

**ANA LEONOR PEREIRA
JOÃO RUI PITA
(Eds)**

MULHERES E LOUCURA

II

COIMBRA

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHCT**

2020

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 18

NOTA:

Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: Mulheres e Loucura — II

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)

Ano de edição: 2019

ISBN: 978-989-54537-2-6

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

2

CEIS20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
05-06

¿RESISTIR O DISIDIR? EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO DE MUJERES EN MANICOMIOS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA DE MARÍA ZAMBRANO

Celia Garcia-Díaz; Maria Gracia Navarro
07-14

JANE EYRE VS. BERTHA MASON – A DICOTOMIA FEMININA E A DOENÇA MENTAL NO ROMANCE VITORIANO

Diana Amorim Pires; Gustavo França; Paulo Horta
15-22

IDEAÇÃO E CONSUMAÇÃO SUICIDA NO GÉNERO FEMININO. REVISITAR ANNA KARENINA

Diana Amorim Pires, Gustavo França, Paulo Horta
25-32

RETRATO DA MARQUESA DE JÁCOME CORREIA

Mariana Mendonça Bettencourt
33-40

O MONTE DOS VENDAVAIS: CONSTRUÇÃO, GÉNERO E PSIQUE?

Patrícia Azevedo; Pedro Sousa Martins; Ana Silva Pinto
41-47

A MELANCOLIA NA PRAXIS INQUISITORIAL

Adília Fernandes
48-58

AN (SUCCESSFUL) ANTROPOLOGIST ON MARS

Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Lígia Castanheira
59-66

HISTERIA: DA TEORIA DO ÚTERO ERRANTE À DSM III

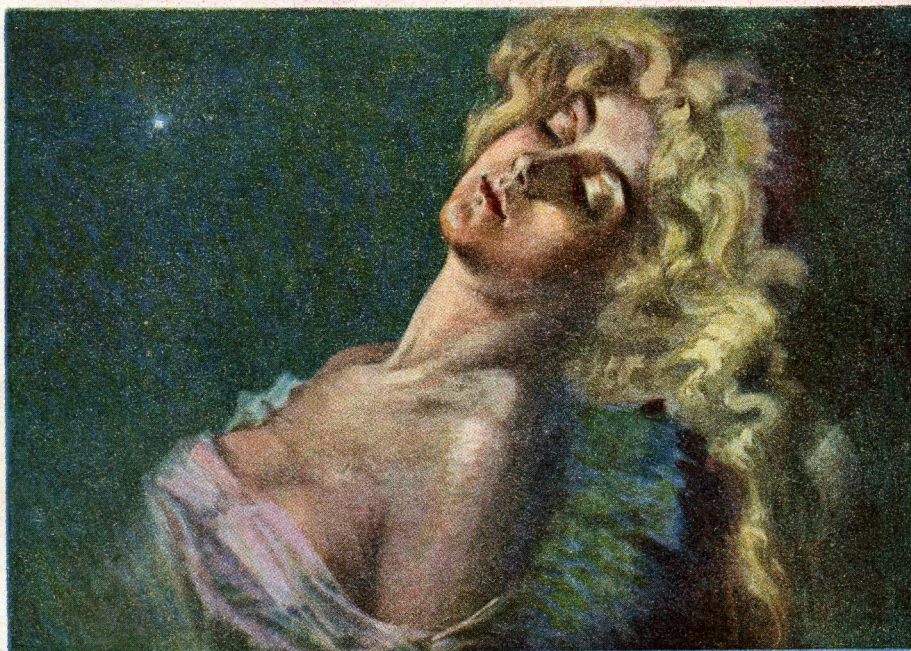
Mariana Jesus; César Cagigal; Vera Martins
67-74

O *FOLIE À DEUX* COMO FUNDAMENTO PARA UMA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Isabel Bezerra de Lima Franca
75-85

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL / II SIMPÓSIO INTERNACIONAL MULHERES E LOUCURA

86-97



As pastilhas de Bromural „Knoll“ restituem a calma e o equilibrio aos nervos sobreexcitados.

Sofre V. Exa. de insomnias?

Sente-se nervoso?

Está excitado?

Em 20 minutos os comprimidos de Bromural "KNOLL" restituem-lhe a calma e o somno.

Este calmante dos nervos e hipnotico suave que em milhões de casos se tem mostrado ao mesmo tempo sumamente eficaz e completamente inofensivo, vende-se em todas as farmacias em tubosinhos de vidro com 20 comprimidos. Cada empacotamento está acompanhado das indicações para o uso do preparado.

Podem tomar o Bromural tanto os homens como as mulheres, os velhos como as crianças nas perturbações seguintes:

Irritabilidade

Tremulações e palpitações de caracter nervoso;

Estados de esgotamento físico ou intelectual;

Excitações mentaes e fortes emoções (desgostos, aflições, angustias, cuidados, desasosiego, sustos, medo)

Suores nocturnos na astenia nervosa;

Insomnias e dificuldade de conciliar o somno;

Perturbações nervosas da vista;

Zumbidos do ouvido;

Abuso de bebidas alcoolicas, do tabaco, do café, do chá etc. etc. etc.

Só a palavra



garante a autenticidade.

Unicos fabricantes das genuinas pastilhas de Bromural

KNOLL & Co., Fabrica de Productos Quimicos. LUDWIGSHAFEN S/Rh.

Postal publicitário (frente e verso) às pastilhas Bromural
(não datado, início do século XX?)

INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos admitidos a publicação depois de avaliados e que estiveram na base de comunicações apresentadas no Simpósio Internacional “Mulheres e Loucura” que integrou o X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / X International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health realizado em Coimbra entre os dias 6 a 8 de Maio de 2019, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Recorde-se que em 2018 esta reunião científica passou a intitular-se congresso, sucedendo às anuais jornadas. Com efeito, o elevado número de apresentações (comunicações orais e em poster), a necessidade de três dias para a realização do evento com sessões simultâneas levou a esta passagem da condição de jornadas para a condição de congresso.

Esta reunião científica de periodicidade anual, realiza-se sempre na Primavera. Em 2019, à semelhança dos anos anteriores deu-se continuidade ao seu perfil internacional. O Congresso contou com a presença de investigadores de múltiplas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal, de Espanha, da Roménia e do Brasil.

Tal como foi referido para as edições anteriores, destacamos a importância da regularidade anual desta reunião científica. Esta periodicidade anual integra-se na dinâmica científica e na programação do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 e no plano de atividades da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS.

Deve salientar-se que, desde a sua institucionalização em 1998, o Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20, através do Grupo de investigação referido, tem mantido uma relevante atividade científica neste domínio científico. Salientem-se projetos de investigação avaliados e aprovados, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, sessões de divulgação bem como exposições. Sublinhem-se também várias publicações sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, também, artigos de divulgação em diverso tipo de imprensa.

