaparam do ideal de mulher que vigora nas classes mais favorecidas (Saffioti,1969; Soihet,1986; Soares,1986; Rago,1987; Bicalho,1988; Perrot,1988). Por outro lado, atribuir a uma representação tão específica como essa um caráter de universalidade, é assumir uma postura etnocêntrica, é admitir que a mulher faz parte de uma categoria única, indiferenciada. Como bem disse Franchetto et alli (1981) é desconsiderar que a mulher é um sujeito social e como tal "não é uma realidade homogênea e monolítica, mas vive, existe na concretude das diferenças sociais e culturais que a constituem" (p.43). Pensamos assim que a mulher é uma construção social, não existindo portanto uma categoria única e natural onde todas as mulheres possam ser inseridas. Em outras palavras, não existe a mulher, existem mulheres!

## 2.2. Histeria, Corpo e Classe Social

Procuramos desenvolver no item anterior a idéia de que o modelo de mulher que predomina nas teorias "psi" é o da mulher "moderna" identificada com os ideais da ideologia individualista. Objetivamos mostrar como tal concepção ao invés de universal é particular às classes média/alta urbanas,

existindo portanto outras representações que variam de uma classe social para outra. Observamos também que o fato dessa representação ser eleita como a única existente no universo feminino faz com que esse campo teórico opere de uma maneira tal que desconsidera a diversidade que existe em relação à representação de mulher entre as classes sociais. Em função disso, a compreensão dos sintomas histéricos - diretamente ligados à representação de mulher - se mantém fiel a uma tradição médica que se utiliza de pressupostos universalista-essencialistas que desconhecem a marcação histórico-cultural desses fenômenos.

Nesse momento nosso interesse volta-se para a questão da apresentação clínica da histeria e sua relação com a representação do corpo própria a cada classe social. Consideramos que em cada um desses contextos são utilizados códigos culturais específicos que instituem diferentes maneiras de habitar e usar o corpo e que possibilitam o aparecimento de uma sintomatologia histérica compatível com essas representações.

Sabemos que nas classes populares é muito frequente o aparecimento de um quadro clínico composto de anestésias, paralisias e conversões, sintomas que remetem à fisicalidade do corpo, hoje desaparecidos nas classes média/alta onde predomina uma vertente mais psicológica da histeria. Concordamos com Duarte (1988) e Freire Costa (1987,1989) que nas camadas populares existe uma maneira própria de expressão dos conflitos - a doença dos nervos - que está ligada a um critério de organicidade, onde o corpo ocupa um lugar central e se



constitui no principal instrumento de comunicação. Por outro lado, o corpo nas classes médias tem um outro valor: é um corpo subjetivado, interiorizado, fruto da ideologia dessa classe, que determina uma apresentação clínica da histeria descorporificada, psíquica, mais subjetiva.

Segundo Duarte (1988) existe um vínculo "íntimo e necessário" (p.107) entre a configuração psicológica assimilada pelas classes média/alta, constituída e desenvolvida a partir da psicanálise, e a ideologia individualista que tem na noção de sujeito seu marco fundamental. Será dentro dessa perspectiva que iremos abordar a questão das diferentes apresentações clínicas da histeria nas classes sociais, juntamente com a noção de "habitus corporal" elaborada por Boltanski (1989).

É preciso enunciar primeiramente que a nossa discussão em torno da relação entre apresentação clínica da histeria e representação do corpo está baseada sobretudo na idéia, presente em toda a história da histeria, de que ela é uma questão que remete ao corpo da mulher. É notável o fato de que as descrições em torno da histeria sempre convergiram para o plano corporal e, ao contrário do que se pensa, ainda hoje permanece a idéia de que a histeria está irremediavelmente ligada à natureza feminina. Notamos que ainda que antigas concepções que tomavam o útero como responsável pelos males histéricos tenham cedido frente às descobertas no campo da medicina, é certo que elas não perderam sua força no imaginário social. Todavia não é nosso interesse desenvolver essa questão de modo sistemático, apenas consideramos oportuno apontar como a relação histeria-corpo feminino sempre foi marcada pelas teorias médicas ao longo da história, ficando o corpo da mulher

consagrado como sendo sede da histeria, seja pela questão do útero, seja pela constituição fraca de seus nervos.

Voltemos a questão da relação entre histeria, corpo e classe social. Nesse sentido é incontestável a validade das contribuições da sociologia e da antropologia. Concordamos com Minayo (1993) que doença, saúde, corpo, morte, não se reduzem a uma evidência "orgânica", "natural", "objetiva", tal como a tradição médica concebe, mas estão intimamente ligados às características de cada cultura, e enquanto questões humanas só podem ser compreendidas quando articuladas com os aspectos históricos-culturais de uma sociedade. Certamente a grande contribuição teórica que esses discursos fizeram no campo da saúde foi mostrar que cada sociedade tem um discurso próprio sobre o corpo, saúde e doença, o qual pode variar não só através dos tempos, mas entre as classes sociais. Como nos diz Rodrigues (1992) se não há comportamento humano fora da cultura, então esses conceitos são necessariamente produtos culturais, representações de uma sociedade, da sua visão de mundo e da sua organização social.

"Cada cultura "modela" ou "fabrica" à sua maneira um corpo humano. Toda sociedade se preocupa em imprimir no corpo, fisicamente, determinadas transformações, mediante o qual o cultural se inscreve e se grava sobre o biológico...O homem não tem um corpo único ao qual esteja para sempre confinado. Esse corpo é muito mais do que algo intrinsecamente ordenado; ele faz parte do universo convencional como qualquer outro objeto vivido ou concebido por humanos" (Rodrigues, 1992:141)

Portanto, a idéia do corpo como uma construção social assume um lugar importante no nosso trabalho. Consideramos que

tudo o que se passa nele está condicionado às maneiras socialmente reconhecidas de sentir e agir, logo pensar a histeria como uma categoria que escapa às determinações culturais ou desvinculada do sistema de representação, de crenças e valores de uma sociedade, é apenas uma visão parcial do fenômeno.

No nosso ponto de vista, o empenho da sociologia e da antropologia no sentido de "desnaturalizar" os sintomas, arrancando-os da ordem estrita da biologia, assim como a tentativa de mostrar sua construção histórica e dependente da cultura, é de extrema relevância para o campo "psi". Isso nos leva a questionar os pressupostos que nos fazem pensar a histeria enquanto essência feminina cujos sintomas independem das representações sociais vigentes em cada tempo e lugar. Ao contrário, entendemos que a histeria varia de acordo com o grupo social em que se apresenta e que essa variação é justificada pela existência nas diversas classes sociais de diferentes representações do corpo, de sofrimento, de doença, de modos de vida diversos, os quais são construídos socialmente. Disso resulta a imensa plasticidade e a flexibilidade de suas formas de expressão.

Esse ponto de vista que adotamos vem se articular com a idéia de "cultura somática" apresentada por Boltanski (1989) que se refere ao fato de que cada grupo social tem uma espécie de "código de boas maneiras para viver com o corpo" (p.49) que é compartilhado por todos os seus membros. Ou seja, cada grupo social tem um "habitus corporal" que poderia ser definido da seguinte forma:

"É um sistema de regras profundamente interiorizadas que, sem nunca serem exprimidas na totalidade, nem de maneira sistemática, organizam implicitamente a relação dos indivíduos de um mesmo grupo com seus corpos e cuja aplicação a um grande número de diferentes situações permite a produção de condutas físicas diferentes e diferentemente adaptadas a essas situações, mas cuja unidade profunda reside no fato de que elas permanecem sempre conformes com a cultura somática daqueles que a produzem" (Boltanski, 1989:176)

Em outras palavras, a relação que os indivíduos mantêm com seus corpos, a forma de habitar e expressar as sensações corporais, tudo isso é fruto de um "habitus corporal", de um conjunto de práticas sociais características de uma classe, logo escapam a qualquer tentativa de universalização e padronização. Entendemos primeiramente que a histeria enquanto manifestação humana está condicionada às representações sociais de determinado contexto. Em segundo lugar consideramos que sua organização é fruto de uma "cultura somática", ou seja, sua apresentação clínica é compatível com o "habitus corporal" de cada classe. Esse por sua vez é variado pois constituído através da socialização dos indivíduos e das práticas de seu grupo social.

É possível dessa maneira, compreender o aparecimento e a consolidação no século passado das históricas convulsionárias e vaporosas pois elas estavam de pleno acordo com a ideologia da época que condicionava o corpo da mulher a uma forma de ser habitado, a uma maneira determinada de adoecer. A histórica com sua sintomatologia peculiar expressava abertamente, ao nosso modo de ver, o controle a que estava submetida, através de um sistema de regras aprendidas de utilização do seu corpo, que só

vinha legitimizar o imaginário da época e sedimentar a crença na sua constituição fraca e amoral. Ela era um retrato social. Por outro lado as transformações observadas em relação à sintomatologia da histeria ao longo dos anos expressam a mudança da representação do corpo nos vários segmentos da sociedade. Portanto não podemos atribuir um caráter universal à mudança dos sintomas histéricos à todas as mulheres das diferentes classes sociais. Isso seria considerar a possibilidade de todas elas terem passado pelos mesmos condicionamentos culturais e acatado a representação de mulher "moderna" própria das classes média/alta urbanas. O fato de existirem diferentes apresentações clínicas da histeria nas classes sociais é um indicativo de que devemos contextualizar o sujeito do qual falamos, refletir sobre os valores implícitos nas nossas práticas terapêuticas, enfim, evitar a tão familiar idéia de que tudo o que acontece ao nosso redor é natural e universal.

Consideramos assim que o fato de tomar a histeria tanto quanto o corpo enquanto categorias a-históricas e desvinculadas do social, faz com que o campo "psi" atribua um caráter universal à mudança dos sintomas histéricos. Dessa forma permanece preso a uma tradição naturalista que busca a essência de fenômenos como a saúde e a doença. Por outro lado, ao universalizar a nova apresentação clínica da histeria reflete uma visão etnocêntrica do fenômeno, no sentido de que não reconhece a diversidade que se estabelece no registro do social e do psíquico.

### CAPÍTULO III

#### HISTERIA E REPRESENTAÇÃO DE MULHER: UMA MESMA HISTÓRIA

Em a *História da Histeria* Trillat (1991) fez uma longa e rica descrição do percurso da histeria desde a Antiguidade Greco-Latina até os nossos dias atuais, revelando quão dependentes eram as concepções que se tinha acerca da histeria dos conhecimentos que a sociedade tinha sobre si mesma e do mundo à sua volta, assim como o estreito vínculo que sempre existiu entre histeria, sexualidade e mulher. De fato, como tentaremos mostrar em seguida, desde os tempos mais longínquos, a histeria ficou marcada como sendo uma questão de mulheres - idéia que permanece viva até hoje não só na cultura popular, como também no meio acadêmico - como algo pertencente ao mundo feminino, no qual os homens não conseguem penetrar, dominar ou decifrar os seus enigmas.

Hoje é possível perceber que as idéias em torno da histeria que foram se desenvolvendo desde a doutrina hipocrática do útero errante, passeador, até as concepções mais contemporâneas elaboradas pela psicanálise, não deixam de trazer embutidas uma representação de mulher, que foi ganhando contornos bastantes diversificados ao longo da história. Do nosso ponto de vista, essas representações, funcionaram como

uma espécie de bússula para o olhar médico, e mais tarde psicanalítico, durante todos esses séculos.

O nosso interesse é tentar desenvolver nesse momento um pouco da idéia de que histeria e representação de mulher são interdependentes, ou seja, que não é possível compreendermos as diferentes apresentações e concepções clínicas da histeria, sem ter em mente o que se pensava e esperava da mulher, assim como o lugar ocupado por ela na sociedade nesses mais de vinte séculos. É preciso estar atento ao mundo que a envolveu, aos discursos que existiram sobre o gênero feminino, às imagens sobre a feminilidade tentando assim marcar as relações entre a trajetória da mulher e as diferentes concepções de histeria elaboradas ao longo da história. É de grande interesse para o nosso trabalho a discussão em torno da composição dos quadros nosográficos, em particular o da histeria, enquanto uma conceituação em frequente mudança no tempo e no espaço, dependente do contexto cultural e do momento histórico de quem o elabora e aplica. Dessa forma, acreditamos que a histeria possui um certo "*ars du temps*" e que sua apresentação sintomática é compatível com o "*zeitgeist*".

Certamente não será possível fazer aqui uma descrição pormenorizada dessa interrelação proposta entre histeria e representação de mulher, mas tentaremos a seguir caracterizar como se deu essa articulação em alguns momentos considerados marcantes para a história da histeria: na Grécia Antiga, de onde herdamos a relação entre histeria e corpo feminino; na Idade Média, onde ficou consolidada a crença nos poderes demoníacos da mulher; e no final do século XIX e início do

século XX, marcados pela dicotomia homem/cultura/público e mulher/natureza/privado.

### 3.1. Antiguidade Greco-Romana: Mulheres de Atenas

Não faz muito tempo que um famoso compositor brasileiro em uma de suas canções nos mostrou de forma clara o perfil da mulher ateniense e o que se passava no imaginário da Grécia Antiga em torno dela. Certamente, como veremos adiante, essa obra não é apenas fruto da sua imaginação artística, mas está de acordo com o que é dito e pensado no meio acadêmico acerca da mulher nesse período da história. "Mulheres de Atenas", obra de Chico Buarque e Augusto Boal, trata-se portanto de uma via privilegiada de acesso às representações sociais da mulher e às maneiras de pensar seu corpo feminino no mundo grego antigo.

Quem não se lembra daquelas mulheres que viviam, sofriam, e despiam-se pros seus maridos, sempre perfumadas, pacientes e resignadas? Mulheres que "não tinham gosto ou vontade", nem sonhos, nem desejos, nem defeito, nem qualidade, mulheres de vida retraída dentro de casa, devotadas às suas novenas, conformadas quando abandonadas por aqueles que eram o poder, o orgulho e a força de Atenas? Elas serviam de exemplo porque toda mulher deveria ser como elas eram: resignadas ao seu destino de satisfazer aqueles bravos guerreiros, heróis, e gerar os novos filhos, os novos homens de Atenas.



Como podemos perceber, a mulher grega, fazendo parte de um mundo regido por códigos segregacionistas, vivia sua existência de moça, de esposa e de mãe - assim também morria - ao abrigo dos olhos, longe de todo o público, no lugar mais recôndito, mais escondido, mais oculto: no interior do lar. Decerto, o destino de uma mulher era levar sem alarde uma existência exemplar de esposa e de mãe ao lado de um homem que por sua vez vivia plenamente sua vida de cidadão. Segundo a historiadora Loraux (1988), ao contrário da morte heróica e viril dos homens em combate - representando o ideal cívico - as mulheres quando morriam encerravam pura e simplesmente uma vida de devotamento, de afeição, de bom humor e de reserva, no leito conjugal. Para uma mulher, segundo o imaginário da época, o melhor era restringir-se ao interior do espaço doméstico e exercer com resignação os ditames da natureza: o casamento e a maternidade. A própria mitologia deixa isso evidente com o trágico destino daquelas mulheres que ousaram misturar-se ao mundo viril da ação, mundo exclusivamente masculino, tal como Electra, Jocasta, Fedra, Antígona, entre outras. A morte trágica - geralmente por enforcamento - de cada uma dessas mulheres, na opinião da autora acima, estaria diretamente associada à supervalorização do casamento, da condição de esposa e da maternidade nessa sociedade. Por outro lado, o pequeno espaço concedido às mulheres pela tragédia para morrerem - geralmente o quarto, um lugar fechado e longe dos olhares - como bem atesta Loraux, é suficiente para revelar que a mulher circulava num espaço social restrito e só podia se realizar com o casamento e a maternidade, instituições que ligavam as mulheres ao mundo público e à vida dos homens.

Por sua vez Veyne (1990) mostrou que já era costume na Grécia Antiga as mães rejeitarem suas filhas ao nascerem com muito mais frequência do que rejeitavam os meninos, atitude essa que era bastante encorajada pelos próprios maridos, para quem a chegada de uma menina era sinal de grandes problemas no futuro. Caso essas crianças permanecessem vivas, aos doze anos já se encontravam em idade núbil, prontas para o casamento "e nada mais lhe restava do que partilhar o leito de um homem" (Veyne, 1990:32). Havia uma irrefutável concepção de que a mulher se distinguia do homem e que essa diferença era derivada de um desígnio divino e portanto imutável. A mulher estava no mundo com a função de assegurar a continuidade da espécie humana e qualquer papel desempenhado fora desse território significava contrariar, lutar contra, ou mesmo sufocar a natureza feminina.

Segundo Brown (1990) uma das teorias explicativas para a desigual constituição do homem e da mulher, durante a Antiguidade, utilizava o argumento de que um homem era um homem porque tinha evoluído no mundo público e evoluiu porque seu feto havia "cozinhado" no calor do ventre materno muito mais completamente do que o de uma mulher, o que por sua vez tinha transformado seu corpo num reservatório de calores preciosos dos quais dependia a sua energia masculina. Já a mulher, não tendo "cozinhado" suficientemente, tinha um nível de calor muito mais baixo do que o do homem, o que viria justificar a fraqueza moral de seu temperamento.

É dentro dessa mesma linha de pensamento que estão inseridas as concepções hipocráticas e os ensinamentos de Platão quanto à natureza feminina e a origem uterina de seus

males. Essas concepções estavam fortemente marcadas pelo imaginário da época e influenciaram não só uma gama de atitudes em relação à mulher, mas principalmente as teorias médicas sobre a histeria até o início do século XX.

O século IV AC. foi o marco de entrada da histeria no campo do saber médico. Segundo Trillat (1991) tanto Hipócrates quanto Platão não fizeram mais do que retomar crenças milenares que consagravam o útero como o órgão responsável pelas doenças das mulheres, pois

"a idéia segundo a qual o útero é um organismo vivo análogo a um animal, dotado de uma certa autonomia e de uma possibilidade de deslocamento, remonta, com efeito, à mais alta antiguidade, cerca de 2.000 AC. No antigo Egito, numerosas perturbações eram atribuídas às migrações do útero para a parte superior do corpo e procurava-se fazer descer esse animal, atraindo-o para baixo, através de agradáveis odores aplicados sobre a vulva e repelindo-o pela inalação de odores desagradáveis"

(Trillat, 1991:17)

De fato, para Hipócrates, a mobilidade do útero no interior do corpo servia de explicação para muitas doenças femininas e principalmente para a "sufocação da matriz" que posteriormente foi denominada de histeria. O útero ou a matriz se tornava um "pequeno animal voraz, ávido e passeador" (Trillat, 1991:19), causando então inúmeras doenças às mulheres, pelo fato de estar mais seco e mais leve do que habitualmente, em função de longos períodos de abstinência sexual vividos por elas, o que facilitava por sua vez seu deslocamento pelo corpo. Ao contrário, quando a matriz se encontrava úmida pelo coito,

deixando o ventre cheio e pesado , ela não se deslocava facilmente e não causava problemas às mulheres.