O X Congresso foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS com a colaboração científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

A SHIS é uma instituição fundada em 2011 que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica.

O X Congresso teve o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores e tentar dinamizar novos temas. Em 2019, o X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental centrou-se nos seguintes tópicos:

1.A Loucura na História da Arte, 2.A Loucura na História da Literatura , 3.A Loucura na História da Filosofia, 4.A Loucura na História do Cinema, 5.Fontes para a História da Loucura, 6.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade, 7. Psiquiatria, neurologia, psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX, 8.Ciências farmacêuticas e saúde mental, 9.Geografia e Demografia da saúde mental , 10.Direito Biomédico e saúde mental, 11.Psicologia, Ciências da Educação e saúde mental

Pela segunda vez, o Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental teve um Simpósio temático especializado intitulado “Mulheres e Loucura” cuja publicação de textos se faz em volume autónomo. No II Simpósio Internacional Mulheres e Loucura as temáticas propostas foram:

1.Representações literárias e artísticas da Loucura em Figuras femininas, 2. Estudos histórico-culturais da Loucura em Figuras Femininas, 3.Estudos histórico-clínicos da Loucura em Figuras Femininas

Aquando da edição deste livro tivemos conhecimento através do distinto médico psiquiatra de Vigo, Espanha Dr. Miguel Miguelez Silva e também através de outros colegas do país vizinho, do falecimento a 5 de fevereiro de 2020 do nosso bom amigo, pontual colaborador dos nossos congressos e entusiasta da história da psiquiatria, o **Doutor Tibúrcio Angosto Saura**, prestigiado médico psiquiatra em Vigo, Espanha. O Doutor Tibúrcio, como conhecido de todos os colegas da organização, era um conhecedor profundo da história da psiquiatria e da história da psiquiatria espanhola. Sempre sorridente, difundia com simplicidade os seus profundos conhecimentos. De Espanha vinham com o Doutor Tibúrcio Angosto Saura outros colegas psiquiatras mais novos para quem a história da loucura, psiquiatria e saúde mental é também uma importante área de estudo. Nestas palavras introdutórias prestamos a nossa homenagem ao Doutor Tibúrcio Angosto Saura esperando ocasião mais adequada para lembrarmos melhor a sua vida e sua obra.

Não queremos terminar esta introdução sem dar uma palavra de agradecimento e de reconhecimento a todos os que colaboram nesta obra pois eles são os investigadores-autores deste livro. Sem o seu trabalho original este livro não seria possível.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores e Coordenadores Científicos
do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20
Vice-Presidente e Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde—SHIS



Xaropes Bromurados de J.-P. Laroze

de Bromureto de Potassio, de Bromureto de Sodio, de Bromureto de Estroncio.	Uma colher de sopa contém exactamente 1 gr. de Bromureto, quimicamente puro, completamente isento de Bromatos.
---	---

Emprega-se contra todas as affecções nervosas.

**L. ROHAIS & C^{ie}, 2, Rue des Lions-Saint-Paul,
PARIS**

CLICHÉ "ATLAS"

Publicidade aos Xaropes Bromurados J.-P. Laroze (*A Medicina Contemporânea*, 1921)

¿RESISTIR O DISIDIR? EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO DE MUJERES EN MANICOMIOS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA DE MARÍA ZAMBRANO

Celia García-Díaz^{1*}; María Gracia Navarro Romero^{2}**

¹Historia de la Ciencia. Universidad de Málaga; ²Servicio Andaluz de Salud

*Médica Psiquiatra; **Médica Psiquiatra. Licenciada en Filosofía

Emails:celiagarcia@uma.es;navarromariagracia@gmail.com

Resumen

La investigación sobre las experiencias de internamiento de las mujeres en manicomios durante el siglo XX es una vía de investigación abierta desde la perspectiva de género, que precisa el abordaje de otras fuentes históricas como cartas personales y relatos de las mujeres durante el ingreso; así como metodologías de análisis crítico del discurso. El ingreso en manicomios durante el siglo XX tuvo particularidades en contraposición al ingreso en otras instituciones totalitarias, como las cárceles. Estas peculiaridades están ligadas a un proceso de destrucción de la subjetividad previa de las pacientes, procesos de mortificaciones del yo como describió Goffman, con la idea de reconstruir nuevas subjetividades dentro de la institución. Además, conceptos como la veracidad de los discursos de las “mujeres-locas”, elementos de resistencia a la dinámica totalizadora de la institución, la obligatoriedad a la hora de recibir tratamientos cruentos, hacen de los ingresos psiquiátricos y sus historias clínicas lugares de encrucijadas discursivas donde operan diferentes elementos. El elemento común en el material analizado tiene que ver con la esperanza de las pacientes de salir de la institución, y de recuperar la subjetividad que le fue arrebatada. Plantearemos cómo el concepto de esperanza de la filosofía de María Zambrano puede venir a arrojar luz sobre esta disyuntiva.

Palabras claves: María Zambrano; mujeres; manicomios

Abstract

Research on the experiences of hospitalization of women in mental institutions during the twentieth century is an open research path from a gender perspective, which requires the approach of other historical sources such as personal letters and stories of women during admission; as well as methodologies of critical discourse analysis. The admission to asylum during the twentieth century had particularities as opposed to admission to other totalitarian institutions, such as prisons. These peculiarities are linked to a process of destruction of the

previous subjectivity of the patients, processes of mortifications of the self as Goffman described, with the idea of reconstructing new subjectivities within the institution. In addition, concepts such as the veracity of the speeches of the “mad-women”, elements of resistance to the totalizing dynamics of the institution, the obligation when receiving cruel treatments, make the psychiatric admissions and their medical histories places of crossroads discursive where different elements operate. The common element in the analyzed material has to do with the hope of the patients leaving the institution, and recovering the subjectivity that was taken away from them. We will discuss how the concept of hope of María Zambrano's philosophy can come to shed light on this dilemma.

Introducción

Desde los años 70 se han desarrollado en España diversas líneas de investigación en torno a las instituciones psiquiátricas. Sin embargo, las investigaciones que toman como fuentes las historias clínicas fueron desarrolladas por Rafael Huertas, siendo el Manicomio de Leganés, al sur de Madrid, la institución más estudiada desde esta perspectiva. El acceso a este tipo de material proporciona una valiosa información no sólo desde una perspectiva cuantitativa, elaborando trabajos sobre demografía psiquiátrica, sino que nos dan acceso a otro tipo de material, como cartas de las pacientes, de sus familiares y de otros profesionales que hablan de sus experiencias de internamiento. Este material, por tanto, permite el abordaje histórico de las subjetividades de las mujeres internadas pudiendo conocer cómo se sentían durante su ingreso, como la institución imprimía cambios en su subjetividad, qué elementos de resistencia frente al discurso del poder desarrollaban las mujeres a pesar de las duras condiciones del internamiento, señalando así su papel activo dentro del relato historiográfico. Desde el ámbito de la resistencia, tratamos de conectar estas vivencias con el concepto de esperanza en la filosofía de María Zambrano.

Marco teórico

El análisis de los contenidos de las historias clínicas problematiza la cuestión de la mujer en la historia, y el papel de la “mujer-loca”, como agente activo dentro de los manicomios. La aproximación a estas fuentes desde las teorías de género requiere limitar un marco teórico de interpretación de los contenidos de las historias clínicas de las mujeres y trabajar con las fuentes de forma directa a través de escritos que ellas mismas producían dentro de la institución; o de forma indirecta, a través de escritos de los psiquiatras, médicos, personal de

enfermería y monjas que constituían la red de vigilancia de las pacientes. La especificidad de la mirada feminista sobre los contenidos de las historias puede mostrar nuevos enfoques de la experiencia de las mujeres durante el internamiento, así como las relaciones entre los discursos de los psiquiatras y las pacientes ingresadas, fundamentales para la construcción de una historia de la locura “desde abajo” (García Díaz, 2019, p. 34). Lo que los estudios feministas han tratado de poner de manifiesto es la importancia para la historiografía de incluir como objeto de estudio la experiencia personal y subjetiva, otorgándole la misma importancia que a las actividades públicas y políticas, abriendo el espacio privado y doméstico como campo de investigación que ha sido ocupado históricamente por las mujeres, señalando que no son mundos distintos, sino que lo uno influye en el desarrollo de lo otro, y viceversa. Desde esta perspectiva, Kate Millett (2017) en los 70 acuñó la frase “lo personal es político” en su libro *Sexual Politics* editado por primera vez en 1970. Desde el llamado movimiento feminista de la Segunda Ola en los años 70. A partir de este momento, investigadoras feministas se mostraron interesadas en investigar la cuestión de la locura desde una perspectiva de género y autoras como Elaine Showalter con la publicación de *Female Malady* en 1985, Phyllis Chesler con *Women and Madness*, entre otros. Sin embargo, también ha ido creciendo el interés sobre las experiencias de internamiento de las mujeres en instituciones psiquiátricas, como el trabajo sobre las cartas de Doña Juana Sagrera, o la autobiografía de Hersily Rouy “Yo no soy la señorita Chevalier”. Un estudio realizado por Augusta Molinari sobre cartas de las pacientes ingresadas en un psiquiátrico italiano a finales del siglo XIX muestra sus inquietudes en torno a la cuestión de la familia, los internamientos que perseguían intereses económicos y el papel de la maternidad entre otras cuestiones, como elementos centrales de la reconfiguración de la subjetividad de las internadas en la institución (Molinari, 2005). Desde las teorías elaboradas en los años 70 en contra de los tratamientos coercitivos y de la organización de las instituciones psiquiátricas como lugares de confinamiento y control social, se señaló su papel de institución totalitaria, que perseguía la “normalización” de las conductas de los pacientes, destruyendo cualquier atisbo de disidencia social o resistencia dentro de la institución. Sin embargo, a pesar de las dificultades explicitadas por las mujeres durante su ingreso, el poder de la institución, vehiculado desde el discurso de la misma, encontraba resistencia en actitudes de las mujeres, como fugas de la sala, negativas a acudir a las entrevistas con los psiquiatras, elementos de desobediencia y desafío a las normas del manicomio (García y Jiménez, 2010). Cuando planteamos la resistencia de las mujeres durante su internamiento, localizamos en sus escritos elementos que mostraban su anhelo de salir de la institución algún día. El concepto de “esperanza” en

la filosofía de María Zambrano nos ayuda a entender cómo cuando sigue existiendo un deseo y un anhelo de cambio y de libertad, de salir de una situación límite, aparece la esperanza como lo que moviliza, y lo que posibilita el cambio.

El material estudiado son 811 historias clínicas de mujeres internadas en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga entre 1909 y 1950, localizadas en el Archivo Provincial de Málaga (ADPM en adelante) donde se localizaron 10 cartas de pacientes, y también un fragmento de la historia clínica de Aurora Rodríguez, publicado dentro del libro “El manuscrito de Ciempozuelos”. Ambas constituyen el material directo. Por otro lado, han sido analizados fragmentos de relatos de las propias mujeres anotados entre comillas en la historia clínica, que constituye el material indirecto.

Las cartas escritas por las propias pacientes de la sala 20 de Málaga eran remitidas a sus familiares, y sin embargo quedaron en la historia clínica, por lo que no llegaron a destino. Algunos autores han señalado que la institución ejercía una censura sobre los escritos de los pacientes (Villasante, 2018). De hecho, en algunos casos, las pacientes escribían al salir de la institución al psiquiatra que la había tratado para poder ser escuchada, ya que, dentro del manicomio, la palabra de la “mujer-locas” siempre estaba amenazada por la sinrazón (García Díaz, 2019).

Los Bienaventurados: la esperanza en María Zambrano

La filósofa malagueña, en su libro *Los Bienaventurados*, recopilado en las obras completas publicados por la editorial Galaxia Gutenberg 2019, trata el término “Esperanza” como una dimensión filosófica que está más allá de la razón, ya que es el motor de la vida misma. Desde un punto de vista existencialista la autora trata al ser humano como un ente inacabado y es a través de su propia existencia como se construye, siendo el motor de su propia construcción la esperanza. La esperanza no es ni tiene una forma única, teniendo sentidos diversos que van atravesando la experiencia vital del ser humano.

Desde el conocimiento que actualmente se tiene sobre las vivencias de una serie de mujeres ingresadas en los hospitales psiquiátricos “Manicomios” y a raíz del estudio de cartas y evidencias de la época comprobamos que las mujeres “locas” ingresadas en una institución total, el manicomio, eran sometidas a la uniformidad y homogenización bajo la rúbrica no sólo de un diagnóstico sino también de un tratamiento, despojadas de sus derechos más mínimos y de cualquier elemento que suponga un soporte a su identidad, roto sus vínculos, se interrumpen sus vidas en nombre de la razón y de la normativización social, reducidas a objetos de tratamiento, y despojadas de sus derechos ciudadanos asistimos a un proceso de

destrucción subjetiva.

Pero, aun así, a través de sus cartas, en su mayoría no enviadas, y en sus escritos encontrados en trozos, a retazos, como jirones de sus historias y de sus propias vidas, podemos atisbar como en su escritura propia, se encuentran elementos de resistencia, sostenida en la esperanza y en la vida.