A prevenção, pois, consistia apenas em fazer com que as moças realizassem logo um casamento e, para aquelas que já haviam casado, o coito para deixar a matriz úmida e presa em seu lugar. Seguindo essas recomendações, juntamente com o tratamento de inalação e aplicação de odores, as mulheres teriam um prognóstico favorável e todos os sintomas apresentados durante a crise como as tonturas, os vômitos, as dores de cabeça e no pescoço, assim como a ansiedade, desapareceriam, e elas voltariam a gozar de boa saúde. Com essa terapêutica era possível ter controle sobre desvios, assim como reafirmar a natureza animal (uterina) da mulher.

Platão, contemporâneo e amigo de Hipócrates, compartilhava da idéia da origem uterina das doenças femininas, de forma que, como filósofo tentou buscar uma explicação para a natureza da mulher para a organização de seu corpo e para a função de seus órgãos. Em o *Timeu*, Platão, descreveu que às diferentes partes do corpo humano correspondiam almas diferentes. Assim, no cérebro residia a alma imortal ou espiritual, e quanto mais nos afastássemos do topo, da alma imortal, mais perderíamos em qualidade, ou seja, a alma cada vez mais se tornaria desprezível e afundaria o homem nos apetites bestiais e na animalidade. Para ele, portanto, existiriam três espécies de alma:

"A alma imortal, cuja sede era no cérebro; a alma viril, que residia no tórax, e a alma animal, que residia nas vísceras"  
(Trillat, 1991:23 )

A matriz ou o útero, por se encontrar na seção mais baixa do corpo, sob o baixo-ventre, estava na animalidade pura. Dessa forma, a matriz não tinha alma e tal como os animais, não era passível de controle. Essa concepção do útero como um animal sem alma, conferia à mulher um estatuto qualitativamente inferior em comparação aos homens, pois, por conter em seu ventre "um ser vivo possuído do desejo de fazer crianças" (Trillat,1991:23), um animal dentro de outro animal, a mulher se encontrava irremediavelmente mais próxima ao reino da natureza.

"Ela não é como o homem uma criatura de Deus; ela não é senão o produto de uma metempsicose, de uma transformação dos homens mais vis em fêmeas" (Trillat,1991:23)

Tal concepção da natureza feminina defendida por Platão certamente tornou-se o embrião de uma tradição cultural e científica, na qual a histeria permaneceu sendo o destino feminino, a essência da mulher. Essa por sua vez passou a ser representada como uma criatura incontrolável, inapreensível, apropriada às piores doenças e angústias, uma prisioneira e vítima de sua própria sexualidade. Foi portanto esse estatuto da mulher-fêmea, possuída por sua natureza animalesca, irracional, que funcionou como pano de fundo para as teorias vigentes durante toda a Antiguidade e Idade Média acerca dos males femininos. A influência de Hipócrates e Platão dominou o mundo científico da época até o século III. Médicos como Celso, Arétée de Cappadoce, Soranos e Galeno permaneceram fiéis à concepção de que a sufocação da matriz era uma enfermidade

própria do sexo feminino, já que diretamente relacionada ao funcionamento do útero.

É possível assim perceber como a teoria da origem uterina dos males femininos foi marcada por uma concepção da "natureza" da mulher tida como irracional e animalesca que a lançava numa cadeia de enfermidades infinita. Essa representação de mulher presente no imaginário ateniense deu suporte a uma determinada forma de adoecimento, que por sua vez, legitimava o imaginário social e as concepções médicas da época. Em função disso, restou às mulheres a exclusão do universo masculino das decisões políticas - por sua vulnerabilidade e inferioridade - lhes restando somente o isolamento da vida doméstica.

Entendemos que esse imaginário "ginecológico" dos gregos ultrapassou a barreira do tempo intacto, passando pela figura da bruxa medieval, pelas históricas convulsionárias de Charcot no século XIX, e em seguida para os domínios da medicina contemporânea com a atual síndrome pré-menstrual apresentada pelas mulheres desse final de século. Em todas essas etapas há uma irresistível combinação entre histeria-corpo-mulher.

### **3.2. Idade Média: A Mulher Bruxa ou Adoradora do Diabo**

Falar sobre a mulher na Idade Média inevitavelmente é falar de bruxas e feiticeiras, é falar de um tempo de magia, tempo das práticas ocultas e do ser humano submetido às forças

da natureza e à influência do mundo invisível. É portanto falar de um tempo pré-científico dominado pelo poder religioso.

É sabido que a medicina abandonou o Ocidente quando por volta do século V foi devastado pelas invasões bárbaras e revolvido em suas estruturas sociais, políticas, culturais e religiosas. Essa desestruturação acarretou um progressivo empobrecimento das camadas populares e o incremento da mendicância, do banditismo e da marginalidade social. Segundo Trillat,

"A arte de curar não pertencia mais aos médicos, ela se tornou popular, despojada de todos os ornamentos teóricos, ela se reduziu a receitas práticas cuja eficácia foi sustentada pelo recrudescimento do misticismo, da magia e pela proteção dos santos curandeiros"

(Trillat,1991:40)

Durante esse período de trevas não mais se ouviu falar da histeria, ou melhor, da sufocação da matriz. Toda aquela sintomatologia das doenças femininas como as crises de sufocação e de ansiedade, as febres, as anestésias e as dores de cabeça, que anteriormente haviam sido atribuídas ao útero, seja por seus deslocamentos no interior do corpo, seja por constrição, ou por seus caprichos e humores, foram consideradas daqui por diante efeito de uma punição divina ou uma possessão diabólica.

Sabemos que até o final da Idade Média a Europa viveu uma crença generalizada em bruxas canibais e adoradoras do diabo que praticavam o mal por meio das artes mágicas. Essa verdadeira epidemia de bruxas ocorrida na Idade Média coincidiu com o fato da sociedade ocidental nessa época estar cada vez

mais propensa a sentir-se insegura e ansiosa a respeito dos poderes do mal, e pela incansável pressão exercida pela Igreja Católica para que se assimilasse todo e qualquer tipo de magia como maléfica, herética, inspirada pelo diabo, uma ilusão engendrada pelo demônio para ludibriar o homem.

Para a maioria dos historiadores contemporâneos, conforme nos sugere Nogueira (1991), uma das causas primordiais da existência e disseminação da bruxaria foi a miséria generalizada em toda a Europa, as estratificações sociais, a fome, as epidemias estigmatizantes que mataram centenas de pessoas, os terrores objetivos e sobrenaturais, a ameaça presente do fim do mundo, o que por sua vez originou uma tentativa de superação e de domínio, de evasão da vida dura e amarga para um paraíso imediato. Dentro dessa perspectiva, os historiadores estabeleceram um paralelismo entre as grandes catástrofes e a proliferação da bruxaria, entre tensão social e a gênese da obsessão pelas bruxas na Idade Média.

Em um outro trabalho, tentando esclarecer o papel das práticas mágicas na coletividade castelhana nos séculos XVI e XVII, Nogueira (1987) reafirmou a importância da situação de fome, miséria, guerras e epidemias no imaginário dessa coletividade. Agarrar-se à superstições teve como objetivo transformar a vida miserável e sem esperanças numa realidade menos cruel. Nesse mundo de penúria, a mulher tornou-se paradigma do mal em função da posição que ocupava nessa sociedade patriarcal, misógina e comandada pela autoridade religiosa. Considerada como um ser imperfeito, frágil e crédulo, a mulher assumiu o papel de "válvula de escape" das tensões de uma sociedade reprimida na sua sexualidade pela



ortodoxia religiosa e assim, diante de um cotidiano esmagador, as mulheres utilizaram-se dos meios mágicos na tentativa de transformar sua realidade.

O mais interessante foi o fato de que a bruxaria ficou conhecida como um fenômeno essencialmente feminino. Sem dúvida alguma, a maioria daqueles que foram identificados como bruxos e condenados à morte eram mulheres. Por outro lado, em quase todos os processos sobre delitos mágicos, a acusação central estava ligada à feitiços vinculados à sexualidade e ao erotismo, típicos da natureza maligna da mulher. Isso se deu devido a crença de que havia uma tendência física nas mulheres que as predispunha muito mais do que os homens ao fantástico e ao sobrenatural. É sabido que desde a Antiguidade Clássica considerava-se que a mulher tinha uma relação muito estreita com o universo mágico, pois seu corpo - mulher-útero - era regido por forças cósmicas e servia de obstáculo para os homens no exercício da razão. A idéia de imperfeição do feminino, "ser débil marcado pela *imbecilitas* de sua natureza", "macho deficiente" como dizia Santo Tomás de Aquino (Nogueira, 1991:105) aproximava-a do sobrenatural e das tentações.

No século XV, foi redigido por dois monges dominicanos, Jacobus Sprenger e Heinrick Kramer, o *Malleus Maleficarum* (*Martelo das Bruxas*), manual dos inquisidores, trazendo com riqueza de detalhes opiniões sobre a inferioridade feminina que transformava cada mulher numa bruxa em potencial:

"A razão natural é que ela é mais carnal do que o homem, sendo justificável, a seus olhos, a maioria das abominações carnis. E deve ser notado que existiu um defeito na formação da primeira mulher, uma vez que ela foi formada de uma costela curva, ou seja, a costela do peito a qual é arqueada como se fossem direção contrária a um homem. Quando uma mulher chora, ela obra para iludir o homem.[...] Em consequência ela mostra que duvida e tem pouca fé na palavra de Deus. E tudo isso é indicado pela etimologia da palavra: pois *Femina* procede de *Fe* e *Minus*, uma vez que ela é sempre fraca para manter e preservar a fé. Portanto, uma mulher é por sua natureza mais rápida em hesitar de sua fé, e consequentemente mais rápida em abjurar a fé, que é a causa da bruxaria"

(Kramer e Sprenger in Nogueira, 1991:106)

Essa concepção do feminino e da mulher gerou uma intensa perseguição às supostas bruxas, culminando nas grandes caçadas que nos séculos XVI e XVII lançaram milhares de pessoas à fogueira de acordo com os procedimentos inquisitoriais. A bruxaria representava o grande mal e não apenas uma prática herética, contrária à religião, pois significava adoração ao diabo, profanação da cruz e dos sacramentos cristãos. Dessa maneira, por sua traição para com Deus, a bruxa era condenada à morte, única saída para quem havia ameaçado a obra do redentor e causado danos a outras pessoas.

Pensamos então que foi inevitável a formação do esteriótipo da bruxa e a eleição das mulheres como sua mais fiel representante, em função das crenças em torno do seu corpo e da sua fisiologia, os quais se acreditava que eram regidos por forças da natureza e sobrenaturais. Além disso, segundo as concepções da época, elas possuíam uma capacidade inata de magia e feitiçaria que poderia ser utilizada ao seu bel-prazer

principalmente para enfeitiçar os homens ou elaborar alguma vingança e provocar todo tipo de enfermidades: cegueira, ataques do coração, epilepsia, lepra, além do fato de que podiam enlouquecer as pessoas tornando-as vítimas de obsessões (Piccini, 1987). Elas eram na verdade propriedade do cosmos, de poderes que estavam fora do alcance e além da vontade dos homens, apropriadas à influência demoníaca.

Sabemos assim que o aparecimento das bruxas não se deu num vazio social, mas numa coletividade dominada pelas crenças mágicas que moldavam os comportamentos, atribuindo-lhes valores e significações. Nesse contexto, o *Malleus Maleficarum* funcionou como um verdadeiro manual medieval de psiquiatria clínica, pois descrevia acuradamente como sinais de magia e feitiçaria as anestésias, as alucinações, as disfunções motoras, as sufocações, enfim, toda e qualquer sintomatologia que escapasse à compreensão por parte da Igreja e da medicina da época. Ele foi consultado durante mais de três séculos, pelos religiosos católicos, depois pelos protestantes, pelos médicos, pelos juizes e magistrados, desejosos de identificar bruxas.

Para os médicos medievais, a sufocação da matriz era, sem contestação, uma enfermidade decorrente da rejeição ao casamento e à procriação, manobra do diabo no corpo da mulher. A medicina e a religião caminharam juntas no dizer de Pitanguy (1989), não apenas a nível de um discurso sobre o feminino, mas também em relação às punições dirigidas à mulher. Os médicos eram frequentemente chamados a trabalhar junto com os inquisidores, seja na procura de algum sinal do demônio (regiões indolores ou outra marca no corpo que se constituía

como prova do pacto), seja para atestar se alguma morte ou doença era resultante de malefícios de alguma bruxa.

Johan Weyer, considerado pai da psiquiatria moderna, foi um dos poucos médicos do seu tempo a se manifestar contra os caçadores de bruxas. Contudo, ao contrário do que se pensa, participava da mentalidade de sua época e, como seus contemporâneos, acreditava nos demônios, nas bruxas e nas feiticeiras. Suas críticas referiam-se apenas aos métodos empregados pelo aparelho repressivo, e em nenhum momento duvidou da presença e da ação do diabo, ou fez críticas ao conceito de bruxaria (Nogueira,1991; Trillat,1991).

A sociedade medieval adotou a tese da disposição natural da mulher à bruxaria, fruto da poderosa influência da Igreja sobre as mentalidades e os comportamentos. Segundo Duby (1989), a mulher nessa circunstância era considerada tão perigosa, que nem mesmo encerradas no local mais fechado do espaço doméstico - o quarto - nem as tarefas mais pesadas, nem as orações, afastavam a inquietação dos homens diante da mulher. Esse temor sentido frente às mulheres justificava as inúmeras atitudes dos pais de família e maridos para manter suas mulheres dentro de casa afastadas das janelas, longe dos galanteios e olhares, sob a mais severa vigilância. A organização da sociedade feudal fundava-se sobre o casamento e na imagem da mulher devotada ao lar e ao patrimônio da família. Ao permanecerem reclusas dentro de casa, as mulheres estariam imunes de tudo o que pudesse macular sua dignidade e conseqüentemente ameaçar seu destino de boa mãe. Nesse meio social, os casamentos eram arranjados com o objetivo de

garantir a qualidade da linhagem e evitar assim a introdução de herdeiros indignos.

As mulheres sozinhas eram vistas com suspeição e consideradas uma ameaça à coletividade. O curioso é que as acusadas mais frequentes nos processos de bruxaria não eram casadas, eram na sua maioria viúvas, amantes abandonadas, mulheres solitárias, desprezadas e humilhadas. Nessa condição, segundo o imaginário da época, elas eram mais facilmente "seduzidas" pelo demônio, devido ao estado de isolamento e melancolia originados pela solidão em que viviam, e entravam no caminho da feitiçaria e das artes diabólicas com o intuito de resgatar ou conquistar um amor, ou livrar-se de algum padecimento físico. Em outras palavras, a mulher frente à mentalidade existente lançou mão de todos os recursos disponíveis - reais ou imaginários - para escapar ao feroz poder patriarcal que a sufocava e à tirania religiosa que a isolava e a violentava.

Foi no contexto da Idade Média que iniciou-se um amplo processo de idealização do feminino ligado à bondade e pureza, originado com o aparecimento do culto à Virgem Maria em toda a Europa. Dessa maneira, Almeida (1988), analisando os manuais portugueses de casamento dos séculos XVI e XVII, procurou mostrar que essas obras se enquadravam numa moral oriunda do cristianismo medieval, onde o princípio de subalternidade das mulheres estava muito presente. Esses manuais indicavam os defeitos femininos que deviam ser evitados na escolha da futura esposa e as qualidades que deveriam ser encontradas nas mulheres: honestidade, recolhimento, humildade, submissão e suavidade. Como veremos a seguir, tal imagem feminina se

consolidou nos séculos seguintes e ganhou importância no Brasil em meados do século XIX com o desenvolvimento da medicina social.

Vemos, então, que a Idade Média ficou marcada pelo aparecimento de bruxas e feiticeiras - correlativo da histórica da Antiguidade - mulher cujo corpo cheio de imperfeições era apropriado à possessão demoníaca. Por outro lado, enclausuradas à sua própria sexualidade, as mulheres solteiras, viúvas ou freiras eram consideradas vítimas do "furor da madre" já que privavam o seu organismo daquilo que ele precisava: sexo. Só o casamento e a gravidez funcionavam como remédio para os achaques femininos, pois permitiam um confinamento da mulher no lar e o controle da sua "natureza" voraz. Nesse período portanto, a medicina continuou elegendo o útero como regulador da saúde mental e física das mulheres, as quais segundo as concepções médicas e religiosas não passavam de criaturas fracas e enfermiças próprias às astúcias do diabo. Assim, na Idade Média, o corpo feminino foi transformado num campo de batalha onde médicos e inquisidores - praticantes do conhecimento científico - buscavam desvendar os mistérios da natureza da mulher. Concordamos com Del Priori (1993) que esse discurso médico sobre o corpo feminino como um continente de estranhamento e feitiçaria consolidou uma mentalidade - que vigora até hoje - que vê na sexualidade da mulher a expressão da desordem moral. Portanto, é possível perceber que o aparecimento das bruxas - posteriormente consideradas históricas - está diretamente ligado às concepções médicas e religiosas predominantes nesse momento da história em torno da

natureza feminina, ficando claro assim, a relação entre histeria, corpo feminino e representação de mulher.

### 3.3. Final do Século XIX e Início do Século XX:

#### A Rainha do Lar na *Belle Époque* Brasileira

O século XIX assinalou para o Brasil o início de um processo de transformação política, sócio-econômica e científica. No que diz respeito à medicina, observou-se a constituição de uma nova prática médica que, ultrapassando as fronteiras do campo individual, propôs uma intervenção direta sobre o social, dando início a um projeto de medicalização da sociedade. De acordo com Machado et alli (1978) a característica mais marcante dessa transformação foi o fato da medicina ter se tornado social: ela deixou de se preocupar apenas com a doença isoladamente e passou a ter um aspecto preventivo, agindo diretamente no espaço público com o objetivo de impedir o seu aparecimento na defesa do bem-estar físico e moral dos indivíduos.

O governo colonial havia deixado uma triste herança para os novos tempos republicanos. Sua fragilidade política teve como um dos seus resultados a falta de controle sobre as cidades e suas populações. Para Freire Costa (1979), na Colônia imperava o caos sanitário: a população era dizimada por ocasião de surtos epidêmicos; a burocracia era impotente para regulamentar o comércio de alimentos, construir esgotos, drenar pântanos, calçar ruas; não se conseguia debelar a elevada taxa

de mortalidade e o contágio do ar e da água era um fantasma para a administração.

Por outro lado, fatores como o crescimento urbano e industrial, a expansão demográfica com a chegada de um grande número de imigrantes, a concentração da pobreza - que faziam da cidade um ambiente de crime, vício, imoralidade e doença - além das exigências higiênicas da nova burguesia que se formava, aceleraram o processo de transformação da medicina e, asseguraram o triunfo do higienismo no espaço urbano brasileiro. A proposta dessa nova medicina e das instituições destinadas a superar as "mazelas do progresso", foi transformar a desordem até então existente em ordem, através de um trabalho contínuo e planejado de vigilância e controle da vida social, calcado no conhecimento científico, que a partir desse momento passou a gozar de um prestígio cada vez mais sólido.

"Intervir na sociedade é policiar tudo aquilo que pode ser causador de doença, é destruir componentes do espaço social perigosos, porque causadores de desordem médica"

(Machado, 1978:258)

Nesse contexto, os improdutivos, os pobres, as mulheres públicas e as crianças que vagueavam abandonadas pelas ruas tornaram-se extremamente ameaçadores e perigosos, passando a ser objeto de preocupação de médicos higienistas e de autoridades públicas, já que escapavam totalmente ao padrão idealizado de conduta proposto pela nova ordem sanitária. Da mesma forma, os hospitais, as fábricas, os quartéis, escolas, cemitérios e bordéis, todos esses locais públicos transformaram-se em alvo de policiamento médico em função da



sua alta periculosidade, já que se constituíam em focos privilegiados de doenças, de contágio e de epidemias (Machado et alli, 1978; Freire Costa, 1979; Soares, 1986; Engel, 1986; Rago, 1991).

Foi preciso assim instituir hábitos moralizados, costumes regrados, um modo de vida disciplinado e higiênico que substituisse os hábitos e costumes tradicionais da Colônia. Era preciso construir uma sociedade nova, civilizada e moderna, baseada nos moldes europeus, em oposição à velha, atrasada e colonial. A medicina higienista passou a operar dirigindo-se especialmente para a família burguesa, pois era preciso disciplinar essa instituição que em muito contribuía para a disseminação de comportamentos degenerados. Assim foram criadas novas regras de convivência social, de cuidados com o corpo, alimentação, vestuário e educação das crianças, que desembocou em um modelo de organização familiar reservada, voltada sobre si mesma, privada e intimista. Essa nova família preocupava-se com a saúde física e mental de seus membros e com a formação de bons hábitos na criança, se diferenciando da antiga família da Colônia, despreocupada quanto à essas questões sanitárias.

Observamos que a partir do momento que a família passou a ser alvo de um projeto normalizador higiênico e submetida a mecanismos disciplinares, todos os interesses da medicina convergiram para a mulher. Iniciou-se o combate à ociosidade - mãe de todos os vícios - e ao sedentarismo femininos que predominavam na época colonial, pois o sucesso desse amplo processo de reestruturação social implicava necessariamente num remanejamento do papel da mulher e sua conseqüente metamorfose na sociedade. Era preciso que a mulher

assumisse responsabilidades quanto ao destino da família e participasse mais ativamente desse projeto social, deixando de lado a vida artificial e fútil que levava.

O movimento higienista promoveu então novas formas de comportamento e etiqueta, um novo modelo de feminilidade, difundido inicialmente entre as mulheres das famílias mais abastadas e paulatinamente, transmitido às classes trabalhadoras, modelo esse que exaltava o casamento, a função materna e a imagem da mulher romântica, sensível, abnegada e vigilante do lar. Assim a imagem da mulher citocentista - que passava seu tempo no interior da casa, ocupando-se com trabalhos caseiros e a inspeção dos serviçais - foi passando por grandes transformações estimuladas pelos médicos do século XIX.

"A medicina se volta para essa mulher - que era mantida reclusa, desvalorizada e sem qualquer tipo de autonomia - e passa a valorizá-la como esposa e mãe, como agente do projeto médico de perpetuação e proteção da infância...A partir de agora, ela deve ser acompanhada no seu dia-a-dia, submetida a uma vigilância médica necessária para torná-la capaz de desempenhar da melhor maneira possível a grande tarefa que lhe foi confiada. O estudo da condição feminina foi considerado um dos pontos fundamentais da perspectiva higiênica da medicina"

(Nunes, 1991:51)

Donzelot (1980) ao estudar essa questão na sociedade francesa, afirma que o que ocorreu na verdade, foi uma aliança entre o médico e a mulher no interior da família. Essa aliança foi proveitosa para ambas as partes, na opinião desse autor, pois de um lado o médico ao fazer da mulher sua interlocutora e sua assistente, fornecia-lhe um status social, um novo lugar na

sociedade qualitativamente superior ao que existia. Por outro lado, o médico, através dessa aliança, tinha seus conhecimentos e técnicas legitimados no interior da família.

Pensar em emancipação intelectual e profissional da mulher, no entanto, comprometia a eficácia do projeto sanitário, pois, segundo o ponto de vista dos higienistas, a independência da mulher não podia ultrapassar as fronteiras da casa sob o pretexto de que ela era incapaz de gerir sua vida e enfrentar as adversidades do mundo. Toda mulher poderia ter um ofício, na condição de que fosse um prolongamento do seu papel feminino "natural" como o cuidado de crianças, alimentação, limpeza e o magistério. Como observou Hall (1991) foi no século XIX que surgiu a categoria "mulheres do lar" como fruto de um projeto político-social que dependia da manutenção da mulher fora da esfera pública, tida como perigosa e amoral.

A medicina então procurou logo reafirmar que o lugar mais conveniente para a mulher era o interior da casa, e que ela era responsável pela unidade da família, pela economia doméstica, e pelo cuidado dos filhos. Para isso, a medicina lançou mão de concepções negativas e estigmatizantes sobre a condição feminina, principalmente ao recorrer a métodos "científicos" para provar sua inferioridade física e mental em relação ao homem. O mito da inferioridade biológica da mulher, do sexo frágil, herdados do discurso naturalista - masculino e moralizador - que vigorou na Europa durante todo o século XIX, foi utilizado pelos nossos médicos e sanitaristas a fim de afastar as mulheres dos espaços públicos masculinos e valorizar cada vez mais o sentimento do amor materno como algo inato, puro e sagrado. Perrot (1988) estudando a sociedade francesa

nessa mesma época, argumentou que foi através desse discurso naturalista que insistia na existência de duas "espécies" com qualidades e aptidões particulares, que a exclusão das mulheres do espaço público foi garantida.

"Aos homens, o cérebro, a inteligência, a razão lúcida, a capacidade de decisão. Às mulheres, o coração, a sensibilidade, os sentimentos... Cada sexo tem sua função, seus papéis, suas tarefas, seus espaços, seu lugar quase predeterminado"  
(Perrot;1988:178)

Assim, a mulher que não preenchesse os requisitos estipulados pela política higienista, inscrevia-se no campo sombrio da anormalidade, do pecado e do crime. Não amamentar e não ser esposa e mãe dedicada significava desobedecer a ordem "natural" das coisas, ao mesmo tempo que se punha em risco todo o futuro de uma nação. Como nos mostra Cunha (1986), vestir-se como homem, viajar só, recusar o casamento, a maternidade, a família; manifestar uma independência essencialmente estranha à sociedade, eram transgressões que não atingiam apenas as normas sociais, mas a própria natureza, que a destinara ao papel de mãe e esposa. Nesse contexto, a loucura aparecia como uma vingança da natureza contra a violação de suas leis.

Em torno das décadas de 20 e 30, a psiquiatria - responsável pelo destino da loucura e das instituições asilares do país - começou a exercer um papel fundamental dentro da sociedade, ao ponto de firmar-se como especialidade autônoma dentro da medicina social. Sua importância deveu-se ao fato de que como o higienismo mostrava grande preocupação com a desordem urbana, com a promiscuidade e a loucura - e precisava

do aval da ciência na disciplinarização da vida urbana - nada melhor do que uma "medicina especial" competente para classificar aqueles que ameaçavam o meio social e instituir uma profilaxia mental. O alienismo brasileiro baseava-se na crença da natureza hereditária da doença mental, na teoria da degenerescência e na loucura como uma sequela inevitável do progresso, fruto das condições do meio social e dos estímulos antinaturais da vida moderna (Machado et alli, 1978).

"Dentro dessa percepção do social, e em busca de *demi-fous* e degenerados, o alienismo inicia um processo exaustivo de reconhecimento da multidão, decompondo seu universo de ameaças: criminosos e delinquentes, prostitutas, vagabundos, jogadores, alcoólatras, negros, anarquistas, imigrantes - todos se tornam objetos de um saber que se constrói a partir da observação dos loucos, assim como da população da cidade" (Cunha, 1986:51).

Acreditava-se que a mulher, por sua própria constituição física e moral fraca e sua tendência natural ao vício, estava menos apta a enfrentar as contingências da vida. Assim, ela era muito mais suscetível à loucura do que os homens e estava naturalmente propensa às más influências da civilização, do que resultava a necessidade de ser constantemente vigiada pela polícia médica. Assim, a associação entre o nervoso e a mulher ficou consolidada no século XIX. Em outras palavras, a escolha da mulher como um lugar privilegiado para o aparecimento dos fenômenos nervosos se deu em função da demarcação de certas qualidades de sua vida moral e de sua proximidade com a natureza.

"A mulher nervosa não é apenas o resultado da constituição mais frágil das fibras de seu sistema nervoso, como da sensibilidade maior própria de seu gênero (derivada em parte de sua qualidade de portador de um órgão altamente "simpático" como o útero, mas também da exposição - nas classes altas - a toda sorte de abusos antinaturais que, exarcebando a sensibilidade, acabam por toldá-la, enfraquecê-la" (Duarte,1988:99)

Cunha (1986) por exemplo, aponta que as mulheres eram internadas principalmente quando fugiam dos padrões adequados de boa filha, boa esposa e boa mãe, quando faziam uso da sexualidade fora do lar e do casamento, ou seja, quando havia quebra do modelo normalizado de comportamento feminino.

"daí a ferocidade com que as boas famílias tratavam as suas mulheres desviantes e a facilidade com que iam para o hospício. Elas representavam o fracasso do modelo idealizado da família, nódoas que perigosamente atentavam contra a pureza da saúde moralizada"

(Cunha,1986:133)

Dessa forma, o alienismo estabeleceu uma relação direta e imediata entre o corpo feminino e a loucura, retomando antigas representações que viam a mulher como um estranho ser cíclico, de fluxos impuros e perigosos, presa fácil das paixões e desvarios, de poucos dotes intelectuais, sujeita a todo tipo de perturbação da razão. A histeria foi considerada assim uma doença caracteristicamente feminina, um mal físico e moral que atacava todas as mulheres que usassem seu corpo com objetivos para além da procriação. Em outras palavras, a histeria

resultava de distorções na sexualidade, seja por abstinências, excessos e/ou ausência da finalidade reprodutora.

Por outro lado, a medicina higienista deixou claro que havia uma proximidade muito grande entre a mulher normal e a histérica, pois a histeria nada mais era do que a exarcebação de alguns traços característicos da mulher, traços que faziam parte de sua "natureza" feminina:

"fraqueza de vontade, hipersensibilidade e motividade, imaginação "desregrada", incapacidade de esforços acurados do pensamento, predomínio dos reflexos sobre a reflexão e o juízo, vaidade, leviandade, sugestibilidade e eventualmente desvio na função sexual, seja na forma da "anestesia" ou do "exagero", que "converte mulheres casadas em verdadeiras messalinas". (Cunha, 1986:146)

O que diferenciava uma da outra era apenas a questão do controle dessas características ser mais eficaz na mulher normal em função da sua educação moral, dos bons hábitos e da vida comedida que levava. Porém, segundo Cunha (1986), as mulheres que recebiam o diagnóstico de "loucura histérica" no final do século passado, ao invés de frígidas ou ninfomaniacas, eram na verdade, na sua grande maioria, mulheres que insistiam em fugir da imagem normatizada de ser subordinado, frágil e dependente, e assim terminaram sem espaço ou função social. A histeria, argumenta a autora, acabou sendo uma forma "adequada" da loucura feminina, na medida em que realçava a fragilidade e a vulnerabilidade de mulheres que fugiam ao seu destino natural de boa mãe conforme exigiam sua própria determinação

biológica e as inclinações naturais de seu espírito (Cunha,1986:148). Badinter (1985) aponta que as mulheres francesas sofreram o mesmo tipo de cerceamento por parte da polícia médica:

"Fechadas nesse esquema por vezes tão autorizadas, como podiam as mulheres escapar ao que se convencionara chamar de sua 'natureza'? Ou tentavam imitar o melhor possível o modelo imposto, reforçando com isso sua autoridade, ou tentavam distanciar-se dele, e tinham que pagar caro por isso. Acusadas de egoísmo, de maldade, e até de desequilíbrio, àquela que desafiava a ideologia dominante só restava assumir, mais ou menos bem, sua 'anormalidade'"

(Badinter,1985:238)

Nunes (1991) ao analisar os trabalhos apresentados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no final do século passado, nos mostrou a unanimidade da crença de uma constituição feminina de base degenerada que norteou todo o projeto médico de intervenção junto à mulher, e como a histeria ocupou um lugar importante no discurso médico:

"a questão da histeria ocupou um lugar privilegiado no discurso médico já que podia favorecer dois movimentos táticos da medicina: reforçava a idéia de que as neuroses estavam diretamente ligadas à problemática da degeneração dos indivíduos e demonstrava, através da relação mulher-histeria, que o sexo feminino tinha um estrutura mais primitiva, daí estar mais presente nas mulheres"

(Nunes,1991:74)

Isso por sua vez vem corroborar a tese apresentada por Freire Costa (1979) de que a mulher nervosa foi, em parte, uma criação do médico, um personagem imprescindível ao poder médico



em fins do século passado, período em que os ataques tornaram-se muito frequentes, "uma situação endêmica de nervosismo histérico, de vapores e de palpitações entre as senhoras burguesas" (p.271). E foi servindo-se delas que a higiene implantou-se na família e projetou no imaginário da época uma visão da mulher como um ser de instintos perversos, mas que poderia permanecer no caminho da normalidade caso se conformassem com o papel que a natureza lhe havia destinado.

Por outro lado, não podemos deixar de considerar, como ressaltou Freire Costa, que a representação da mulher como histérica no imaginário social serviu como meio para ela escapar das imposições do seu cotidiano familiar, como uma forma de esquivar-se às obrigações que a higiene lhe impunha, onde a crise de nervos acabou funcionando como uma forma de resistência e ataque ao poder do homem. Pois, se por um lado o higienismo garantiu para a mulher uma posição mais destacada na sociedade, valorizando sua participação ativa na família, por outro lado condenou a mulher ao papel de rainha do lar, à figura da mãe-higiênica, produto da colonização da mulher pelo poder médico.

Entretanto, a mulher histérica, tal como ficou conhecida, com todos os seus sintomas clássicos, foi um personagem familiar apenas no contexto das famílias burguesas, estruturadas segundo os padrões da medicina alienista e da moral do final do século XIX. O modelo de mulher vigente nesse espaço social, conforme foi revelado por Cunha (1989) e Rago (1985) na sociedade brasileira e por Badinter (1985) e Perrot (1988) na realidade da França, não pode ser generalizado às mulheres das classes populares, já que era incompatível com as

suas necessidades cotidianas de sobrevivência, que as impossibilitavam de permanecer trancadas dentro de casa ou de se dedicar completamente à missão de mãe e de rainha do lar. Essas mulheres, diferentemente das burguesas, não adotaram o ideal feminino da mãe-higiênica nem acataram os designios da ciência. Como disse Perrot (1988), elas foram as principais rivais dos médicos higienistas, ao contrário daquelas das classes abastadas que eram aliadas, já que tentavam conservar sua autonomia corporal, escapando do olhar médico que classificava e colonizava pela via da ciência e da razão.

Dessa forma, podemos concluir que a histeria foi a forma privilegiada de desvio feminino pela medicina em função da sua adequação ao modelo de mulher valorizado pelo projeto higienista. A própria sintomatologia apresentada pelas mulheres histéricas, conforme tentamos mostrar, não fazia mais do que revelar algumas das características femininas consideradas normais, a funesta natureza da mulher, confirmando, dessa forma, sua dependência e o encarceramento do seu corpo pelo poder médico. Os sintomas não eram mais do que o resultado dessa marca da cultura, da ideologia dominante cravada no corpo da mulher, revelando assim a condição feminina no final do século passado. Além da idéia de uma sócio-gênese dos sintomas histéricos, ou da mulher como sintoma da cultura, acreditamos que a histérica cumpria uma função social: defender os interesses da família e da "moral sexual civilizada" (Freud, 1908).

Podemos dizer assim, que em todos os tempos as concepções elaboradas pela medicina em torno da mulher histérica estiveram estreitamente associadas a uma determinada

representação de mulher, de forma tal que não é possível estabelecermos uma separação entre o conhecimento médico, isto é, os procedimentos de identificação da histeria e as representações coletivas acerca do lugar da mulher na sociedade. É um equívoco, no nosso ponto de vista, pensar a histeria enquanto uma categoria natural que, por sua vez, possui uma essência detectável e desvinculada da história. Ao contrário, nós a compreendemos como uma construção dependente dos valores da sociedade e que se coloca em concordância com o espírito de cada época.

## CAPÍTULO IV

### INVESTIGANDO A HISTERIA NO CAMPO "PSI"

#### 4.1. Considerações Gerais Sobre a Pesquisa:

A idéia principal desse trabalho foi investigar como profissionais do campo "psi" da cidade do Rio de Janeiro pensam a histeria, a mudança dos sintomas clássicos e sua atual configuração clínica. Nossa pesquisa - realizada através de uma entrevista semi-estruturada (anexo 1) - teve como campo de investigação, profissionais do campo "psi", de ambos os sexos (9 homens e 12 mulheres), que exercem atividade clínica simultaneamente no setor público e privado (consultório). Não foi feita nenhuma restrição quanto à linha teórica com que trabalhavam, mas foi exigido que tivessem pelo menos seis anos de experiência clínica. Quanto à formação profissional nossa amostra foi composta de dois grupos: psiquiatras e psicólogos, os quais na sua grande maioria tinham na psicanálise seu referencial teórico principal. Cada participante foi primeiramente consultado sobre o seu interesse e possibilidade de ser entrevistado. No contato inicial foi esclarecido ao

profissional que essa entrevista fazia parte de uma pesquisa de mestrado que vinha sendo realizada na PUC-RJ, foi pedido o consentimento para a gravação e garantiu-se total anonimato. As entrevistas na sua quase totalidade (18) foram realizadas nos consultórios particulares, com exceção de três profissionais que preferiram ser entrevistados na instituição pública em que trabalhavam. Como forma de garantir a diferenciação e o anonimato das citações decidimos numerar as entrevistas por sua ordem de realização. Assim E<sub>1</sub> foi o primeiro entrevistado e E<sub>21</sub> o último. Após a transcrição, o material obtido com as entrevistas foi analisado segundo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) e sua discussão posterior foi orientada pela investigação de algumas questões derivadas dos itens da entrevista, a saber:

1. Há alguma mudança em relação à histeria?
2. Em caso de resposta afirmativa:  
O que contribuiu para essa mudança?
3. A mudança se apresenta como um fenômeno geral da clínica?
4. A histeria é mais frequente em homens ou em mulheres?

A análise dessas questões foi feita de forma que procuramos articular os dados obtidos nas entrevistas com o material teórico que serviu de base para nossa pesquisa.