Desde una experiencia vital sin salida, y de la imposibilidad, que en la propia locura existe, podemos vislumbrar como la esperanza, elemento propio de la condición humana, persevera, y surge en forma de anhelo.



María Zambrano

“Tengo un apetito enorme y quiero que mañana me mandes una ensaladilla de atún recubierta con mayonesa y queso de bola y espero mande a Tánger por lo menos 5 kilos de dulces de anéjar pues debo comer mucha azúcar. Quiero que mandes a casa por toda mi ropa, el peine fino que compre en Tánger, y mi estilográfica. Quiero que me compres un rulo de papel higiénico y papel de escribir. Un abrazo, C.”

ADPM, lg. 10468:29.

Según María Zambrano, en medio de esa desesperanza existe un minino de esperanza gracias a la cual se puede sostener la existencia “pues siempre que se pide, aunque sea nada más pan,

se hace en nombre de la esperanza, aguardando que con el pan llegue alguna otra cosa: alegría, justicia, felicidad” (filosofía y educación, 124, 2015). Acudiendo a la metáfora Zambranaiana, el puente de la esperanza, que une caminos, que nos pueden hacer volver de nuevo a nuestra vida y nos permite andar desde lo imposible a lo posible, se hace visible. En esta afirmación podemos deducir como la esperanza no solo es anhelo sino puente: “La esperanza puede realizar ese imposible, que es caminar sobre su propio tumulto interior, sobre el tiempo que se le pasa, y puede, en cierto modo, elevarse y sostenerse sobre su propia hondura” (Zambrano, 2019, p. 461).

En el sufrimiento extremo que es la locura donde anida ese desgarró entre la razón y la vida, en lo más íntimo permanece la esperanza como puente entre el internamiento y el anhelo de salir de la institución y de recuperar la continuidad de sus vidas.

Según una paciente de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga, ella misma narraba su anhelo: escritos encontrados en la historia clínica de se cita:

“Hay innumerables refugiados que debieran haberse contentado con su suerte allá o contentándose con pisar tierra nacional sencillamente. Yo no necesito ni de unos ni de otros, no necesito ser gravosa pues tengo disposición para desenvolverme en mi vida de manera honorable necesitando sólo que no me entorpezcan y me den el pasaporte que solicite”

ADPM, lg.10250:177

Podríamos deducir que esta paciente se sentía suficientemente apta para atravesar el puente de la vida sin ninguna ayuda solo con la motivación de la esperanza de vivir de forma autónoma y digna. Como la filósofa refería “El puente es camino, y además une caminos que sin él no conduciría sino a un abismo o lugar intransitable” (Zambrano, 2019, p. 461).

Cuando esto no es posible, se puede entender fácilmente que un corazón sin esperanza se haga mudo y sordo, como relataba Aurora Rodríguez durante su internamiento en Ciempozuelos, en los últimos años:

“Estoy rota...completamente rota. No tengo ilusiones. De pronto ante mi vida, una muralla enorme, imposible de franquear, y ya ahora...que mi vida termine cuanto antes (...). Quiero cantar y no puedo, quiero escribir y...solo escribo en mi mente. Tengo que confesarte que estoy perdiendo mis recursos”.

(Rendueles, 1989)

Ante la incertidumbre de si la esperanza nos abandonó o se diluyó. Zambrano nos responde que en los momentos de crisis ella no nos abandona; lo que ocurre es que lleva un ropaje diferente, tan diferente que en ocasiones no logra distinguirse, y hasta puede llegar a confundirse con otra clase de sentir o padecer (García, 2015).

“La ardiente desesperación más bien muestra lo contrario, más bien diríamos que hay un ensanchamiento de la esperanza, o una esperanza nueva que envuelta y confundida, tímidamente aflora. Una esperanza nueva, una fase nueva de nuestras esperanzas, que puede aparecer confundida con el delirio, con la insensatez, con el absurdo”.

(Zambrano, 2000, citado en García, 2015)

En estos textos, las mujeres perseveran en su ser, y su escritura nos muestra que se manifiestan como sujetos de sus propias vidas y la esperanza como eje fundamental de sostener su propia subjetividad.

“Es la esperanza que crece en el desierto, que se libra de esperarnos por no esperar nada a tiempo fijo y que es continuidad en la vida y en la historia”.

(Zambrano, 2019, p. 465)

Sin esperanza la vida no tiene sentido porque sería solo supervivencia.

Conclusiones

Los escritos de mujeres durante su internamiento son fuentes historiográficas fundamentales para el abordaje de las experiencias subjetivas desde una perspectiva de género, y para construir una historia de la psiquiatría o de la locura “desde abajo”. A pesar del entorno coercitivo de los internamientos psiquiátricos y del discurso de una ciencia que trataba de legitimarse desde estas prácticas, las mujeres mostraban resistencias que trataban de plasmar en sus escritos y con sus actitudes, desafiando el orden totalitario de la institución. Las mujeres, en el sentido Zambraniano, se servían de una esperanza que las acercaba a la salida del manicomio, que las conectaba con su propia vida, antes del internamiento. En sus escritos y sus relatos, fragmentados por el discurso de una psiquiatría que trataba de positivizar su

experiencia y objetivarla, el anhelo de retomar su propia existencia, su vida, y sus deseos se plasmaban a través de peticiones de recuperar sus propios objetos, arrebatados por la institución con la intención de alejarlas de su propio ser, de lo que las hacía únicas; también de recuperar el contacto con sus familiares, la reconstrucción de los cuidados y el amor, como lo esencialmente reparador. Por otro lado, cuando esa esperanza desaparece, lo que queda es la muerte, entendida como la falta de motor vital, la ausencia de deseo y posición vital.

Referencias Bibliográficas

GARCÍA, Gladis del Socorro — Una aproximación al sentido de la esperanza en María Zambrano. *Discusiones Filosóficas*. Ene-Jun (2015) 119-128. DOI: 10.17151/difil.2015:16.26.8

GARCÍA DÍAZ, Celia; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel — Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenia*. 10 (2010) 123-144.

HUERTAS, Rafael — Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*. 1:2 (2001) 7-31.

MOLINIARI, Augusta — Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX. In CASTILLO, Antonio; SIERRA, Verónica — *Letras bajo sospecha. Escritura y Lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea, 2005, p. 379-399.

RENDUELES, Guillermo — El manuscrito encontrado en Ciempozuelos. Madrid: La piqueta, 1989.

VILLASANTE, Olga — El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-1987. *História. Ciências, Saúde-Manguinhos*. 25:3 (2018) 763-778.