#### 4.2. Caracterização dos Entrevistados

O grupo entrevistado (T21: 09H e 12M) se caracterizou da seguinte forma:

a. Quanto à formação básica:

	<i>HOMENS</i>	<i>MULHERES</i>
PSICÓLOGO	01	08
PSIQUIATRA	08	04
TOTAL	09	12

b. Quanto ao tempo de experiência clínica:

(ANOS)	<i>HOMENS</i>	<i>MULHERES</i>
TEMPO MÍNIMO	08	06
TEMPO MÁXIMO	22	18
TEMPO MÉDIO	15	12

c. Quanto ao referencial teórico utilizado:

Teoria Psicanalítica (Freud, M.Klein, Bion, Winnicott, Lacan) 12
Psicanálise Pragmática 01
Psicanálise Institucional 01
Psiquiatria Clínica 01
Psiquiatria Clínica e Teoria Psicanalítica 05
Psiquiatria Clínica e Psicologia do Self 01
Total 21

d. Quanto ao vínculo institucional:

Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro 01
Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro 02
SPAG 02
Letra Freudiana 01
Total 06

Quanto à atividade privada desses profissionais, ela está na sua grande maioria concentrada nos bairros da zona sul do Rio de Janeiro (17 dos 21 entrevistados têm consultório nessa região). Os quatro restantes exercem atividade no centro da cidade, Barra da Tijuca, Tijuca e Madureira. Quanto à atividade pública, esses profissionais estão lotados nas mais diversas instituições de saúde na cidade do Rio de Janeiro, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, e em municípios vizinhos, exercendo atividade ambulatorial e/ou de internação.

Vamos procurar a seguir apresentar e analisar os dados relativos às questões da nossa entrevista.

#### **4.3. A Histeria e o Simulacro da Mudança**

A primeira das questões que construímos como objeto de investigação, isto é, "há alguma mudança em relação à histeria?", mostra que a maioria dos entrevistados observa mudanças nessa categoria clínica. Dos 21 profissionais entrevistados, 19 consideram que a histeria mudou apenas em termos da sua apresentação clínica. Um (01) entrevistado não observa qualquer mudança em relação à histeria ou no sentido do seu quadro clínico; e somente um (01) profissional considera que aconteceram mudanças na histeria tanto a nível sintomático quanto estrutural.



A partir desses dados podemos observar que a grande maioria dos participantes da nossa pesquisa entende que a mudança que se vê em relação à histeria está restrita à sua apresentação clínica. São seus argumentos:

"a expressão clínica é uma coisa, a estrutura da histeria é outra" E<sub>21</sub>

ou

"a histeria mudou na forma como ela se apresenta mas sua dinâmica se manteve a mesma em todos os tempos" E<sub>14</sub>

ou ainda

"os sintomas podem ser os mais variados, mas o sentido do quadro clínico, a estrutura clínica é a mesma" E<sub>01</sub>

O que podemos observar através desses relatos é que para um grande percentual de profissionais a histeria assumiu uma roupagem diferente de algumas décadas pra cá, diferenciando-se da "Grande Histeria" que ficou conhecida no século passado rica em sintomas conversivos, e hoje se apresenta de uma maneira menos marcada por essas manifestações. Entretanto, isso não significa em absoluto que seu eixo estrutural tenha se transformado no tempo. É como relatou um entrevistado:

"dizer que a histeria mudou é dizer que a questão histórica mudou e eu não acho que ela tenha mudado...a gente tem que pensar como ela tá hoje e como ela era e entender o que tá na

ordem da estrutura mesmo, esse compromisso sintomático que permanece por conta dessa tentativa de resgate fálico que é a questão histórica, e o que mudou como montagem sintomática, como roupagem, arcabouço" E<sub>21</sub>

Essa noção de estrutura clínica nos parece ser então o instrumental mais utilizado pelos nossos entrevistados no diagnóstico de histeria. Muitos consideram que esse conceito veio auxiliar na delimitação clínica e na condução do seu tratamento, em função da confusão que se estabeleceu com o desaparecimento dos típicos quadros conversivos, e até mesmo para evitar cair nas "armadilhas" da histeria ao se travestir de outras patologias. Muitos profissionais psiquiatras apesar de utilizarem as normas de classificação médica como a CID-10, DSM-III e DSM-IV, consideram que o diagnóstico dinâmico-estrutural é a forma mais segura de se identificar a histeria, principalmente por causa de seu desaparecimento enquanto uma categoria nosográfica bem delimitada.

"Hoje eu estou mais próximo do diagnóstico estrutural porque do ponto de vista fenomenológico eu acho que há uma confusão mesmo, porque no auge de uma crise é muito difícil você diferenciar uma crise histérica de um surto psicótico, alguns são bem delineados, outros não. Você vai ter a presença de alucinação e delírio nos dois casos" E<sub>12</sub>

As falas dos profissionais parecem indicar que diferentes fatores são privilegiados e decisivos na construção do diagnóstico dinâmico-estrutural da histeria tais como:

a. **Situação subjetiva do paciente** - na qual se agrupam diversos aspectos como o tipo de defesa, de resistência, de manifestação da ansiedade, como se modaliza a transferência, traços de personalidade, enfim, toda uma estruturação psíquica que caracteriza a histeria.

"Eu procuro ver como a pessoa se posiciona diante das coisas. É um tipo de discurso mesmo, de demanda, um tipo de posição que a pessoa se coloca diante do analista, diante da vida" E<sub>07</sub>

ou

"Essas pessoas, elas têm a tendência a sempre ter a mesma forma de expressar os conflitos, determinados mecanismos de defesa são sempre acionados, a situação do aparelho mental, a situação instintiva, as defesas como foram construídas, o modo de adaptação à vida objetiva, tudo isso são indícios" E<sub>06</sub>

b. **Sedução:**

"Eu vejo assim, a questão da relação sexual é muito complicada, a escolha do parceiro é sempre problemática, há uma sexualização das coisas, uma sedução, uma erotização exagerada de tudo" E<sub>18</sub>

c. **Discurso da impotência.**

"Há toda uma queixa de impotência e insatisfação diante da vida, toda uma queixa de que o outro é mais responsável do que eu mesma, uma coisa de delegar responsabilidades ao outro, acusam muito o outro, são muito vítimas do que o outro faz delas" E<sub>17</sub>

d. **Teatralidade:**

"Semana passada eu estava atendendo no hospital quando começou uma confusão enorme fora da sala: era uma paciente aparentemente tendo uma crise epilética. No decorrer da crise a gente foi concluindo que aquilo se tratava de um quadro dissociativo e não de epilepsia, pelas características que apresentava e a tamanha confusão feita pela paciente" E<sub>03</sub>

e. **Belle indifférence:**

"Eu tenho uma paciente que tem uma coisa meio difusa, ela sente falta de ar, dor no peito, a vista começa a turvar quando ela fica nervosa, ela fica sem enxergar nada e fica muito assustada com isso. Ao mesmo tempo ela não me parece muito aflita com isso, é mais a mãe dela, aliás com nada, não me parece ser uma coisa assim que esteja mobilizando ela, é mais a pressão de fora" E<sub>07</sub>

O fato mais relevante que emerge dessas respostas é o tipo de representação de histeria que predomina nesse grupo composto pela maioria dos profissionais entrevistados. A idéia de que ela se deve à dificuldades no plano da existência e da sexualidade é carregada de um naturalismo que se opõe radicalmente à idéia de que a histeria está submetida ao social e conseqüentemente permeada pelas representações dessa esfera. Isso nos leva a pensar por sua vez, tal como foi apontado por Freire Costa (1989), que o campo "psi" opera com uma idéia de causalidade e de expressão do sofrimento psíquico calcada em pressupostos universalistas e essencialistas. Como podemos perceber, a questão histórica, a estrutura clínica, a dinâmica

psíquica, todos esses conceitos apontam para uma concepção de histeria universal e a-histórica. Apesar de aparentemente a histeria ter se modificado na nossa sociedade, essencialmente ela não varia, ou seja, existem continuidades, constâncias e invariâncias nessa categoria clínica. De forma semelhante, o entrevistado que disse não observar nenhuma mudança em termos da histeria nem do seu quadro clínico, aponta para um tipo de categoria imutável e faz alusão a um atavismo biológico em relação à histeria.

"Eu acho que mudou apenas o enfoque que se tem hoje em dia, até mesmo na classificação não há mais histeria. São os distúrbios somatoformes e dissociativos. Em termos de mudança clínica não, é a mesma, e quanto à questão dinâmica permanece igual também" E<sub>09</sub>

Podemos notar assim que os dados obtidos em relação à mudança da histeria confirmam o que foi levantado na discussão teórica acerca da pregnância de concepções universalistas e essencialistas no campo "psi". O reconhecimento de uma transformação a nível dos sintomas reflete uma idéia subjacente de que a histeria é uma entidade inatigível à influência de fatores de ordem histórica e social. É importante também perceber que todos os fatores levantados pelos entrevistados como determinantes do diagnóstico de histeria se remetem às características inerentes do paciente e ou da própria histeria enquanto categoria clínica. É disso que se conclui que, por mais que seja admitida uma mudança na apresentação clínica da histeria, ou seja, apesar do fato de existir uma variedade

muito grande de apresentações e reinterpretações da histeria na nossa sociedade, o campo "psi" está marcado pela idéia de que ao cair das diferenças, existe uma essência humana similar em todos os tempos e lugares. Há um *continuum* entre as históricas convulsionárias de Charcot e as históricas mais "modernas" desse final de século.

Esse tipo de compreensão da histeria por sua vez, se diferencia substancialmente da percepção do entrevistado que considerou que a histeria mudou clinicamente e de sentido. Segundo ele,

"dizer que a histeria é uma questão histórica, uma coisa universal, uma essência que vários sujeitos apresentam, é dizer muito pouco das pessoas...Eu acho por exemplo que a histeria no campo lacaniano - que é muito forte aqui no Rio de Janeiro - como uma condição de discurso e não só um quadro nosológico, não passa de uma ampliação e uma universalização desse diagnóstico, que eu acho que não retrata a realidade que a gente vê na clínica. A clínica é muito mais diversa do que essa universalidade e eu não acho que existe a questão histórica: sou homem ou sou mulher? Acho que isso é muito pobre, precário, uniformizador dos discursos que a gente escuta" E<sub>15</sub>

Contestando os paradigmas universalista e naturalista, esse entrevistado anuncia uma outra leitura possível para se pensar a questão não só da histeria, mas da clínica psiquiátrica em geral, e as categorias elaboradas segundo a tradição positivista dominante no século passado.

"Eu posso dizer que a estrutura da histeria preexiste ao sujeito? Posso dizer que na estrutura está escrito todas as possibilidades

de apresentação de determinada doença? É possível dizer que a histeria é a mesma de sempre e que essa outra apresentação sintomática já estava determinada, escrita? Esse não é o ponto de vista que eu adoto" E<sub>15</sub>

No depoimento acima expressa-se claramente o ponto de vista do entrevistado sobre a necessidade de contextualização da histeria e de reavaliação desse paradigma universalista que permeia o campo "psi". Só esse procedimento, segundo o entrevistado, tornará possível a observação da histeria como um fato social e cultural. O importante a ressaltar nessa entrevista - apesar de ser a única que coloca como fundamental a crítica desses pressupostos - é a existência dentro do próprio campo "psi" de autores que procuram introduzir nesse campo de saber outras categorias de análise que levam em conta a dimensão histórica e cultural dos comportamentos humanos. Ou seja, a perspectiva universalista não é mais exclusiva já que muitos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de trazer a questão da diversidade cultural para mais perto. Podemos ainda dizer que nosso entrevistado assume uma posição de questionamento frente a crença na universalidade das categorias clínicas utilizadas pelo discurso médico e "psi", no sentido de mostrar que ao invés de "realidades" imutáveis, elas não passam de conceitos elaborados segundo critérios e valorizações que diferem no tempo e no espaço. Em outras palavras, são categorias construídas e interpretadas subjetivamente, cujo objetivo final é a generalização e naturalização das doenças.

Dessa forma, ele lança uma questão bastante pertinente para o campo "psi":

"Será que a gente pode dizer que uma pessoa que tá lá no centro de saúde é histérica da mesma maneira que uma pessoa que eu vejo aqui no consultório?" E<sub>15</sub>

Podemos perceber através dessa questão outro ponto fundamental em se tratando de representação de doença. Sabemos que a idéia de uma expressão essencial e universal do adoecer psíquico foi contestada por inúmeros trabalhos entre os quais destacamos o de Freire Costa (1987,1989) e o de Duarte (1988). Ou seja, a representação de sofrimento psíquico está intimamente ligada ao contexto cultural do indivíduo e associada ao uso que ele faz do seu corpo ou ao *habitus corporal*, segundo o ponto de vista de Boltanski (1988).

Isso de certa forma nos alerta para uma questão fundamental: para a marcação histórica do discurso médico-científico, o qual evidentemente por ser um saber que faz parte da cultura, é regido por seus códigos. Aponta também para o fato de que a histeria, enquanto uma categoria do pensamento científico, faz parte de uma realidade construída e dessa maneira deve ser tratada como uma categoria ideológica que privilegia determinados aspectos em detrimento de outros de acordo com a visão de mundo que está em jogo. A nossa concepção de histeria está submetida à visão de mundo das classes dominantes, a qual é veiculada pela medicina, e portanto uma



concepção que carrega uma determinada representação do corpo e de sua relação com o mundo.

É interessante também observar que a histeria vista por esse ângulo - enquanto uma categoria surgida na medicina ocidental - e, por isso mesmo, ser marcada por determinados valores e visão de mundo, não pode ser utilizada indiscriminadamente em todos os lugares, pois corre-se o risco de se estar aplicando erroneamente modelos conceituais ideológicos sem nenhuma relação com o contexto e a realidade do paciente.

Diante então desse quadro, podemos dizer que apenas um entrevistado demonstra uma preocupação com a concepção universalista de histeria enquanto entidade nosológica, preocupação essa que não se restringe à sua apresentação clínica, mas dirige-se ao próprio pressuposto que orienta o campo "psi" que toma a histeria enquanto uma estrutura psíquica. Há portanto, do ponto de vista da maioria dos entrevistados, uma idéia de que mesmo mudando os sintomas, é evidente que a histeria não sofreu qualquer alteração em termos da sua dinâmica psíquica.

#### 4.4. A Histeria e as Transformações Sociais

A investigação da nossa segunda questão - "o que contribuiu para a mudança dos sintomas histéricos?" demonstrou que quatro temas estavam nela contidos, a saber:

##### a. **Mudança Cultural:**

Segundo 15 entrevistados a mudança dos sintomas histéricos é indissociável do processo de mudança cultural ocorrido na sociedade ao longo do século XX. A histeria foi mudando de apresentação conforme foram mudando os dispositivos culturais que passaram a produzir novos sintomas, novas leituras, novas interpretações do fenômeno histórico.

"A histeria acompanhou as questões do tempo, a evolução do tempo, as queixas e as necessidades das pessoas que foram mudando, necessidades que refletem o mundo que ela tá vivendo" E<sub>10</sub>

Dentro desse contexto de mudança cultural a questão da liberação sexual se configura como um dos seus mais importantes aspectos. Segundo os entrevistados esse é um dos fatores que impulsionou o desaparecimento dos quadros clássicos de histeria em favor de uma apresentação menos rica em sintomas conversivos. Para muitos, nossa sociedade contemporânea mudou, pois não está mais marcada pela moral sexual conservadora que

predominava no século XIX e até recentemente. Consequentemente ela é bem menos repressora em termos do comportamento sexual das pessoas. Hoje estamos vivendo um momento de maior liberdade no campo da sexualidade - campo esse privilegiado na histeria - o que acaba causando um impacto considerável em relação ao quadro clínico histérico.

"Eu acho que hoje a sexualidade é bem mais falada do que antigamente, daí não ser necessário uma conversão, aquela teatralidade das crises históricas" E<sub>08</sub>

Para esses entrevistados quando se constitui um campo na sociedade onde a sexualidade é muito enfatizada, quando ela está em toda parte, diferentemente de um tempo em que só havia o silêncio das pessoas em relação a isso, termina-se criando um outro imaginário, onde o que é valorizado socialmente modela também o tipo de sintoma. A libido antes acumulada e convertida em sintomas histéricos, hoje em função dessa maior liberdade em relação à sexualidade, pode ser facilmente liberada e canalizada para outras esferas da vida além da sexual. Ou seja, o *quantum* de libido que hoje é convertido é bem menor do que antigamente devido às mudanças ocorridas na esfera da sexualidade feminina.

"Eu acho que foi a mudança cultural mesmo e o lugar da sexualidade hoje em dia. Ela passou a ser tão falada de tantas formas, ligada ao próprio consumismo mesmo, que eu acho que a coisa passou a ser menos convertida, foi desviada para outros meios" E<sub>07</sub>

Para os profissionais a mulher tem hoje acesso a outros meios de expressão que de uma certa forma funcionam como uma catarse. Não é que isso tenha feito a histeria desaparecer, apenas foram criadas outras vias de expressão para a libido além da corporal. Antes as possibilidades de expressão eram muito limitadas, daí a intensidade e a dramaticidade daquele quadro clínico.

"Hoje, a mulher mais liberada, que participa, que trabalha, que tem outras formas de expressão, talvez por isso essa energia é canalizada para outras coisas. Você vai ao teatro, ao cinema, vê mais arte, você participa disso, se expressa de outras formas que não seja o concreto do sexo. Eu suponho que a mudança tem alguma coisa por aí" E<sub>13</sub>

O aspecto convulsivo das histéricas da época de Freud pode ser pensado, então, como uma forma que as mulheres tinham para expressar seu mal estar psíquico condizente com os mecanismos de controle da sexualidade que existiam naquela época.

"Eu acho que de uma certa forma a histeria naquele modelo clássico estava voltada para um tempo onde a expressão das pessoas era muito tolhida, o comportamento sexual era realmente muito reprimido. A histeria vinha muito como uma forma de mostrar uma insatisfação" E<sub>16</sub>

É interessante que isso vem trazer uma temática já debatida anteriormente quando tentamos desenvolver a idéia de que o aparecimento da "Grande Histeria" e a consolidação dessa categoria no campo psiquiátrico tiveram uma relação direta com

a sedimentação do esteriótipo feminino como ser destinado à procriação e à vida doméstica e com seu afastamento do espaço público, sedimentados no século XIX. Basta lembrarmos dos trabalhos de Rago (1988), Cunha (1989) e Nunes (1991), que revelam como inúmeras mulheres foram diagnosticadas como histéricas por causa de comportamentos considerados claramente transgressores dos costumes da época e do modelo de mulher ideal forjado por aqueles que detinham o poder, inclusive a corporação médica.

Portanto, para os entrevistados foi o desaparecimento desse modelo de mulher que predominava na sociedade do século passado o que fez com que a sintomatologia histérica conversiva desaparecesse e desse lugar ao aparecimento de novos quadros clínicos mais condizentes com a realidade atual.

"O mundo de hoje não está mais dessa forma, a mulher pode sair, trabalhar, ela é uma pessoa participante na sociedade. Antes o papel da mulher era manipulado pelo homem, ele decidia sobre a sua vida. Hoje ela mesma faz isso" E<sub>16</sub>

ou

"Hoje você não vai encontrar uma moça virgem que ficou para tia ou uma governanta que, enfim, é apaixonada pelo patrão. Você vai encontrar muito pouco essas situações, elas até podem existir, mas não é o modelo de mulher que predomina hoje" E<sub>07</sub>

Diante dessas colocações podemos observar que para a maioria dos profissionais a mudança dos sintomas histéricos clássicos está relacionada às transformações de ordem social e

cultural que vem passando a mulher ao longo do século. Isso conseqüentemente teve um impacto a nível subjetivo cujo efeito produzido por essas transformações foi a "modernização" do quadro clínico da histeria em conformidade com os valores que passaram a vigorar na sociedade. Segundo os entrevistados pode-se dizer que a mudança dos sintomas histéricos é uma decorrência inevitável das transformações sociais, as quais atingiram a mulher por excelência.