ZAMBRANO, María — *Obras completas* IV. Tomo 2. Libros (1977-1990). Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2019.

JANE EYRE VS. BERTHA MASON – A DICOTOMIA FEMININA E A DOENÇA MENTAL NO ROMANCE VITORIANO

Diana Amorim Pires¹, Gustavo França², Paulo Horta³

Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

¹Interna de Formação Específica de Psiquiatria, ²Assistente Hospitalar de Psiquiatria,

³Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria

Emails:¹dcapires1991@gmail.com, ²GustavoSantos@hmlemos.min-saude.pt,

³PauloHorta@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Charlotte Brontë foi uma escritora inglesa, mais conhecida pelo seu romance intemporal *Jane Eyre*. Nesta obra de tom autobiográfico, Brontë explora o entendimento do “*papel ideal*” da mulher na sociedade vitoriana, denunciando-o como repressivo, e anuncia a libertação feminina, atribuindo profundidade e complexidade à mulher, bem como desejos de autonomia e autodeterminação.

Para tal, a narrativa serve-se da dicotomia entre Jane Eyre, personagem feminina principal e inovadora, e Bertha Mason. Nesta última figura, Brontë reflete nas consequências da castração multidimensional da mulher, ligando-as à doença mental e ao significado e tratamento da “*mulher louca*” na sociedade vitoriana.

Revisitando este clássico, pretende-se então problematizar sobre o destino oposto de ambas as mulheres da narrativa. Nomeadamente, discute-se sobre o tratamento *da doente mental* na era vitoriana e do estigma associada à mesma. Por fim, defende-se que Charlotte Brontë constitui um inintencional estandarte para o movimento feminista do século XIX.

Palavras-chave: Jane Eyre, doença mental, feminismo

Abstract

Charlotte Brontë was an English writer, best known for her timeless novel *Jane Eyre*. In this autobiographical work, Brontë explores the understanding of the women’s “*ideal role*” in Victorian society, denouncing it as repressive, and announces female liberation, attributing depth and complexity to women, as well as desires for autonomy and self-determination.

For such, the narrative uses the dichotomy between Jane Eyre, the main and innovative protagonist, and Bertha Mason. In this last figure, Brontë reflects on the consequences of the woman's multidimensional castration, linking them to mental illness and the meaning/treatment of the “*crazy woman*” in Victorian society.

Revisiting this classic, we intend to discuss the opposite fate of both women in the narrative. In particular, it discusses the treatment of mentally ill patients in the Victorian era and the inherent stigma. Finally, it's undeniable that Charlotte Brontë is an unintentional standard for the 19th century feminist movement.

Introdução

Charlotte Brontë e a sua enigmática *Jane Eyre*, considerada por muitos um reflexo autobiográfico da autora, são sem dúvida duas figuras femininas marcantes da literatura inglesa vitoriana. Em toda a sua obra, mas especialmente em *Jane Eyre*, Charlotte Brontë denuncia os preconceitos ligados à figura feminina e rompe com a concepção contemporânea da mulher passiva e ornamental, dando-lhe uma nova vida e atribuindo-lhe vontades, desejos, autonomia e capacidade de auto-determinação.

Para isso, a autora serve-se nesta narrativa da dicotomia entre *Jane*, personagem feminina principal e mulher inovadora, e *Bertha Mason*, que carrega em si as consequências da castração multidimensional da mulher, ligando-a à doença mental e ao significado e tratamento do “louco” na sociedade vitoriana.

Revisitando este clássico, pretende-se então discutir o destino oposto de ambas as mulheres da narrativa, bem como refletir sobre o tratamento da doença mental na era vitoriana e do estigma associado à mesma.

Curta Biografia de Charlotte Brontë

Charlotte Brontë nasce a 21 de Abril de 1816, em Thornton (Yorkshire, Reino Unido), sendo a terceira filha de Patrick Brontë, pastor anglicano, e de sua esposa, Maria Branwell.

A sua infância é passada entre charnecas isoladas e ventosas na companhia dos seus cinco irmãos, destacando-se entre eles as irmãs Emily e Anne e o irmão Branwell, companheiros de brincadeiras, confidências, fantasias e escrita, que se entretinham “(...) *writing and telling romantic tales for one another and inventing imaginative games played out at home or on the desolate moors.*”¹.

Em 1824 e 1825, Charlotte frequenta a Clergy Daughters' School, em Cowan Bridge, Lancashire, que se tornou rapidamente numa experiência traumática para a mesma e que mais tarde serviu de inspiração para o *Lowood Institute*, em *Jane Eyre*.

Em Fevereiro de 1842, após terminar a sua formação em Inglaterra, Charlotte viaja para Bruxelas com a irmã Emily, ambas com o intuito de aprimorarem a sua educação e

¹ In TOMPKINS, Joyce M. S. – Charlotte Brontë. <https://www.britannica.com/biography/Charlotte-Bronte>

crescimento pessoal em troca dos seus serviços como professoras num internato dirigido por Constantin Héger e sua esposa. A sua estadia nesta instituição, apesar de enriquecedora intelectualmente, acaba por se tornar numa provação agri-doce para Charlotte, que se apaixona irremediavelmente por Héger. Esta paixão vai ser responsável por um sofrimento mudo, que, mais tarde, transborda para as suas obras e as enriquece com a proclamação de uma vontade de liberdade e reconhecimento feminista nunca antes vista.

Posteriormente, em 1844, regressa a casa, onde inaugura a sua própria escola, cumprindo assim um sonho antigo. Em 1846, inicia finalmente a sua carreira literária, publicando juntamente com as irmãs *Poems by Currer, Ellis and Acton Bell*, sob pseudónimos masculinos. Mais tarde, a 16 de Outubro de 1847, é publicado sob polémica *Jane Eyre*, em nome próprio, o seu primeiro e mais aclamado romance.

Infelizmente, os anos seguintes são agri-doce para Charlotte. Entre 1848 e 1853, sofre perdas irremediáveis, com as mortes de Branwell, que sucumbe às consequências do alcoolismo crónico, e de Emily e Anne, que morrem após a degradação lenta provocada pela tuberculose. No entanto, nestes anos consegue publicar mais dois romances, *Shirley* e *Villette*.

Já perto do final da sua vida, a 29 de Junho de 1854, Charlotte casa com Arthur Bell Nicholls, mas acaba por falecer precocemente a 31 de Março 1855 em Haworth, Yorkshire, durante a sua primeira gravidez, devido a hiperémese gravídica.