Fica claro portanto, que a reflexão sobre a mudança dos sintomas histéricos dentro do campo "psi" leva em consideração a questão da representação social da mulher e o lugar ocupado por ela na sociedade. Contudo, desconsidera o fato de que esse processo de modernização da sociedade, de redefinição da sexualidade feminina e do seu papel social, está marcado pela proliferação das psicologias e a difusão maciça da psicanálise observadas especialmente nos setores médios da população e não na sociedade como um todo. Ou seja, o campo "psi" está marcado por uma representação de mulher "moderna" tomada como universal e portanto invariante entre as classes sociais. Assim, o que nos chama mais atenção nesse grupo de profissionais não é só a ênfase dada à representação de mulher "moderna", mas também o uso amplo dessa categoria que demonstra o desconhecimento de suas implicações com a ideologia individualista dominante na sociedade moderna. Quando falamos em modernidade torna-se imprescindível registrar que estamos nos referindo aos valores adotados pelas sociedades ocidentais,

principalmente pelas camadas médias e superiores urbanas, entre os quais a igualdade entre os gêneros se configura como um dos seus mais importantes valores. Assim, a mulher "moderna" e independente, que busca a realização de suas aspirações e objetivos pessoais, não é uma representação que atravessa todos os setores da sociedade, mas um dos modelos possíveis de subjetividade feminina existente no espaço social.

**b. Progresso no Saber Psiquiátrico e Farmacológico, e as Práticas Institucionais:**

O segundo tema pregnante entre os entrevistados tomado como responsável pela modificação dos sintomas histéricos foi de um lado, a evolução tecnológica que vem modificando a prática da medicina através de inovações dos métodos de diagnóstico e terapêuticos e, por outro lado, a evolução da indústria farmacêutica. Cinco (05) profissionais concordam que o fato de existirem atualmente inúmeras possibilidades de tratamento psiquiátrico oferecidas à população, faz com que os pacientes sejam rapidamente medicados ao menor sinal de desconforto psíquico. Segundo um profissional,

"Hoje há uma difusão enorme desses tratamentos na população em geral, então é muito difícil você pegar um paciente virgem totalmente de medicação. De alguma forma ele já trabalhou com a ansiedade dele, seja pela linha alternativa, seja pela medicamentosa mesmo, ou pela auto-medicação ou pelo clínico geral. Hoje a gente

pega pacientes muito mais manipulados, diferentes das pacientes de Freud virgens de medicação" E<sub>9</sub>

De acordo com os entrevistados, podemos dizer que o suporte farmacológico disponível atualmente e a própria política de popularização desse tipo de medicamento, impedem que os quadros de histeria e outras patologias evoluam para estados mais graves e apareçam com a frequência de antigamente. Para um entrevistado o quadro de histeria conversiva,

"era ansiedade pura, concreta, palpável, que tava precisando de descarga. Hoje é mais difícil acontecer isso até pelo nível de ansiolítico que dá uma segurada nisso. Se você diminui essa energia já não tem necessidade de se manifestar de forma tão dramática" E<sub>11</sub>

O que acontecia anteriormente era que em função dos poucos recursos terapêuticos não se conseguia impedir a eclosão de quadros de ansiedade de grande magnitude em todas as patologias psiquiátricas. Hoje já não se deixa mais que a crise alcance proporções muito graves, pois já se intervem muito precocemente na ansiedade do paciente. Por outro lado, a medicina foi adquirindo cada vez mais conhecimentos em relação à histeria o que possibilitou fazer um diagnóstico diferencial muito mais preciso em relação à outras patologias como por exemplo a depressão. Muitos entrevistados comentaram que a patoplastia histérica geralmente encobre sinais de depressão, então vários pacientes não tendo seus diagnósticos bem definidos acabavam por desenvolver uma sintomatologia



aparentemente histérica, mas no fundo se tratava de uma depressão.

Outra questão levantada pelos entrevistados como um possível elemento para a mudança da apresentação clínica da histeria foi o processo de desinstitucionalização do doente mental e a ênfase no tratamento ambulatorial decorrente do movimento basagliano e pela própria influência da psicanálise no meio psiquiátrico. Isso teria acabado com o temor que afastava os pacientes das instituições psiquiátricas, e portanto fazia com que ficassem a mercê da sua doença sem nenhum tipo de tratamento. Aos poucos o nível do atendimento foi se diversificando e os profissionais "psi" de uma forma geral foram construindo um outro olhar sobre a doença mental.

"Eu acho que o fato de se estar desmistificando e desterrorizando o tratamento da doença mental tem influenciado isso, pois uma das coisas que mais atrapalhava é que ao sofrimento próprio da crise somava-se o pânico do tratamento psiquiátrico e com toda razão. Tinha métodos cruéis como a lobotomia, a terapia de eletrochoque e com a histeria particularmente, tinha o uso da amônia para ela cheirar e acordar, injeções subcutâneas muito dolorosas, tapa na cara, beliscão nos seios, fora todo o aspecto coercitivo do tratamento" E<sub>12</sub>

Segundo os entrevistados, uma das consequências desse "avanço" seja a nível das técnicas utilizadas no tratamento do paciente psiquiátrico, seja pelo arsenal farmacológico disponível e até mesmo pela maior capacidade de diagnóstico diferencial, é o fato de que os médicos e psicólogos passaram a

ter uma tolerância menor quando se deparam com aqueles casos denominados de "piti".

"Todo mundo zomba de uma mulher que fica dando piti, então a tendência é desaparecer mesmo por força dessa pressão" E<sub>13</sub>

A explicação para essa intolerância médica estaria, segundo os depoentes, no fato de que esses quadros são tomados como pura simulação do paciente, portanto indignos de atenção por parte deles. Vejamos como um entrevistado expressa isso claramente:

"Esse tipo de quadro manipulativo, exagerado, muitas vezes gera rejeição na gente, gera irritação, porque parece que a pessoa tá fingindo ou zombando da gente, como se estivesse fazendo pouco caso da gente, aí você passa a desconsiderar aquela pessoa" E<sub>16</sub>

Diante dessas explicações é possível perceber a associação entre saber e prática médica e a representação de histeria. Fica claro que a mudança dos sintomas histéricos é indissociável do próprio movimento de transformação ocorrido na medicina ao longo da história e da elaboração das novas categorias diagnósticas que pouco a pouco foram redefinindo os quadros das doenças. Essa definição por sua vez esteve sempre marcada pela subjetividade do médico, a qual é constituída dentro de um universo social e cultural. Ou seja, não é possível separar o que foi e o que é definido atualmente por histeria sem levar em conta as representações sociais

constitutivas do discurso médico. Isso nos leva a considerar a histeria como uma categoria histórica onde as relações sociais e as significações da sociedade estão em jogo. Dessa forma, as novas apresentações da histeria consideradas no campo "psi" como simulação ou "falsa modernização" apontam no nosso entender para essa interdependência entre médicos e pacientes na construção de uma categoria clínica. Em outras palavras, o discurso médico está perpassado pela representação de mulher "moderna", que por sua vez condiciona a apresentação clínica da histeria nesse final de século.

Ainda dentro dessa discussão consideramos que os entrevistados quando se referem ao progresso científico, no sentido do avanço dos recursos técnico-científicos da medicina moderna, deixam de lado o aspecto da medicalização social, o qual está diretamente relacionado, na nossa opinião, com a mudança dos sintomas histéricos. A medicalização é entendida aqui segundo o que foi dito por Corrêa (1991):

"Um processo pelo qual o modo de vida das pessoas é normalizado pela medicina e que interfere na construção das representações sobre saúde e doença nas sociedades ocidentais modernas" (Corrêa, 1991:17)

Sabemos que hoje em dia o discurso médico está fortemente permeado pelo discurso "psi", de forma que se encontra marcado pelos valores e subjetividade desse campo. Podemos assim levantar a hipótese de que a transformação do quadro histórico é uma consequência desse processo de

medicalização social atualmente numa vertente mais psicologizada. Ou seja, a nova configuração clínica da histeria muito mais psíquica do que corporal está referida a um imaginário social que supervaloriza o subjetivismo e o que é "moderno", representando assim o discurso médico contemporâneo.

### c. Difusão Psicanalítica:

Dando prosseguimento ao tema mencionado no item anterior, um outro fator que teria influenciado na mudança da apresentação clínica da histeria teria sido a difusão do saber e das práticas psicanalíticas. Para oito (08) entrevistados criou-se uma cultura "psi" onde há uma intensa psicologização da vida, do cotidiano, o que, por sua vez, teria acarretado uma mudança na mentalidade, nos costumes, nos papéis sexuais e na maneira como as pessoas passaram a se perceber. Criou-se uma outra subjetividade modelada por representações oriundas do ideário individualista da independência, da liberdade e a autenticidade, do qual a psicanálise também se derivou. Como se sabe, a difusão da psicanálise contribuiu decisivamente para a consolidação de um tipo de percepção psicologizada do mundo típica do imaginário individualista com estímulo à auto-observação e ao autoconhecimento, onde o sujeito psicológico passou a ser a medida de todas as coisas.

"Eu acho que a psicanálise tem muito a ver com essa mudança. Hoje todo mundo sabe alguma coisa que a psicanálise fala, a criação dos filhos, a

importância da infância etc. Isso de certa forma influencia o modo como as pessoas se expressam" E<sub>03</sub>

Nessa cultura psicanalítica que toma a verdade interna como seu valor máximo, os antigos quadros conversivos de histeria não são tolerados, pois é como se fossem simulação, uma falta de autenticidade. Um entrevistado ilustra a situação dos sintomas histéricos nesse imaginário "psi":

"Eu acho que a palavra que me ocorre é sinceridade, porque na educação, nos nossos relacionamentos, dentro da nossa cultura e da nossa visão de mundo, onde a psicanálise é parte integrante, o que se busca é o amor à verdade, assim não dá para uma pessoa fazer uma mentira, uma falsidade, ser tão insincera consigo própria. Quando um paciente começa a ter problema de impotência, ele começa logo a se perguntar: porque eu dei uma brochada? Ele começa logo a se preocupar com as culpas dele, com os relacionamentos dele, ele já começa a querer ser sincero com ele mesmo para ele ter esse reencontro, para ele se recuperar. É uma coisa natural, espontânea" E<sub>06</sub>

Uma vez que o imaginário contemporâneo está marcado de forma importante por esse culto à vida interna, subjetiva, nossos entrevistados compreendem que o desaparecimento dos sintomas histéricos clássicos é uma decorrência desse movimento de auto-análise constante e de desvalorização de tudo aquilo que possa comprometer esse projeto de autenticidade plena. Assim, a crise histérica clássica de desposseção é assimilada a um tipo de sujeito que se mantém alheio à sua verdade interna individual. Podemos então dizer que para os profissionais do

campo "psi" a mudança dos sintomas histéricos é uma das demonstrações do processo de psicologização da sociedade, e a nova apresentação da histeria um retrato dos valores que passaram a permear as instituições, as relações sociais e afetivas.

d. **Mimetismo histérico:**

Um outro ponto ligado à mudança dos sintomas histéricos seria a própria capacidade da histeria em acompanhar as mudanças culturais e a "evolução" dos tempos. Dois (02) entrevistados consideram que por ser inerentemente plástica, por seu caráter de imitativo e sugestionável, a histeria assume uma roupagem de acordo com o contexto em que está inserida. Em função disso ela está sempre mudando de feição e assumindo novas configurações, novas formas, e vai tomando as cores e as nuances de cada época.

"A histeria tem uma questão assim de mimetizar, de fazer o jogo e o discurso que o outro quer ouvir" E<sub>20</sub>

Essa idéia é corroborada por outro entrevistado:

"A histeria tem essa coisa da plastia, de se manifestar de várias formas. Eu tenho visto por exemplo algumas pacientes histéricas nos últimos anos se dizendo portadores da síndrome do pânico, depois que apareceu a síndrome do pânico logicamente" E<sub>14</sub>

Podemos observar com isso que antigas concepções que comparavam a histeria a um camaleão, por sua capacidade de simular doenças e enganar os médicos, vigentes na Idade Média, não desapareceram por completo do nosso imaginário. Se antigamente ela se travestia de bruxa, a histérica hoje faz sua *mise-en-scène* de acordo com a mentalidade contemporânea. Na verdade, mesmo despojada daquela sintomatologia clássica, para os entrevistados a histeria continua caprichosa, imprevisível, indomável, cheia de artifícios. Essa é uma concepção que expressa, tal como referimos anteriormente, uma idéia de histeria independente das representações sociais. Tomar essa capacidade plástica enquanto um atributo inerente à histeria também demonstra a crença na entidade nosológica em si, na sua essencialidade, e não como uma construção do saber médico, que por sua vez está imerso nas representações sociais.

#### **4.5. As Faces Pública e Privada da Histeria**

Com a terceira questão investigada na nossa pesquisa, isto é, "a mudança se apresenta como um fenômeno geral da clínica?", procuramos saber em que setores da população se dava a mudança dos sintomas histéricos. As falas dos entrevistados se agruparam da seguinte forma:

**Grupo A:** Os onze (11) entrevistados incluídos nesse grupo consideram que a mudança da sintomatologia histérica é um fenômeno geral e irrestrito que atingiu igualmente o setor privado e o setor público. Para esses profissionais a histeria mudou em termos do seu quadro clínico já que não aparecem mais os casos graves de conversão, nem nos ambulatórios públicos, nem nos consultórios. Alguns atribuem essa mudança à intolerância cultural, e do corpo médico, frente a esses quadros tanto na clínica privada quanto nas instituições públicas:

"O piti não dá mais ibope; antigamente não, havia todo um aparato familiar, social, que valorizava a histérica que desmaiava, as pessoas prestavam atenção. Hoje isso é depreciado totalmente. A própria prática médica não suporta pacientes desse tipo que não têm "nada" e isso tem contribuído para esses casos mudarem, pois eles não são aceitos e os médicos são terrivelmente intolerantes" E<sub>02</sub>

Muitos entrevistados atribuem a mudança generalizada, por sua vez, à difusão psicanalítica, um fenômeno que consideram ter atingido todas as classes sociais sem distinção:

"Essa difusão "psi" está aí em qualquer revista, na tv; tem uma interpretação, um vocabulário calcado na coisa psicológica, qualquer programa de debate tem sempre um psicanalista, um psicólogo ou um psiquiatra falando. A coisa do discurso psi está aí na vida das pessoas. Uma mãe que briga com o filho mesmo com nível cultural mais baixo já sabe que aquilo pode traumatizar, deixar o filho agressivo. Tem toda uma cultura que favorece isso, a tv está aí e todo mundo assiste" E<sub>05</sub>



Para outros, a modernização da mulher é um fato universal:

"No tempo de Freud, as mulheres eram muito marcadas pela histeria. As mulheres eram histéricas, aquela coisa teatral e na época eu imagino que havia uma forma de expressão desse mal estar, da sua condição de mulher ou das relações da mulher com a sociedade, era uma forma diferente da de hoje. A mulher hoje está muito afastada daqueles quadros tipo Anna O., Dora, que desmaia, cai no chão, isso está em declínio" E<sub>10</sub>

Finalmente, para grande parte dos profissionais, tanto no setor público quanto no setor privado há o mesmo mecanismo de formação de sintomas:

"Eu reconheço o mesmo tipo de defesa, de expressão e de formação de sintomas. Pode entrar uma pessoa aqui no meu consultório que possa ter um nível cultural e econômico bem diferente da pessoa que tem acesso ao ambulatório, mas é a mesma coisa, é o mesmo tipo de manifestação, é a mesma teatralidade, a mesma plastia, a mesma erotização dos atos, das representações, não há a menor diferença de um lugar para o outro" E<sub>14</sub>

Podemos notar que esse tipo de interpretação por mais que pareça contraditório, sustenta uma idéia de histeria enquanto essência humana, pois, segundo o ponto de vista dos profissionais, a mudança que se observa em relação à histeria está restrita à sua superficialidade. Em outras palavras, a fala desses profissionais revela o quanto eles ainda estão presos a uma visão naturalista da histeria, com base na

permanência da sua essência no tempo. Consideramos que há um aspecto paradoxal em questão nesse grupo: de um lado, a percepção por parte dos profissionais de que a sintomatologia clínica da histeria sofreu o impacto do tempo e que mudou sua forma de apresentação; de outro lado, defendem a sua imutabilidade no que diz respeito ao seu conteúdo. Ou seja, eles fazem uma dissociação entre a mudança visível dos sintomas histéricos e mudança em profundidade na organização intrapsíquica, como se não houvesse uma interdependência entre esses dois aspectos. Outro problema apresenta-se nesse grupo quando eles defendem a idéia de que a nova sintomatologia histérica é universal e independente do contexto em que está inserida. Ou seja, a mudança dos sintomas histéricos é pensada como um fenômeno que independe das diferenças e dos interesses de cada classe social. Evidentemente isso traz consigo a idéia de uma mulher universal e "moderna" e supõe ainda, a existência de uma comunhão de experiências e visões de mundo por parte de todas elas. Portanto, parece legítimo apontar que esse grupo de profissionais não está preocupado com a questão da diversidade cultural, não valoriza as diferenças produzidas no plano simbólico, nem tampouco a dimensão social da histeria.

**GRUPO B:** Os nove (09) entrevistados que constituem esse grupo consideram que a mudança dos sintomas histéricos ao invés de ser um fenômeno geral está restrito ao âmbito privado, já que é muito frequente o aparecimento dos quadros clássicos de

histeria nos ambulatórios públicos. Discordando dos profissionais do grupo anterior quanto a abrangência da nova da sintomatologia histérica, esses entrevistados levantaram algumas questões para justificar as diferentes apresentações existentes. Em primeiro lugar, existe um discurso médico que rechaça as crises histéricas e uma intolerância cultural em relação ao "piti" muito mais pregnante nas classes média/alta do que na classe popular:

"Não é permitido na cultura de classe média urbana ter esse tipo de sintoma, é fora de qualquer padrão, de qualquer inteligibilidade, de sentido" E<sub>04</sub>

Alguns entrevistados consideram que essa intolerância cultural frente às manifestações clássicas da histeria na classe média se justifica pelo fato desse espaço social ser caracterizado por um ideário de interiorização e valorização da intimidade dos indivíduos, onde o mundo passou a ser ordenado pela ótica da subjetividade. Nesse contexto de intensificação de valores tais como a autonomia e o auto-conhecimento, não se admite mais encontrar expressões como o "piti", pois elas refletem alguém que não é sujeito da sua própria história. Ou seja, o "piti" é uma forma de expressão típica de uma pessoa que não compartilha do ideário individualista. Um caso relatado por um dos entrevistados ilustra bem esse ponto:

"Eu atendia uma paciente no PAN que praticamente vivia em transe, fora de si, assim sonolenta. Ela era uma solteirona que vivia com

uma tia e ela só podia ser atendida quando estava acordada. Os vizinhos a levavam para ser atendida nesses períodos. Depois de certo tempo ela se afastou do tratamento e procurou o serviço social dizendo que eu tentava seduzí-la durante o atendimento e que eu dava medicação pra ela ficar sonolenta e assim seduzí-la. Ora, esse tipo de discurso implica numa ingenuidade em relação a um imaginário social que eu acho que é outro. Uma pessoa que diz isso e achar que o outro vai acreditar implica em você tá em outro contexto cultural, um contexto que esse tipo de "mentira" é aceito" E<sub>04</sub>

Em segundo lugar, quanto à difusão psicanalítica, nossos entrevistados consideram que esse não é um fenômeno geral observado em todos os extratos sociais. Ele pertence apenas ao universo das classes média/alta da população. É a vida cotidiana desse grupo social particularmente que está permeada por valores e normas derivados do universo "psi". Como resultado disso há todo um processo de internalização de determinados valores e o estabelecimento de um certo modo de vida como a liberdade e o bem-estar individual, a constituição de um universo simbólico, de uma subjetividade, decisivos para a formação de uma sintomatologia histórica diferenciada.