Jane Eyre – O Romance Vitoriano

Jane Eyre, profusamente baseado nas vivências pessoais de Charlotte Brontë, conta a história da jovem órfã Jane. Durante a sua infância, Jane vive com a tia Mrs. Reed e os seus primos, que a sujeitam reiteradamente a abusos físicos e psicológicos e que a veem como *desadequada, inadaptada e selvagem*. Farta da sua presença, Mrs. Reed despacha a jovem para o *Lowood Institute*, um colégio interno para crianças órfãs. Neste colégio, Jane é inicialmente sujeita a vários castigos dado o seu temperamento passional, que acaba por ser domesticado graças à ajuda da ponderada Helen Burns, a sua única amiga naquele local desolado, que desafortunadamente viria a sucumbir rapidamente à tuberculose. Apesar do seu início atribulado na escola, Jane termina a sua formação e torna-se uma jovem inteligente, capaz, confiante e autónoma, permanecendo como professora em *Lowood Institute* por dois anos.

Contudo, Jane aspira a ambições maiores e decide então embarcar num novo desafio, aceitando o cargo de perceptora na mansão de Thornfield Hall. Em Thornfield, Jane conhece Mr. Edward Rochester, senhor da propriedade, de carácter byroniano, por quem Jane se apaixona. Com o tempo, Jane vai descobrindo os segredos da casa e do seu senhor, e a sua

estadia em Thornfield Hall torna-se cada vez mais desafiante, com vários acontecimentos estranhos tomando lugar à sua volta: vultos que se riem na sombra da noite, incêndios que se iniciam sem explicação, fantasmas que lhe rasgam as roupas...

Sem nunca ter uma resposta satisfatória para tais acontecimentos e confusa com as atitudes ambivalentes de Mr. Rochester, Jane é chamada a casa, ao leito de morte da sua tia, que lhe confessa que John Eyre, seu tio, a procura há muitos anos para a tornar herdeira da sua fortuna. Após perdoar a tia e decidir que a fortuna não tem interesse para ela, Jane regressa a Thornfield Hall, onde encontra Mr. Rochester certo do seu amor por ela e que a pede em casamento. Radiante mas com um peso de suspeita no peito, Jane aceita. Contudo, no dia do seu casamento, descobre que Mr. Rochester é já casado com Bertha Mason, uma “mulher louca”, animalasca, dada a acessos de fúria agressiva e sexualizada, com quem casou por ludíbrio do pai e que mantém escondida de todos no sótão. É ela a causadora de todos os eventos inexplicáveis e ameaças que vão acontecendo na mansão.

Jane, respeitando-se e recusando a posição degradada que Mr. Rochester lhe oferece, abandona sem rumo Thornfield Hall e é então resgatada pelos pobres irmãos Rivers, que a acolhem como família em sua casa e lhe oferecem trabalho como professora na escola local. Mais tarde, Jane descobre que os irmãos Rivers são na realidade seus primos, partilhando com eles, como forma de agradecimento, a fortuna de John Eyre.

Ao longo deste período, torna-se evidente o interesse matrimonial desapaixionado de St. John Rivers, que é missionário, propondo-lhe este o casamento para que ambos possam ir como casal em missão para a Índia, mas Jane recusa-o respeitosamente por não nutrir os mesmos sentimentos de afeição que ele.

É então que certa vez houve a voz mística e onírica de Mr. Rochester a clamar por ela e regressa a Thornfield Hall, encontrando a mansão destruída pelo fogo e descobrindo que o mesmo foi provocado por Bertha num acesso de loucura, suicidando-se a seguir. Jane procura então Mr. Rochester e encontra-o cego e debilitado, mas livre e decidido a recuperar Jane. Anos mais tarde, encontramos o casal feliz e com um filho, a viver tranquilamente em Thornfield Hall.

Jane Eyre – A Heroína Independente

Jane Eyre é-nos apresentada como uma heroína inovadora da era vitoriana, afastando-se da representação da mulher passiva e trazendo um cunho feminista à literatura inglesa, até então dominada pela prosa masculina. Nesta obra, Charlotte Brontë oferece finalmente

complexidade e profundidade caracterial à personagem feminina, tornando-a não só a protagonista da obra, como também das suas decisões e destino.

Inicialmente, Jane cresce num meio emocionalmente adverso, sendo sujeita a uma violência multimodal e vendo-se impedida de se afirmar enquanto ser humano. Esta condição, associada à sua postura inconformada e agressiva face à sua situação, predispõe-na ao possível cunho social de “louca”, sendo descrita como “selvagem” aos olhos dos seus familiares e outros conviventes. Como castigo, é integrada na *Lowood Institute*, mas a confraternização com a jovem Helen Burns, de carácter mais doce, modesto e temperado, permite a Jane a aquisição da capacidade de moderação das suas paixões, sendo assim capaz de moldar o seu temperamento e tornar-se na idade adulta numa mulher ponderada, mas também determinada e independente, tanto a nível intelectual, afetivo ou material.

Quando Jane se apaixona por Edward Rochester e reclama para si o direito ao respeito relacional, ao reconhecimento enquanto ser humano e ao sentimento amoroso (“*Eu não sou pássaro nenhum, e não há rede capaz de me prender; sou um ser humano livre, dotado de vontade própria*”), ela torna-se parte ativa na relação, tomando decisões de acordo com os seus princípios e moral, e quebra com o papel tradicional da mulher passiva e submissa, que cede inexoravelmente aos desejos de terceiros, promovendo assim a sua emancipação e autodeterminação. O mesmo acontece quando, após descobrir o casamento prévio de Mr. Rochester, Jane decide manter a sua integridade pessoal ao afastar-se de uma situação que, pelos seus valores, considera imoral, ou quando, após recusar St. John Rivers em prol dos seus verdadeiros sentimentos, regressa a Thornfield Hall para reencontrar Mr. Rochester incapacitado mas finalmente livre para ser seu, se assim o quiser.

Assistimos assim ao seu crescimento intelectual, emocional e afetivo, bem como à sua adoção de uma postura de resiliência e respeito próprio, que quebra com o paradigma feminino contemporâneo.

Bertha Mason – A Mulher Louca no Sótão

Bertha Mason é inicialmente uma personagem incógnita, incorpórea e envolta em mistério, desconhecida por Jane e negada pelos demais habitantes de Thornfield Hall. Jane sente-a como uma presença inquietante e ameaçadora nas sombras, como é evidente nas seguintes passagens da obra: “(...) porque o riso era o mais trágico e o menos humano que eu já ouvira” ou “o espectro horroroso das lendas germânicas: o vampiro”.

Na sua primeira aparição completa a Jane, Bertha é-lhe apresentada embaraçada e culpadamente por Mr. Rochester como sendo a sua primeira esposa mestiça, descendente de

uma mãe crioula da Jamaica e em cuja família corre a doença mental. É descrita como “(...) *um ser que ia e vinha. Não se podia dizer se era um animal ou um ser humano, parecia andar de gatas, atirava-se ao que a rodeava, rugia como um animal selvagem. (...) a hiena vestida ergueu-se (...). A demente soltou um rugido (...).*”. Ela é então vista, à luz da época, como a “mulher louca”, a doente mental sem possibilidade de ajuda e que é necessário esconder da vista da sociedade.

Em Bertha, podemos observar como eram descritos os loucos: “(...) *contínuos atos de violência daquele carácter extravagante, as ordens vexatórias, absurdas, tirânicas e contraditórias.*”, “(...) *o seu espírito era acanhado mas os seus maus instintos eram gigantescos!*”, “(...) *os excessos tinham-lhe prematuramente desenvolvido os germes da demência.*”, bem como os tratamentos que lhes eram atribuídos: “(...) *desde que os médicos a tinham dado como louca estava fechada, claro. (...) Instalá-la bem guardada em Thornfield, com todas as precauções necessárias.*”.

Várias vezes lhe é atribuída a culpa da sua condição e degeneração, mas é também referido que a sua mãe era “*doida e estava internada num asilo de alienados. Tinha também um irmão mais novo, que era mudo e completamente idiota*”, o que pode apontar mais para o preconceito contemporâneo que relaciona a doença mental com a degenerescência familiar e a etnicidade, neste caso, a etnia crioula do que uma compreensão precoce da possível origem hereditária da doença mental.

Assim, a ausência de compreensão, empatia e compaixão por parte do seu marido pode ser o reflexo da atitude da sociedade contemporânea para com o doente mental, que ainda se observa ocasionalmente na contemporaneidade.

Curiosamente, ao longo da narrativa nunca lhe é oferecido um diálogo próprio, o que nos leva a questionar: será esta mulher mesmo louca ou apenas um ser humano à procura da libertação?

No final, toda a restrição a que Bertha é submetida leva à sua implosão, que culmina no seu ato pirómano sobre a propriedade que a aprisiona e ao seu posterior suicídio.

Jane Eyre e Bertha Mason – Duas faces da mesma moeda?

Tanto Jane como Bertha trazem em si a marca da repressão social do papel da mulher. Contudo, face à adversidade, Jane mostra ser uma personagem inovadora ao conseguir estratégias para atingir a sua independência, autodeterminação e autodefinição, enquanto Bertha, devido às suas circunstâncias específicas e mal-afortunadas, sofre as consequências dessa busca desenfreada e recebe a infelicidade do rótulo da doença mental, tornando-se assim a “louca” indigna da convivência com o mundo.

Comparando-as, elas seguem inicialmente caminhos paralelos, ambas inconformadas com a sua sorte e ávidas de liberdade de expressão, e ostentam características que se assemelham, “*o mesmo fogo, a mesma paixão*”. Porém, enquanto Jane aprendeu a controlar as suas emoções, fúrias e instintos, e alcançou o equilíbrio intelectual e o autocontrole, libertando-se assim das amarras da convenção, Bertha deixou-se degradar e foi confinada e condenada pelo seu animalismo e sexualidade. Sendo assim, a explicação da essência de Bertha pela doença mental e o posterior suicídio poderão ser a sua única fuga à repressão social.

Mudança Visionária?

Ao rejeitar Mr. Rochester após a descoberta do seu casamento prévio, Jane demonstra uma atitude de respeito próprio e, concomitantemente, reconhece Bertha como mulher e esposa, independentemente da sua condição. Assim, Jane não cede à sedução de Mr. Rochester e decide o seu futuro com base na sua autoimagem, princípios e valores, bem como no respeito por outro ser humano do sexo feminino, inferiorizado ainda mais pela doença mental.

No Reino Unido, em 1844, começaram a sair, curiosamente, publicações médicas e estatísticas relacionadas com preocupações globais com os doentes mentais, os seus cuidados e direitos. Tal data é ligeiramente prévia à publicação de *Jane Eyre*, que se dá em 1847, levantando-se a questão: poderá Charlotte Brontë ter tentado reconhecer na sua obra o valor humano da pessoa com doença mental e hastear esta mudança de paradigma na sociedade vitoriana?

Conclusões

Jane Eyre, romance autobiográfico de Charlotte Brontë, percorre a vida de Jane, uma jovem mulher decidida a traçar o seu próprio destino com base nas suas decisões, princípios e autonomia. Sob um véu incipiente de feminismo, Charlotte Brontë discorre sobre o papel da mulher na era vitoriana e na sua vontade de emancipação e reconhecimento na sociedade da época.

Em contrapartida, apresenta-nos também Bertha Mason, uma personagem enigmática e obscura que faz o contraponto com a figura inovadora de Jane e reflete, na contemporaneidade do século XIX, sobre a visão social do doente mental e o descuido para com aqueles que sofrem desta maleita.

Analisando esta obra, e principalmente esta personagem, é então possível compreender o estigma projetado sobre tais indivíduos e o silêncio a que eram condenados, entrevedendo-se

nas entrelinhas uma possível denúncia de tal tratamento e a mudança de paradigma anunciada em publicações médicas da época.

Fontes e Bibliografia Final

TOMPKINS, Joyce M. S. – *Charlotte Brontë*.

<https://www.britannica.com/biography/Charlotte-Bronte> (consultado em Abril de 2019)

BRONTË, Charlotte – *Jane Eyre*. EUA: Signet Classics, 2008.

BRONTË, Charlotte – *A Paixão de Jane Eyre*. Portugal: Círculo de Leitores, 2007.

ATHERTON, Carol – *The figure of Bertha Mason*.

<https://www.bl.uk/romantics-and-victorians/articles/the-figure-of-bertha-mason>
(consultado em Abril de 2019)

ARA, Ismat – The Madwoman. In *The Attic: How “Mad” Was Bertha Mason In Jane Eyre?*

<https://feminisminindia.com/2017/07/21/bertha-mason-jane-eyre/> (consultado em Abril de 2019)

Report of the Metropolitan Commissioners in Lunacy to the Lord Chancellor: Presented to Both Houses of Parliament by Command of Her Majesty. *The British and Foreign Medical Review*. 19: 38 (1845) 317–344.

IDEAÇÃO E CONSUMAÇÃO SUICIDA NO GÉNERO FEMININO – REVISITAR ANNA KARENINA

Diana Amorim Pires¹, Gustavo França², Paulo Horta³

Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

¹Interna de Formação Específica de Psiquiatria; ²Assistente Hospitalar de Psiquiatria;

³Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria

Emails: dcapires1991@gmail.com; GustavoSantos@hmlemos.min-saude.pt;

PauloHorta@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Várias obras históricas da literatura incitam à reflexão psicopatológica, como sendo o clássico da literatura russa de Leo Tolstói, *Anna Karenina*, que lida com diversos temas proeminentes nas sociedades russa e europeia da época.