"Eu vejo a difusão da cultura psicanalítica como um fator importante na transformação dos sintomas e isso aí é uma das diferenças primárias que eu vejo em relação ao ambiente da periferia da cidade e a coisa do consultório. A pessoa de classe social mais baixa certamente não tem acesso a esse saber que está estabelecido na nossa cultura de classe média, ou pelo menos da mesma forma, com a mesma intensidade. Eu acho que a cultura "psi" permeia as relações de uma forma completamente diferente na zona sul, ela é mais pregnante" E<sub>03</sub>

Ao contrário do outro grupo, nossos entrevistados aqui consideram que a questão da emancipação feminina, fruto da modernidade, não alcançou as mulheres de todas as classes sociais. O modelo de mulher que trabalha fora de casa, que tem um projeto e ambição profissional, que acredita na sua realização pessoal pela via do trabalho e que não aceita mais o papel tradicional de mulher como mãe e dona de casa como sua única possibilidade, é um modelo evidente nas mulheres de classe média, mas ainda incipiente nas classes menos favorecidas. Sendo assim, a definição do papel feminino mudou, mas essa mudança não ocorreu de forma semelhante nos grupos sociais. Pode-se dizer, então, que existem diferentes representações de mulher em nossa sociedade e diferentes formas de expressão de sintomas também. Vejamos a opinião de um entrevistado sobre a relação entre mudança dos sintomas histéricos e a modernização da mulher:

"Eu acho que tem a ver com essa transformação de papéis que tá colocada hoje principalmente nos estratos de classe média. Há toda uma desarrumação em relação aos papéis sexuais, no arranjo familiar, que veio via não só o discurso feminista mas a própria prática das mulheres no mercado de trabalho, que já tentam masculinamente se colocar nesse mundo do trabalho. No universo público, eu acho que essa questão não é colocada assim, é diferente, eu acho que tem uma coisa que é muito separada em relação aos papéis sexuais, isso é mais nítido, é muito claro o que é mulher e o que é homem. Mulher nasceu pra casar e ter filhos e o homem pra trabalhar e sustentar a família" E<sub>21</sub>

Assim, podemos observar que esse grupo de entrevistados não trabalha com uma concepção de mulher universal, tal como identificamos no grupo anterior, já que se reconhece uma diferença entre as mulheres que frequentam os ambulatórios públicos e as que frequentam os consultórios particulares.

Quanto ao mecanismo de formação dos sintomas, esse último grupo de entrevistados acredita que pelo fato de pertencer à universos simbólicos bem diferentes, a população de classe média e a de classe baixa também possui diferentes formas de elaboração de seu sofrimento, ou seja, a fabricação de sintomas está diretamente ligada à "cultura somática" de cada classe social.

"Eu noto que existe uma correlação entre sintoma e classe social, que cada estrutura social tem um registro, uma forma de passar mal, uma forma de adoecer psíquico. Eu acho que uma pessoa mais desfavorecida, de uma condição econômica menor, ela sem dúvida alguma tem outra representação de doença e outra representação corporal" E<sub>16</sub>

ou

"Eu acho que é por conta do próprio extrato social, do tipo de vivência e de experiência. Eu acho que a forma de apresentação, o se apresentar é diferente porque ele sofre constrangimentos de ordem cultural, conformações da cultura" E<sub>21</sub>

Segundo esses profissionais, não se pode separar o paciente do universo simbólico no qual está inserido, da cultura da qual faz parte. Todos se referem ao fato de que na

classe média existe uma tendência discursiva maior, uma maior possibilidade de colocar as coisas em palavras, impulsionadas pela própria difusão psicanalítica, que faz com que as pessoas não apresentem mais uma sintomatologia conversiva. Ou seja, o corpo enquanto uma construção social está marcado por um sistema de representações, por valores, por uma visão de mundo, determinantes na produção de comportamentos diferenciados entre as classes sociais.

"a grosso modo, eu acho que tem uma subjetivação diferente, uma relação com o corpo diferente. Nas classes desfavorecidas, esse corpo é visto de uma forma mais concreta, mais operacional, mais funcional, aquela coisa de que pobre só vai procurar o médico quando tá doente e não pode trabalhar, enquanto que na zona sul, essa cultura psi permeia mais a relação com o corpo, é um corpo mais abstraído, conceitual, subjetivado" E<sub>04</sub>

ou

"Eu acho que essa diferença tem muito a ver com a questão sócio-cultural. Os valores, a forma de se relacionar, a forma de pensar o mundo e conceber as coisas é muito diferente. Tem uma unidade na medida em que você tá no mesmo mundo e as coisas circulam, os valores dominantes, mas existe uma diferença na forma de expressão, de falar, de sentir, de valorizar determinados aspectos e outros não, que implica na forma diferente de expressar a doença entre uma classe e outra" E<sub>05</sub>

Isso se articula com a idéia de Boltanski (1988) segundo a qual, à medida em que a linguagem das sensações das classes média/alta torna-se mais rica, aproximando-se do vocabulário tradicionalmente utilizado pelos médicos para descrever as sensações próprias de cada doença, essas classes

não só escutam mais o próprio corpo, como também, assumem essa atitude reflexiva em relação a ele, experimentam um maior número de sensações mórbidas e recorrem ao médico com maior frequência.

Para nossos entrevistados a diversidade cultural e linguística entre os setores da população implica na existência de diferentes formas das pessoas se perceberem e de caracterizar seu sofrimento. Há diferentes maneiras de se vivenciar, perceber e expressar as sensações orgânicas, determinadas culturalmente, variando portanto do setor público ao privado. Ou seja, o corpo expressa a marcação cultural à qual está submetido, de forma que o tipo de apresentação sintomática de um sujeito legitima a sua cultura. Vemos portanto, que isso tem relação com a noção de "habitus corporal" também desenvolvida por Boltanski (1988) e definida enquanto um sistema de regras usados por um grupo social para definir e usar seus corpos. Vejamos como um dos profissionais aborda essa questão:

"Há uma maneira de redescrever o corpo completamente diferente. Não dá para comparar uma pessoa de classe média que estudou na escola, que a apropriação do corpo se deu através do livro de anatomia e aquela da classe popular que não tem livro da anatomia e nem noção de ciência, pois eles têm noção do que é corpo humano pegando um bicho, um animal para comer e vêem o que tem dentro. Como você vai comparar isso?" E<sub>15</sub>



Esse relato aponta diretamente para o fato de que existem outras formas de representação do corpo além daquela determinada pelo saber médico científico, a qual é geralmente considerada pelos profissionais "psi" como a única forma de representação do corpo existente, ou pelo menos, a única legítima. Segundo a pesquisa realizada por Loyola (1983) com a população da Baixada Fluminense, fica claro que o conhecimento daquelas pessoas sobre anatomia e patologia humanas é essencialmente prático e baseado nas experiências cotidianas, o que resulta no fato de que a própria percepção das sensações e a linguagem utilizada para expressá-las vai estar de acordo com o sistema de representação do corpo vigente em cada segmento social.

Pelos relatos acima percebemos, então, que os profissionais desse grupo consideram os fatores sócio-culturais fundamentais na constituição do sujeito. Demonstram uma preocupação com a diversidade cultural existente entre os setores da população e com as diferentes formas de manifestação da histeria entre as classes sociais. Nesse sentido consideramos que sua percepção em termos do fenômeno da mudança dos sintomas históricos está próxima de uma visão mais abrangente que comporta um questionamento dos pressupostos universais que fundamentam as teorias "psi". Ou seja, podemos dizer que para esses entrevistados a questão da representação do corpo e sua relação com a apresentação clínica da histeria se faz presente.

A partir desses resultados relativos à mudança da sintomatologia clínica da histeria e suas diferentes apresentações, procuramos investigar de que maneira se configura a histeria no ambulatório público e no setor privado.

Segundo os entrevistados podemos fazer a seguinte caracterização:

#### SETOR PRIVADO

. Quadros de conversão raros
. Quadros de ansiedade difusos
. Depressão
. Síndrome do Pânico
. Neuroses narcísicas
. Traços de personalidade histeriforme (comportamento controlador, manipulador, e teatral)
. "Grande Histeria" discursiva

Para os entrevistados o que caracteriza a apresentação clínica da histeria no setor privado é o fato dela ser muito mais sutil e menos grave do que no ambulatório público. A histeria da população que frequenta os consultórios privados é considerada mais subjetiva mais psicologizada do que propriamente uma histeria à nível corporal. "É aquela histeria da estrutura" diz um profissional, onde o analista vai lidar com questões muito mais amplas e menos localizáveis objetivamente no corpo. Os entrevistados consideram que o

paciente do setor privado tem uma sintomatologia mais "light" do que os casos "hard" do ambulatório público e uma tendência a traduzir seu sofrimento psíquico por meio de uma linguagem psicanalítica. Muitos profissionais têm percebido um aumento dos quadros de depressão (desânimo, falta de perspectiva e de prazer na vida, perda de apetite, sono alterado) e de síndrome do pânico, identificados como um desdobramento da histeria na modernidade. Da mesma forma muitos identificam por trás dos quadros de anorexia e bulimia nervosas, muito comuns na classe média, a "nova" histeria do final do século XX. Dessa forma, a maioria dos entrevistados identifica uma correlação entre o setor privado e as novas formas de apresentação dos sintomas histéricos.

Vejamos agora como os profissionais caracterizam a histeria no setor público:

#### SETOR PÚBLICO

. Quadros clássicos de conversão: anestésias, paralisias, afonia, bolo na garganta.
. Quadros somatoformes graves: desmaios, palpitações, perda de consciência, falta de ar.
. Quadros dissociativos
. Estados crepusculares (estreitamento da consciência)
. Loucura histérica (alucinações e delírios)
. Síndrome de Briquet (paralisia nas pernas)
. "Doença dos Nervos"
. "Piti"

Segundo os profissionais entrevistados, na rede pública, diferentemente dos consultórios privados, é muito comum aparecer pacientes com os sintomas clássicos da histeria. Aqueles que trabalham em pronto-socorro e emergências assim como nos ambulatórios, têm contato frequentemente com um tipo de paciente desaparecida no setor privado cujas características são a teatralidade e dramaticidade do quadro clínico. São casos de convulsão atípica que não cedem com medicação, crises de alucinação e delírio muitas vezes confundidas com os surtos psicóticos, casos de desmaio, de agitação psicomotora, pacientes que apresentam quadros de dupla personalidade, ausência e dissociação, ou seja, uma histeria mais florida, mais rica clinicamente. São as famosas pacientes pitiáticas marcadas pelo histrionismo que despertam curiosidade dentro dos hospitais e até mesmo desprezo por parte dos médicos, por que a rigor ninguém sabe muito bem o que fazer com elas. Uma das características da histeria no setor público, segundo os entrevistados, é o fato dela ser mais "concreta", orgânica, mais corporal do que no consultório. A sua forma mais comum de expressão é a "doença dos nervos" tal como foi relatada por Duarte (1988), categoria que agrupa de um lado uma sintomatologia física (dores de cabeça, dores precordiais, insônia, desmaio, falta de apetite, tonteira, tremores, etc) e de outro lado observa-se uma rica expressão de sintomas "morais" (irritação, aborrecimento, depressão, esgotamento, indisposição, tristeza, fúria, etc). Segundo os entrevistados

esses casos são difícilimos de serem abordados pois geralmente o paciente chega com queixas somáticas muito difusas que na maioria das vezes já foram investigadas pelas mais diversas especialidades sem que nada tenha sido evidenciado com os exames físicos e laboratoriais. Assim, para os profissionais, é possível dizer que os quadros clássicos de histeria não desapareceram pois podem ser encontrados na rede pública de saúde.

Essa descrição da apresentação clínica da histeria no setor público e no setor privado vem confirmar, no nosso ponto de vista, a interrelação entre essa categoria clínica e o contexto cultural, de forma que não podemos atribuir um caráter universal à mudança dos sintomas histéricos e desconsiderar sua vinculação com o "habitus corporal" vigente em cada segmento social. Segundo Freire Costa (1987) as formas de objetivação do sofrimento mental variam segundo coordenadas sócio-culturais e essa objetivação depende, por sua vez, da concepção que se tem da própria individualidade, da idéia de causalidade e de cura, as quais são engendrados pela história de vida de cada pessoa. Ou seja, não há uma representação do adoecer mental única e universal. Se o modelo de histeria pregnante nas classes média/alta da nossa sociedade é aquele oriundo da versão médica, é porque em algum nível ele se articula com a rede de interesses sociais e políticos.

#### 4.6. Histeria e Mulher: Uma Relação Inevitável.

Finalmente procuramos investigar se os profissionais do campo "psi" observam uma maior frequência da histeria nas mulheres ou nos homens. De acordo com as entrevistas, quase a totalidade dos nossos participantes (20 entre 21) consideram que a histeria é mais frequente nas mulheres do que nos homens tanto no setor público quanto no setor privado. Apenas 01 entrevistado observa não haver diferença quanto à frequência da histeria em homens ou mulheres. Da fala desses profissionais emergiram dois sub-grupos que se distinguem em função dos critérios utilizados para explicar a predominância da histeria em relação à mulher, a saber:

**GRUPO A:** Esse grupo se constituiu a partir das respostas de dez (10) entrevistados que consideram que a histeria é mais frequente na mulher devido a fatores de ordem constitucional. Nesse grupo o essencialismo predomina de tal forma que se considera haver uma disposição da mulher à histeria. Além disso, são profissionais que se baseiam em pressupostos universalistas para explicar essa predominância, onde a mulher é tomada enquanto uma categoria única, assim como por uma concepção naturalista de que existe um "ser" da histeria. Os principais argumentos teóricos levantados pelos entrevistados se baseiam em conceitos psicanalíticos clássicos como complexo

de Édipo, castração, posição feminina em relação ao falo, mudança de objeto, jogo de identificações, tomados como injunções estruturais na formação do sujeito. Vejamos a resposta de alguns entrevistados à questão da frequência da histeria em relação à mulher:

"A histeria é uma forma estrutural de vida e nesse sentido a mulher tem uma tendência maior a ocupar esse lugar, é a coisa estrutural mesmo" E<sub>17</sub>

ou

"O Lacan diz que as mulheres são histéricas, não tem jeito!" E<sub>12</sub>

Analisando a fala desses dois profissionais podemos perceber que a idéia básica que a perpassa é a de que a histeria é uma marca registrada do psiquismo feminino. A mulher está naturalmente propensa a esse lugar devido a fatores de ordem estrutural. Existe uma maneira própria da mulher se constituir que passa pela questão da castração, da saída do Édipo, da identificação fálica, de forma que a histeria passa a ser considerada como o destino feminino. Para esses entrevistados é tão nítido que as mulheres são mais histéricas do que os homens pela via constitucional que chegam a ser redundantes:

"As mulheres são mais histéricas evidentemente pela própria questão da histeria ter algo mais feminino" E<sub>21</sub>

Partindo da mesma premissa fundamental de que a histeria diz respeito às mulheres em função da sua constituição subjetiva, alguns entrevistados tomam o viés da sexualidade para explicar essa predominância da histeria na mulher.

"A histeria é mais frequente nas mulheres, eu acho que é pela questão da genitalidade feminina ser mais complicada. A histeria é exatamente uma falta de acesso ao campo genital, à maturidade para viver uma vida sexual. É como se houvesse uma disposição da mulher à histeria, não pela coisa orgânica, mas pela questão sexual, genital, sempre complicada em toda sua história " E<sub>02</sub>

Diante desses depoimentos podemos dizer que para esse grupo de profissionais o fato é que as mulheres são obviamente histéricas. Assim, na opinião de um entrevistado, na hora de se fazer um diagnóstico de histeria frequentemente se lança mão de uma série de características consideradas inerentes à mulher como indicativo dessa patologia:

"Quase todas as mulheres que eu atendo eu faria um diagnóstico de histeria, até com uma certa certeza, por causa dos movimentos, da explosão, coisas do dia-a-dia, a coisa da histérica mesmo, o bater boca, o confronto, o disse-me-disse" E<sub>01</sub>

A própria dinâmica das enfermarias é reveladora desse entrelaçamento entre histeria, mulher e sexualidade:

"Você tem uma nítida diferença entre uma enfermaria feminina e uma masculina. A das mulheres é um verdadeiro galinheiro, uma gritaria, um inferno, ao contrário da masculina



que é uma tranquilidade, geralmente mais serena. A feminina é uma histeria só! e olhe que tem muitas psicóticas. Psicoticamente históricas. É uma enfermaria muito desvairada, e você pode até pensar como uma forma de desrepressão" E<sub>20</sub>

Por sua vez, existem aqueles entrevistados que diante da ausência de uma explicação convincente em torno da gravidez histerica na mulher, recorrem à explicações de fundo biológico ou genético para esclarecer essa questão:

"Certamente tem coisas para mim que ainda ficam sem explicação. Essa predominância da histeria na mulher é uma delas. De repente eu poderia dizer que tá ligado ao cromossomo x, à questão orgânica, biológica, não sei" E<sub>09</sub>

Ponto de vista esse corroborado por outro colega entrevistado:

"Eu acho que tem uma coisa da cultura que é importante, mas de jeito nenhum suficiente para explicar porque a mulher adoce mais dessa forma. Também ninguém responde porque o alcoolismo é mais frequente no homem. Pode ser uma coisa cultural, do machismo, mas não é suficiente. Você pode então pensar numa questão genética, que o fígado do homem tem um metabolismo diferente, mais acelerado do que o da mulher e isso faz com que ele ingira mais álcool. A gente pode pensar a mesma coisa para a histeria em relação à mulher, que ela pode estar tanto a nível psíquico como orgânico mais predisposta do que o homem" E<sub>22</sub>

Pode-se dizer que todos os argumentos utilizados por nossos entrevistados, de uma forma ou de outra, consistem numa

abordagem da histeria como algo decididamente universal e inerente à natureza feminina. Seja pela via estrutural, seja por uma possível determinação genética, o fato é que a relação entre histeria e mulher é inevitável. Não há dúvida de que essa é uma patologia feminina. Afinal, como foi retomado por alguns entrevistados, não podemos esquecer que o próprio termo histeria teve sua origem na *hystéra* dos gregos, a qual estava referida ao útero da mulher. Isso demonstra, na nossa opinião, que a questão do determinismo biológico não está ausente das discussões em relação à mulher, pois nota-se através desses relatos uma identificação entre mulher, corpo e natureza, de forma que essa questão da relação histeria e mulher fica relegada à esfera natural e universal.

**GRUPO B:** Esse segundo grupo reúne as respostas de dez (10) entrevistados que consideram a predominância da histeria na mulher uma decorrência de constrangimentos de ordem cultural. Temos alguns profissionais que consideram que essa maior frequência da histeria na mulher é uma questão cultural no sentido de que a educação feminina naturalmente propicia o aparecimento desses quadros na mulher. Ou seja, a mulher desde a infância aprende determinados comportamentos e uma forma de expressar seus sentimentos compatíveis com as características intrínsecas da histeria: dramaticidade, teatralidade, irracionalidade.

"Eu acho que pode haver uma disposição na forma como a mulher sente as coisas. O homem mascara mais essas questões históricas talvez pela questão cultural que diz que o homem não chora, que ele tem mais controle do que a mulher, é mais racional. É por isso que é mais fácil ele cair numa fobia ou obsessão, porque isso é coisa de mulher, perder o controle afetivo. A mulher como não se vê culturalmente obrigada a ter esse controle, ela pode chorar, esperniar, desde pequena é assim" E<sub>08</sub>

Nesse grupo de profissionais há ainda uma vertente que compreende que a maior frequência da histeria nas mulheres deve-se ao fato de que são elas, sem sombra de dúvida, a grande população atendida nos ambulatórios públicos e nos consultórios particulares, ou seja, se diagnostica mais histeria na mulher porque também são as mulheres quem mais procuram ajuda. Muitos identificam que essa predominância feminina nos serviços de saúde é fruto de uma questão cultural onde a mulher, pela própria imposição social procura mais ajuda do que os homens. Esses raramente procuram os profissionais "psi" e de saúde de uma forma geral, pois isso implica na queda de toda uma imagem socialmente construída que valoriza aspectos como o autocontrole, o domínio de si, etc, geralmente atribuídos ao homem:

"Nesses doze anos de trabalho eu atendi muito mais mulheres do que homens. As mulheres têm uma necessidade maior de falar dos seus problemas ou aprendem isso e o homem talvez tem uma tendência a não expressar o que tá sentindo. A gente tem toda uma permissão para isso, é mais legitimado" E<sub>05</sub>

Assim, a histeria é frequentemente subdiagnosticada nos homens por dois motivos. Em primeiro lugar pelo fato deles não aparecerem nos serviços de saúde com a mesma frequência que as mulheres, e em segundo lugar, porque mesmo sendo candidatos potenciais ao diagnóstico de histeria, eles não se expressam, tal como as mulheres, por meio de uma sintomatologia tão característica. Segundo um profissional, a histeria no homem é bem mais discreta do que na mulher, e por ser mais discreta, escamoteia mais o diagnóstico. A mulher por sua vez, carrega o esteriótipo da histeria: é dramática, teatral e exagerada. De acordo com nossos entrevistados, é motivo de grande estigmatização social um homem se manifestar através de uma sintomatologia identificada ao universo da mulher.

"Eu acho que o homem tem mais dificuldade de exteriorizar esse tipo de sintoma como se fosse uma coisa meio feminina, como se fosse uma frescura, um piti, uma coisa de viado. O homem tem realmente mais dificuldade de se expressar assim, faz parte da nossa cultura" E<sub>03</sub>

Em função disso, muitos homens histéricos passam despercebidos pois se expressam por meio de uma sintomatologia mais discreta, ou mais aceita socialmente. Segundo uma entrevistada,

"Pode ser o fodão que trepa com mil e uma e ninguém vai dizer que ele é um histérico, pois ele está nos conformes da demanda cultural urbana" E<sub>14</sub>

Entretanto, essa questão da predominância da histeria na mulher é um quadro que está mudando de alguns anos para cá. Segundo alguns entrevistados, hoje há um maior número de homens histéricos do que antigamente e não é tão raro aparecer casos de histeria "de livro".

A outra vertente dentro desse grupo de profissionais é aquela que compreende a maior frequência da histeria na mulher a partir de uma perspectiva mais histórica, relacionando fatores de ordem social na construção desse binômio histeria-mulher. Ou seja, observamos aqui uma preocupação bem maior por parte dos entrevistados de enfatizar a dimensão social das formas de expressão da histeria e sua vinculação com as representações de cada segmento da sociedade. Nesse sentido a histeria é vista como uma construção social, tendo sido formada por uma série de imposições da ideologia psiquiátrica, operando-se assim um deslocamento do fator constitucional para o cultural. A variação dos quadros clínicos é testemunho de que a histeria está em constante interação com o meio cultural e portanto escapa às determinações de ordem biológica e universais. Por sua vez a determinação cultural da histeria passa pelo papel da mulher na sociedade, pela representação do gênero feminino vigente nas diferentes épocas.

"A histeria sempre teve muito ligada à mulher e a gente tem que ver até que ponto isso está atrelado ao papel da mulher. Eu acho que é uma questão histórica da nossa cultura e não por uma questão de necessidade natural" E<sub>15</sub>

Dentro dessa perspectiva que vincula histeria aos papéis socialmente prescritos em relação à mulher, há uma tentativa de resgate da dimensão social das doenças.

"Eu acho que dentro da sociedade ocidental moderna, a partir da modernidade, da revolução industrial, foram sancionados papéis específicos para o homem e para a mulher e foi atrelada nesses papéis uma forma de adoecer psíquico permitida e possível. Então eu vejo que esse entrelaçamento entre mulher e histeria passa muito por esses papéis prescritos e a forma de adoecimento e sofrimento também e não por uma questão natural" E<sub>15</sub>

Segundo os entrevistados quando falamos de histeria estamos trabalhando com uma categoria que traz uma carga histórica, política, cultural e ideológica. Apontam assim que não existe um distanciamento entre a ciência e realidade social, que qualquer teoria está comprometida com os valores e a visão de mundo de uma sociedade. Portanto, nessa perspectiva, a histeria enquanto uma categoria nosológica utilizada para descrever, classificar e explicar um estado psíquico, oriunda do discurso científico, nada mais é do que uma expressão de uma época em que a ciência foi tomada como verdade universal. Dessa forma, a naturalização do vínculo entre histeria e mulher operada pelo discurso científico, serviu para reforçar sua segregação do mundo público e consolidar ao longo da história uma concepção de que a mulher devia ser constantemente vigiada em função da sua natureza fraca e da falta de uma instância moral no seu psiquismo.

"Eu acho que essa coisa de você vincular a histeria com a mulher tem muita coisa ideológica, na medida em que a histeria é um diagnóstico clínico que está carregado de toda uma forma de estigmatizar a mulher. Você enquadra características que não vão ser valorizadas porque pertencem à questão do gênero, da mulher, então você enquadra a mulher num diagnóstico que é uma forma óbvia de controle, de desqualificação de toda uma forma de ver, de sentir, de pensar" E05

Podemos observar, então, que a perspectiva desse grupo de entrevistados é a de questionar a universalidade da representação de mulher "moderna" e discutir a especificidade da condição feminina. Nesse sentido, a histeria se constitui num campo de análise privilegiado já que esteve sempre atrelada às características biológicas e/ou psíquicas das mulheres e é considerada, dessa maneira, pertencente à ordem da natureza. Pensamos que essa "desnaturalização" da relação entre histeria e mulher é fundamental para resgatar as noções de diversidade e diferença em relação à categoria mulher, no sentido de situá-la enquanto uma construção social, permeada pelos valores vigentes em determinada cultura. É possível perceber, então, que a posição assumida por esses entrevistados contrasta com aquela observada no grupo anterior, pois entende-se que a condição da mulher é sobredeterminada pelos movimentos históricos e sociais. Nessa perspectiva, a hipótese de existência de uma essência feminina é totalmente repudiada, assim como, a idéia de que a relação entre histeria e mulher está calcada no biológico ou no constitucional, e portanto, é da ordem da natureza.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desse estudo nosso principal objetivo foi resgatar a dimensão social da histeria e apontar para a dimensão histórica dessa categoria clínica, marcada desde as concepções hipocráticas até a atualidade, pela representação de mulher vigente no imaginário social. Para atingirmos essa meta, apontamos a necessidade de se repensar sobre os pressupostos universalistas que estão na base das teorias "psi", assim como de refletir sobre a questão da diversidade cultural. Foi então, dentro do esforço de ampliar o debate teórico no campo "psi", que introduzimos alguns conceitos oriundos da sociologia e da antropologia pois consideramos que existe possibilidade de troca efetiva entre essas áreas do conhecimento. A grande contribuição dos cientistas sociais, na nossa opinião, e que nos interessou nesse trabalho, é a de marcar quão difícil é pensar a questão da saúde/doença enquanto essência naturalizada do corpo. Ao invés disso, eles a tratam como um acontecimento historicamente possibilitado e, portanto, socialmente constituído. Dessa forma, passamos a compartilhar de uma das premissas básicas do campo social que é a de tomar o ser humano enquanto um artefato cultural, um sujeito histórico, constituído a partir das codificações da sociedade. Seguindo o



caminho de Geertz (1989) procuramos deixar claro que a noção de *consensus gentium*, definida por ele como "a existência de elementos essenciais e universais da natureza humana" (p.50) deve ser repensada também no campo "psi". Nesse sentido tentei mostrar que um estudo sobre a diversidade da apresentação clínica da histeria no tempo e no espaço pode contribuir para que o campo "psi" repense o discurso naturalista pregnante que toma a histeria enquanto essência feminina.

Nosso estudo, portanto, teve como objetivo discutir a histeria no campo "psi". Tomamos como eixo central de nossa análise um fenômeno que é alvo de grande interesse por parte da literatura do campo, e que diz respeito à mudança dos sintomas histéricos clássicos. Partindo disso, procuramos investigar através de uma pesquisa realizada com um grupo de profissionais "psi" da cidade do Rio de Janeiro, se esse fenômeno era identificado nas suas práticas clínicas e de que maneira eles entendiam essa mudança da histeria. Em outras palavras, o principal motivo da nossa pesquisa era saber se a histeria havia mudado ou não, e a que essa mudança era atribuída.

De acordo com a nossa pesquisa, podemos dizer que o ponto de vista dos nossos entrevistados confirmou o panorama da literatura do campo acerca desse tema. Em primeiro lugar, quase a totalidade dos profissionais considera que a histeria mudou. Eles atribuem essa mudança ao processo de transformação social ocorrido na nossa sociedade, em especial, à modernização da mulher nessas últimas décadas. Da mesma forma, eles identificam

uma relação entre a nova apresentação clínica da histeria e a intensa difusão das práticas e teorias psicológicas, assim como com os avanços da indústria farmacológica e das práticas institucionais. Esses processos sociais contribuíram definitivamente para a consolidação de uma categoria clínica desprovida dos antigos quadros conversivos.

O segundo ponto que foi confirmado na nossa pesquisa diz respeito ao reconhecimento por parte dos profissionais "psi" que as transformações ocorridas em relação à histeria pertencem exclusivamente ao domínio fenomenológico. Para nossos entrevistados não se trata de uma mudança de fato - já que restrita a nível dos sintomas -, podemos dizer que, estruturalmente, a histeria permanece a mesma de sempre. Na percepção dos profissionais, a mudança ocorrida em relação aos hábitos, costumes e comportamentos ao longo desse século, não foi além da superficialidade e não produziu mudança na organização intrapsíquica. Em outras palavras, a mudança da histeria é aparente pois não chegou a atingir a estrutura do sujeito.

Por fim, observamos que, com apenas uma exceção, todos os entrevistados declararam que a histeria é mais frequente nas mulheres do que nos homens, tanto no âmbito público quanto no privado, seja por fatores de ordem constitucional ou de ordem cultural. Ou seja, é certo entre os profissionais "psi" que a relação entre histeria e mulher é um fato inevitável.

No entanto, pudemos notar em nossa pesquisa que os profissionais entrevistados se agruparam basicamente em torno de dois eixos de argumentação frente à questão da mudança dos sintomas histéricos. No primeiro deles, os profissionais argumentaram a favor de categorias universalista-essencialistas para discutir a mudança clínica da histeria, os fatores determinantes da mudança e a relação entre histeria e mulher. Nesse sentido, foi valorizada uma concepção universal de histeria, categoria essencialmente invariante, acima de qualquer influência de ordem histórica e social.

Reconhecemos que é exatamente entre esses profissionais onde ainda predomina a velha imagem da histeria como Proteu ou um camaleão consolidada na Antiguidade (Trillat, 1991:51). Ou seja, a nova apresentação clínica é considerada como fruto do poder de simulação e da capacidade plástica que é inerente à histeria. Assim, esses entrevistados assumem uma posição para pensá-la enquanto uma entidade nosológica imutável, cuja essência permanece intacta ao longo dos tempos. Além disso, foi possível identificar duas questões de suma importância nesse primeiro eixo explicativo: de um lado, a universalidade atribuída ao desaparecimento dos quadros clássicos de histeria a todos os setores da sociedade, e de outro lado, a indissociável relação entre histeria e mulher baseada principalmente em fatores constitucionais de ordem psíquica ou biológica.

Ao longo de todo nosso trabalho procuramos questionar a idéia da universalidade da nova apresentação dos sintomas histéricos, e mostrar que ao invés de universal, não passa de um fenômeno próprio às mulheres das classes média/alta da população. Tentamos revelar também que essa especificidade está intimamente ligada às representações, aos valores e visão de mundo típicos dessa classe social - valores inerentes ao ideário moderno, individualista e igualitário - que por sua vez, difere substancialmente daquele das classes populares, tal como foi debatido por vários autores, entre eles Duarte (1988). Da mesma forma, foi do nosso interesse demonstrar que a "Grande Histeria" uterina pregnante no final do século passado se transformou na "Grande Histeria" discursiva nesse final de século, onde a sintomatologia clínica conversiva tendeu a ser desviada da esfera corporal para o campo da linguagem, onde a problemática passou a ser revelada no plano existencial das relações entre homem e mulher. Procuramos mostrar que não compartilhamos da idéia de que essa forma de expressão da histeria seja um fato comum a todos os segmentos sociais. Concordamos com Swain (1986) que a descorporificação da histeria é um dos efeitos mais visíveis do incremento da lógica social individualista em nossa sociedade, ideário que acabou operando uma verdadeira remodelagem a nível das representações e onde "o corpo se fez psíquico" (p.32). Entretanto, admitimos com Santos (1991) que esse ideário apaixonou o imaginário das classes médias particularmente, forjando assim uma maneira

específica de conceber o corpo e uma determinada forma de representação subjetiva nesse espaço social. Dessa forma procuramos deixar claro que existem diferentes formas de expressão do sofrimento psíquico e que não há necessariamente similaridade de experiências entre mulheres de diversas culturas ou estratos sociais.

Foi dentro dessa mesma ótica que procuramos pensar o aumento dos casos de histeria masculina, tal como foi relatado por alguns profissionais. Apesar de não ser nosso interesse desenvolver esse lado da questão, é interessante marcar que os entrevistados relacionam esse fenômeno presente nas suas clínicas com o surgimento de um novo homem nesse final de século. A hipótese central entre os profissionais é a de que o homem está passando por um processo de reavaliação das suas relações com o mundo, com as mulheres e consigo próprio. Ele está tentando romper o esteriótipo do machão ou do homem ideal, e está tentando incorporar valores até então restritos ao mundo feminino. Assim, diante de um homem mais sensível, a procura a profissionais que possam ajudá-lo nessa trajetória de auto-conhecimento e transformação aumentou visivelmente. Isso por sua vez possibilitou o conhecimento de um maior número de casos de histeria masculina. Certamente, não temos muitos dados para elaborar uma explicação para esse aumento dos quadros de histeria masculina, talvez fosse interessante considerar como tema de pesquisa futura. Porém, não podemos deixar de assinalar que é particularmente nas classes média/alta da população onde

essa reavaliação do papel masculino é mais evidente, espaço social bastante receptivo às reflexões de cunho psicológico. Consideramos que na classe popular a divisão dos papéis sexuais é mais nítida e no que diz respeito às expectativas sociais, talvez a necessidade de transformação dos modelos já estabelecidos seja menos valorizada do que na classe média, fortemente marcada pelo ideal igualitário. Em outras palavras, é preciso cautela na hora de generalizar o modelo do novo homem.

Já em termos da relação entre histeria e mulher, argumentamos que longe de ser uma relação direta e natural, esse binômio sempre esteve comprometido com a representação de mulher vigente no espaço social. Assim, nosso objetivo foi realçar que não existe uma essência histórica constitutiva do psiquismo feminino, nem tampouco uma disposição orgânica da mulher à histeria. Ao invés disso, privilegiamos o ponto de vista que concebe que essa relação foi construída paulatinamente ao longo da história em função de interesses sociais e políticos. Enfim, pensamos a histeria como uma categoria clínica que se constitui socialmente, e portanto está em constante transformação.

Os profissionais que se agruparam em torno do segundo eixo de interpretação do fenômeno de mudança dos sintomas históricos e da relação entre histeria e mulher, corroboraram a posição que ao longo desse trabalho procuramos defender. Ou seja, eles demonstraram uma maior preocupação com a influência

da cultura na construção da histeria, com a diversidade cultural existente entre os setores da população e com as diferentes formas de expressão da histeria. Dessa forma, apontam na direção de um maior interesse na contextualização do modelo clássico de histeria protagonizado pelas mulheres do século XIX, como também sua atual apresentação tanto no setor público quanto no privado, levando em conta os determinantes históricos e as representações sociais de cada classe. Nas suas falas eles referem-se à existência de apresentações distintas de histeria presentes no setor público e no setor privado, e quanto ao modelo de mulher vigente nesses segmentos da sociedade. Podemos dizer que esses profissionais identificam dois tipos de quadros clínicos: a histeria numa vertente mais clássica, rica em sintomas conversivos e quadros somáticos, e uma outra de uma dimensão mais psíquica do que orgânica, uma vertente mais "moderna" da histeria. O primeiro tipo foi localizado principalmente nos ambulatórios públicos e o segundo nos consultórios particulares. Em nosso modo de entender, essa caracterização da histeria só vem confirmar o que foi referido por Boltanski (1989) em relação à questão dos diferentes códigos de conduta corporal utilizados pelos sujeitos nas classes sociais. Isso serve para nos alertar que fenômenos como saúde e doença, tal como foi dito pelos antropólogos, são irreduzíveis a um modelo universalista, assim como para nos mostrar que é preciso conhecer os valores, os códigos e crenças dos grupos sociais para que nossa prática clínica seja eficaz.

Acreditamos que essa relativização põe em xeque a concepção de sofrimento dos profissionais "psi" no que essa se pretende única e universal. Assim foi possível observar que essa parcela dos entrevistados está atenta às concepções universalistas da histeria presente no campo "psi".