Anna é uma mulher intemporal que sofre as consequências das normas sociais e morais estabelecidas, vendo-se privada da sua autodeterminação enquanto mulher e ser humano, dada a conjectura do período histórico em que vive. A montanha russa de eventos catastróficos que define a sua vida leva-a ao seu desfecho suicidário, sendo possível presenciar gradualmente o seu suicídio interno e social, prévio à sua morte física.

Partindo então desta obra, pretende-se refletir acerca do fenómeno da ideação suicida, distinto pela sua complexidade, e dos fatores que despoletam a sua consumação, nomeadamente no que ao género feminino diz respeito. Por fim, tentar-se-á conjugar a descrição oferecida por Tolstói às teorias e modelos explicativos do suicídio.

Palavras-chave: Anna Karenina, suicídio, doença mental

Abstract

Multiple historical works of literature encourage psychopathological reflection, such as Leo Tolstoy's classic of Russian literature, *Anna Karenina*, which deals with several prominent themes of nineteenth century Russian and European societies.

Anna is a timeless woman who suffers the consequences of established social and moral norms, being deprived of her self-determination as a woman and human being, given the conjecture of the historical period in which she lives. The roller coaster of catastrophic events that defines her life leads her to the suicidal outcome, making it possible to gradually witness her internal and social suicide, prior to her physical death.

Starting from this work, we intend to reflect on the phenomenon of suicidal ideation, distinguished by its complexity, and the factors that trigger its consummation, namely with regard to the female gender. Finally, an attempt will be made to combine Tolstoy's description with theories and explanatory models of suicide.

Introdução

Anna Karenina, do romancista russo Leo Tolstói, é um clássico intemporal, repleto de descrições e reflexões acerca das tumultuosas sociedades russa e europeia do século XIX.

Para a Psiquiatria, sem dúvida que o subtema mais aliciante da obra será a exploração do suicídio de *Anna*, uma mulher fascinante e moderna face à época, que sofre as consequências das castradoras normas sociais e morais vigentes, sobretudo punitivas para o género feminino. A montanha russa de catástrofes que define a sua vida leva-a ao seu desfecho suicidário, sendo possível presenciar gradualmente o seu suicídio interno e social, prévio à sua morte física.

Partindo então desta obra, pretende-se refletir acerca do fenómeno da ideação suicida, distinto pela sua complexidade, e dos fatores que despoletam a sua consumação, nomeadamente no que ao género feminino diz respeito. Por fim, tentar-se-á conjugar a descrição oferecida por Tolstói às teorias e modelos explicativos do suicídio.

Breve Contextualização Histórica e Descritiva de *Anna Karenina*

Anna Karenina foi publicado integralmente pela primeira vez no ano de 1878, retratando a sociedade imperial russa do século XIX, tanto urbana como rural, através da corrente do realismo literário. A obra segue os percursos de vida de *Anna*, a mulher *trágica* que suporta em si as consequências tanto dos seus atos à luz das castradoras normas morais e sociais vigentes como da sua inconformidade com a corrupção urbana do meio que frequenta, e *Levin*, o aristocrata filósofo que procura um modo de vida mais simples, pleno e rural, com tendência para o pensamento existencialista.

Compreendendo *Anna*, ela é uma mulher marcante na sua presença, que circula na alta sociedade russa e que, eventualmente, cede ao adultério, vivendo intensa e penosamente a ambivalência entre o dever para com as suas obrigações matrimoniais e maternas e o desejo amoroso e erótico por Vronsky. Dado o seu estatuto, *Anna* torna-se vulnerável às pressões e condenações maritais, sociais e religiosas, sendo amplamente penalizada por este ato, comparativamente ao género masculino, e é então forçada ao isolamento e morte social e a

perdas familiares nucleares importantes. Anna entra então numa espiral de inconformidade, culpa, raiva e desesperança, que culmina na sua decisão pela consumação do suicídio.

O Suicídio

O suicídio é considerado por muitos o mais intrigante ato humano, e como nos diz Albert Camus “*existe apenas um único problema filosófico realmente sério: o suicídio*”.

O termo *suicídio* deriva do latim, da conjugação de *sui* (de si mesmo) e *caedere* (matar), tendo sido utilizado pela primeira vez em 1734 pelo Abade Prévost.

Até ao final do século XVIII, a questão do suicídio assentava nos aspetos morais, ou imorais, do ato e na sua legitimidade, sendo que até à época setecentista era evidente a influência da religião cristã e dos seus dogmas na conceção europeia do ato suicidário. Até então, o suicídio era considerado um ato extremamente pecaminoso, não se tendo em linha de conta a dimensão médica ou patológica do mesmo.

Século XIX – O suicídio de *Anna* na conceção de Durkheim

No século do romantismo, encetou-se na revisão do conceito de suicídio e novas perspetivas acerca do fenómeno começaram a ser desenvolvidas. Assim surge em 1897, pela mão de Émile Durkheim, “*Le Suicide*”, obra revolucionária que analisa o suicídio segundo uma ótica macrossocial e que o descreve como um ato resultante do determinismo social. Logo, as causas para o ato suicidário estariam *fora do indivíduo*.

No seguimento desta conceção, Durkheim descreve quatro tipos de suicídio (figura 1):

- *Suicídio egoísta*, que resulta de uma sensação prolongada de não pertença e individuação excessiva, que podem levar à falta de sentido para a vida, apatia e melancolia.
- *Suicídio altruísta*, que surge em sociedades com elevada integração dos indivíduos e em que os interesses privados são relegados a favor das necessidades globais.
- *Suicídio anómico*, que reflete a confusão moral e social do indivíduo, estando relacionado com inquietações sociais e económicas dramáticas.
- *Suicídio fatalista*, que ocorre numa pessoa excessivamente regulada e cujos planos e paixões são violentamente bloqueados e estrangulados por uma disciplina opressiva.

Partindo da conceção de Durkheim, podemos enquadrar o suicídio de Anna em três das definições oferecidas:

- *Suicídio egoísta*: considerando o seu “*crime adúltero*”, hipocritamente mal visto à sociedade contemporânea, Anna é condenada à exclusão familiar e social, e é assim sujeita a uma sensação prolongada de exclusão e não pertença, inclusive no que diz respeito às suas

relações mais próximas e queridas, como seja a ligação ao seu filho. Além disso, Anna vai também sentindo *intencionalmente* de forma *inconsciente* a perda gradual de Vronsky, que continua a ser aceite nos seus círculos sociais habituais e se vai desapegando dela para regressar aos mesmos. Anna vê-se assim condenada ao isolamento progressivo, à insignificância, à insegurança, à