Observamos também que na percepção dos entrevistados que constituem esse segundo grupo, parece evidente que a forma de apresentação clínica da histeria no setor público e privado tem uma relação direta com a diversidade da representação de mulher entre os setores da sociedade. Assim, no setor público, os entrevistados consideram mais frequente o modelo de mulher tradicional, dedicada às tarefas domésticas e ao cuidados dos filhos e do marido. Ela se caracteriza por ter um nível cultural baixo, pela submissão diante do *status quo* e pelo recolhimento ao mundo doméstico. Já o modelo de mulher identificado pelos entrevistados no setor privado é o da mulher "moderna", que ultrapassou as fronteiras do espaço doméstico e conquistou sua autonomia através do trabalho fora do lar. Seu nível cultural é alto e está mais livre em relação à estrutura doméstica do que as mulheres da classe popular. Consideramos que a visão desses profissionais em termos da representação de mulher confirma a nossa idéia de que o modelo "moderno" não é absolutamente universal, como também sua relação com a nova apresentação clínica da histeria. Entretanto, nos faz questionar acerca do uso de modelos definidos a priori da prática clínica, e portanto, com um poder normatizante e pouco



contextualizado. Com isso, queremos dizer que, ao se delimitar rigidamente o modelo de mulher da classe popular e da classe média, estamos correndo o risco de cair na armadilha da universalização.

Todavia, contrariamente ao grupo anterior, a proximidade entre histeria e mulher foi pensada enquanto uma decorrência de fatores de ordem cultural. Nesse sentido, ficou patente que esses entrevistados desconsideraram a possibilidade de existência de uma essência histórica na mulher ou de uma dinâmica psíquica que faz com que ela seja "naturalmente" histórica. Mas, foi possível observar que, apesar de aceitar tudo isso, não chegaram a desmistificar a relação entre histeria e mulher, nem muito menos pensar a mudança da histeria para além dos sintomas.

A partir dessas considerações, pudemos observar que o campo "psi" está permeado, ao mesmo tempo, por concepções universalistas e essencialistas em torno da histeria e do processo de saúde/doença de uma forma geral, e por outro lado, por perspectivas mais contextualizadas acerca do sofrimento humano, onde se admite a diversidade na forma de constituição e expressão da histeria. Todavia, gostaríamos de ressaltar o fato de que a visão pregnante entre os entrevistados é ainda a da histeria enquanto essência feminina, e da mudança dos sintomas históricos como um fenômeno restrito à fenomenologia. Isso, na nossa opinião, configurou-se como uma contradição no campo "psi", pois admite-se uma mudança na histeria ao mesmo tempo em

que defende-se sua invariância no tempo. Constatamos, então, que a mudança aparente da histeria é um verdadeiro paradoxo nesse campo. Porém, em nenhum momento da nossa pesquisa ele foi alvo de questionamento ou preocupação para aqueles profissionais que se basearam em concepções universalistas da histeria. Ou seja, eles não estão absolutamente preocupados com a dimensão dessa transformação social em termos do seu verdadeiro alcance no plano da subjetividade. No entanto, constatamos que para os profissionais que assumiram uma posição mais contextualizada da histeria, esse paradoxo configurou-se numa verdadeira situação de conflito. Ou seja, os profissionais problematizaram muito mais essa questão da mudança aparente da histeria, o que os levou a pôr em xeque seus argumentos teóricos e sua técnica de trabalho. Isso ganhou muita importância na nossa pesquisa na medida em que nos revelou que de alguma forma, um "mal estar" se estabeleceu nesse campo de saber. Ou seja, percebemos que é impossível para grande parte dos profissionais negar as mudanças ocorridas em relação à histeria, porém notamos que é mais difícil ainda assumir uma posição que vem contrariar o paradigma hegemônico do campo "psi" - a noção de estrutura clínica - e sua invariabilidade no tempo, e admitir uma mudança para além dos sintomas. Podemos dizer que nossos entrevistados viram-se confrontados em seus depoimentos pelas seguintes questões: é possível haver uma mudança da sintomatologia histérica sem que a organização subjetiva seja atingida? ou, é possível desconsiderar os

determinantes de ordem histórica e social nessa categoria clínica? Pelo que pudemos perceber uma tensão se estabelece quando os profissionais desse campo procuram se posicionar diante da dicotomia mudança sintomática versus mudança estrutural, posições a nosso ver inconciliáveis, e ao mesmo tempo percebemos que é muito difícil para eles valorizar a dimensão social da histeria numa perspectiva que vai além da roupagem dos sintomas.

Observamos assim, que não há um antagonismo entre os nossos entrevistados, apesar do fato de alguns deles apontarem para uma visão mais contextualizada onde se admite a mudança da histeria no tempo e no espaço. Basicamente suas concepções não diferiram umas das outras. No entanto, é justo dizer que essa tendência - cada vez mais perceptível entre alguns profissionais - de optarem por um caminho que valoriza a diversidade e a diferença e que busca compreender a transformação das representações da histeria operada ao longo da história, marca uma diferença significativa entre os profissionais. Apesar de não ser uma tendência dominante, consideramos que isso já aponta para uma mudança de percepção em relação às categorias com as quais os profissionais "psi" trabalham, e para o reconhecimento da contribuição de outras áreas do conhecimento como a sociologia, a antropologia e a história, de forma que eles não se encontram fechados à discussão a respeito do aparato teórico "psi" nem para a necessidade de relativizar suas práticas clínicas.

Essa posição mais crítica se harmoniza com a que tentamos desenvolver nesse trabalho cuja finalidade foi resgatar a dimensão social da histeria. Esperamos ter conseguido realizar o nosso objetivo.

Porém, não gostaríamos encerrar esse trabalho sem acrescentar umas poucas considerações acerca da nossa percepção do universo dos profissionais "psi". Entre outras constatações gostaríamos de ressaltar que existe um certo descompasso entre o discurso da academia e a prática clínica realizada pelos profissionais desse campo. Muitos se surpreenderam com o tema da pesquisa, nos dizendo que jamais haviam pensado sobre a questão da mudança dos sintomas histéricos, e menos ainda sobre o problema da diversidade cultural. Notamos que somente alguns profissionais (6 entre 21) estão vinculados à instituições que se dedicam à formação teórica e de pesquisa no campo "psi", pois muitos consideram desnecessário manter um vínculo que é dispendioso e pouco compensador. De qualquer forma nos parece haver pouca preocupação para a maioria dos profissionais em repensar suas práticas clínicas, como se acreditassem na imutabilidade das suas ferramentas de trabalho. Assim, observamos que nem mesmo o arsenal teórico e técnico com que trabalham foi alvo de questionamento quando tratamos da histeria no setor público e privado. É como se até fosse possível a percepção de uma diferença entre a população que frequenta esses dois setores, mas é só no esquecimento dela que sua prática pode prosseguir, já que se baseiam numa teoria

fundada em pressupostos universalistas que não lhe permite lidar com a diversidade. Acreditamos que isso reflete uma posição típica do nosso campo "psi", que é a de permanecer atado à certos pressupostos que se tornam inquestionáveis, para não ter que se abrir mão de uma série de certezas que fundamentam nosso conhecimento. Felizmente, essa é uma tendência que paulatinamente vem perdendo sua força no campo "psi".

Esperamos que a nossa pesquisa, por sua vez, tenha trazido alguma contribuição para o campo "psi", no sentido de expandir suas fronteiras e para tornar mais clara a questão da construção da histeria e em especial, sua relação com a representação social da mulher. Nossa proposta foi a de desenvolver uma reflexão em torno da historicidade da histeria, visando uma abordagem que abrangesse a dimensão cultural da sua construção e expressão.

**ANEXO 1**

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

SEXO:

FORMAÇÃO BÁSICA:

VOCÊ TRABALHA COM QUAL LINHA TEÓRICA?

VOCÊ ESTÁ FILIADO A ALGUMA INSTITUIÇÃO?

TEMPO DE TRABALHO:

ATIVIDADE PÚBLICA EXERCIDA EM:

TIPO DE INSTITUIÇÃO PÚBLICA:

ATIVIDADE PRIVADA EXERCIDA EM:

## 2. QUESTÕES:

a. NA SUA EXPERIÊNCIA, COMO SE DÁ A APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA HISTERIA?

b. COMO VOCÊ CHEGA AO DIAGNÓSTICO DE HISTERIA? EM QUE VOCÊ SE BASEIA?

c. VOCÊ ACHA QUE A HISTERIA MUDOU OU NÃO?

NO CASO DE RESPOSTA NEGATIVA:

- PORQUE VOCÊ CONSIDERA QUE NÃO HOVE ALTERAÇÃO?

NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA:

- COMO A HISTERIA SE APRESENTA ATUALMENTE?

- O QUE CONTRIBUIU PARA ESSA MUDANÇA?

- VOCÊ OBSERVA ESSA MUDANÇA EM TODOS OS SEUS PACIENTES?  
ISSO ACONTECE DE UMA FORMA GERAL NA SUA CLÍNICA?

( NÃO )

COMO SE DÁ ENTÃO?

COMO VOCÊ ENTENDE ESSA DIFERENÇA?

( SIM )

PORQUE VOCÊ CONSIDERA UM FENÔMENO GERAL?

d. A HISTERIA É MAIS FREQUENTE EM HOMENS OU MULHERES?

- VOCÊ TEM ALGUMA EXPLICAÇÃO PARA ISSO?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A.M. (1988) Os manuais portugueses de casamento dos séculos XVI e XVII. *Família e Grupos de Convivência*, REV.BRAS.de HIST. v.9 n.17. São Paulo: ANPUH/Marco Zero, pp.191-207.
- BADINTER, E. (1980) *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. (1979) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BEZERRA Jr., B. (1992) Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental IN Silvério A.Tundis e Nilson R.Costa (orgs), *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, pp.133-169.
- BICALHO, M.F.B. (1988) *O Bello Sexo - Imprensa e Identidade Feminina no Rio de Janeiro em Fins do Século XIX e Início do Século XX*. Tese de Mestrado, Museu Nacional, UFRJ.
- BLEICHMAR, E.D. (1988) *O Feminismo Espontâneo da Histeria: Estudo dos Transtornos Narcisistas da Feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BLEULER, E. et al (1943) *Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.
- BOLTANSKI, L. (1979) *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BROWN, P. (1985) Antiguidade tardia In Paul Veyne (org.),

*História da Vida Privada I. Do Império Romano ao Ano Mil.*

São Paulo: Companhia das Letras, 1990, pp.225-299.

CHARCOT, J.M. (1887) Grand histeria o Histero-epilepsia. In

Jorge J. Sauri (compilador), *Las Histerias*. Buenos Aires:

Nueva Vision, 1984, pp.115-123.

Classificação Internacional de Doenças - Baseada nas

recomendações da nona conferência de revisão, 1975, e

adotada pela vigéssima assembléia mundial de saúde. OMS,

vol.1, São Paulo: Min. da Saúde/ USP, 1985.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-

10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto

Alegre: Artes Médicas, 1993.

COLEMAN, J.C. (1914) *A Psicologia do Anormal e a Vida*

*Contemporânea*, vol.1. São Paulo: Pioneira, 1973.

CORRÊA, M.C.D.V. (1991) *Medicalização e Individualismo: o Caso*

*da AIDS*. Tese de mestrado, IMS/UERJ.

CUNHA, M.C.P. (1986) *O Espelho do Mundo: Juquery, a História*

*de um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

\_\_\_\_\_ (1989) Loucura, gênero feminino: as mulheres no

Juquery na São Paulo do início do século XX. *A Mulher e*

*o Espaço Público*. Rev.Bras.de Hist.v.9 n.18. São Paulo:

ANPUH/Marco Zero. pp.121-144.

DEL PRIORI, M. (1993) *Ao Sul do Corpo: Condição Feminina,*

*Maternidades e Mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de

Janeiro: José Olympio, Brasília: Edunb.



- DONZELOT, J. (1980) *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal.
- DUARTE, L.F.D. (1986) *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar em co-edição com o CNPQ, 1988.
- DUBY, G. (1988) *Idade Média, Idade dos Homens: Do Amor e Outros Ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DUMONT, L. (1983) *O Individualismo: Uma Perspectiva Antropológica da Sociedade Moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- ENGEL, M.G. (1986) O médico, a prostituta e os significados do corpo doente IN Ronaldo Vainfaz: *História e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, pp.169-190.
- FIGUEIRA, S.A. (1985) Psicologismo, psicanálise e ciências sociais na "cultura psicanalítica" IN Sérvulo A. Figueira (org.): *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, pp.7-13.
- FOUCAULT, M. (1988) *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- FRANCHETTO, B. et al (1981) Antropologia e feminismo. In *Persctivas Antropológicas da Mulher 1*. Rio de Janeiro: Zahar, pp.11-47.
- FREIRE COSTA, J. (1979) *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

- \_\_\_\_\_ (1987) *A Consciência da Doença enquanto Consciência dos Sintomas: a "Doença dos Nervos" e a Identidade Psicológica*. Cad.IMS; RJ; v.1; p.4-44.
- \_\_\_\_\_ (1989) *Psicanálise e Contexto Cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- FREUD, S. (1886) *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. E.S.B., vol.I
- \_\_\_\_\_ (1888) *Histeria*. E.S.B., vol.II
- \_\_\_\_\_ (1895) *Estudos sobre a Histeria*. E.S.B., vol.II
- \_\_\_\_\_ (1905) *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. E.S.B., vol.VII
- \_\_\_\_\_ (1908) *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*. E.S.B., VOL.IX
- GEERTZ, C. (1989) *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- HALL, C. (1987) *Sweet Home*. In Michelle Perrot et al (org.), *História da Vida Privada IV: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, pp.53-88.
- KAPLAN, H.I. e SADOCK, B.J. (1988) *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- KEHL, M.R. (1987) *A psicanálise e o domínio das paixões*. In *O Sentido da Paixão*. São Paulo: Companhia das Letras.

- KOLB, L.C. (1973) *Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda, 1976.
- KRAEPELIN, E. (1905) *Locura histérica*. In Jorge J.Sauri (compilador), *Las Histerias*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1984.
- LANGER, M. (1978) *Maternidade e Sexo: Estudo Psicanalítico e Psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- LORAUX, N. (1985) *Maneiras Trágicas de Matar uma Mulher: Imaginário da Grécia Antiga*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LOYOLA, M.A. (1983) *Médicos e Curandeiros - Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- MACHADO, R. et al (1978) *Danação da Norma: A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- MACKINNON, R.A.e MICHELS, R. (1971) *A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- MAYER, H. (1989) *Histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MAYER-GROSS et al (1954) *Psiquiatria Clínica*, tomo I. São Paulo: Mestre Jou, 1976.
- MINAYO, M.C.S. (1992) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.
- NASIO, J.D. (1990) *A Histeria: Teoria e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

- NOGUEIRA, C.R.F. (1987) Sexualidade e desejo: as feiticeiras de Castela. *Cultura e Cidades*. Rev.Bras.de Hist. v.8 n.15. São Paulo: ANPUH/Marco Zero. pp.169-184.
- \_\_\_\_\_ (1991) *Bruxaria e História: As Práticas Mágicas no Ocidente Cristão*. São Paulo: Ática.
- NUNES, S.A. (1991) A medicina social é a questão feminina. *Physis*, vol.1, n.1, Saúde e Política Social. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume Dumará, pp.49-76.
- PERRIER, F. (1922) A estrutura histórica e o diálogo analítico. In *Ensaio de Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992, pp.65-87.
- PERROT, M. (1988) *Os Excluídos da História: Operários, Mulheres e Prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- PIEDIMONTE, R.C. e GOLDIN, M.A. (1976) *Diálogos sobre Psicopatologia I - La Histeria*. Buenos Aires: Kargieman.
- PICCINI, A.M. (1987) Visão psicanalítica do imaginário dos inquisidores e das bruxas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.21 n.3, pp.367-401.
- PITANGUY, J. (1989) Bruxaria e medicina: algumas considerações sobre o saber feminino. IN Maria Eliana Labra (org): *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO. PP.39-43.
- RAGO, M. (1985) *Do Cabaré ao Lar: A Vitória da Cidade Disciplinar. Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- \_\_\_\_\_ (1991) *Os Prazeres da Noite: Prostituição e os Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo, 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- RAMADAM, Z.B.A. (1972) *Doença e Existência: Introdução ao Estudo Fenomenológico da Histeria*. Tese de Doutorado, USP.
- RODRIGUES, J.C. (1979) *O Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- \_\_\_\_\_ (1991) *Ensaio em Antropologia do Poder*. Rio de Janeiro: Terra Nova, 1992.
- ROPA, D. e DUARTE, L.F.D. (1985) Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. IN Sérvulo A.Figueira (org): *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Braziliense, pp. 178-201.
- RUSSO, J. (1993) *O Corpo contra a Palavra: As Terapias Corporais no Campo Psicológico dos Anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- SAFFIOTTI, H.L.B. (1969) *A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade*. São Paulo: Quatro Artes.
- SANTOS, T.C. (1990) *Subjetividade e Difusão da Psicanálise: Uma Discussão da Cultura Psicanalítica*. Tese de doutorado, Depto. de Psicologia, PUC-RJ.
- \_\_\_\_\_ (1991) *Psicologismo e mudança social*. *Physis*, vol.1, n.2, *A Representação da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume Dumará, pp.77-111.
- SOARES, L.C. (1986) *Da necessidade do bordel higienizado. tentativas de controle da prostituição carioca no século*

XIX. IN Ronaldo Vainfaz: *História e Sexualidade no Brasil*.

Rio de Janeiro: Graal, PP.143-168.

SOIHET, R. (1986) É proibido não ser mãe. opressão e moralidade da mulher pobre IN Ronaldo Vainfaz: *História e Sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, pp.191-212.

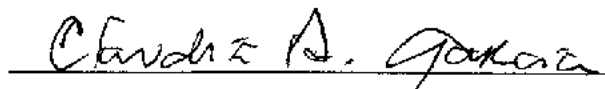
SWAIN, G. (1983) A alma, a mulher, o sexo e o corpo; as metamorfoses da histeria no fim do século XIX. In Joel Birman e Carlos a. Nicéas (coord.), *O Feminino: Aproximações*. Rio de Janeiro: Campus, 1986, pp.13-35.

TRILLAT, E. (1986) *História da Histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.

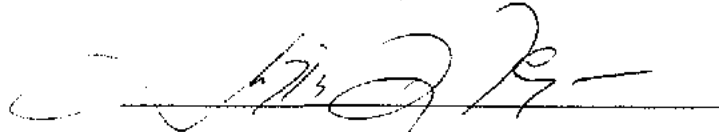
VELHO, G. (1980) Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas IN Sérvulo A. Figueira (org), *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, pp.27-55.

VEYNE, P. (1985) O império romano. In Paul Veyne (org.), *História da Vida Privada I: do Império Romano ao Ano Mil*. São Paulo : Companhia das Letras, 1990, pp. 15-35.

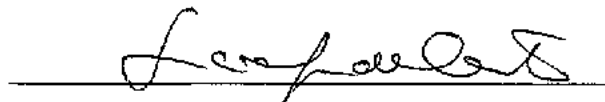
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, pela aluna Magda Diniz Bezerra Dimenstein, intitulada **HISTERIA E REPRESENTAÇÃO DE MULHER. (UM ESTUDO SOBRE A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UMA CATEGORIA CLÍNICA)**, e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



CLAÚDIA AMORIM GARCIA  
(Orientadora)  
PUC/RJ



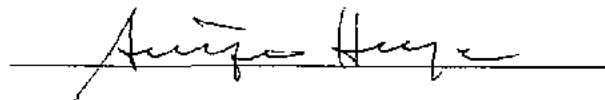
JUNIA DE VILHENA  
PUC/RJ



LÚCIA RABELLO DE CASTRO  
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 29/09/94



JURGEN HEYE

Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas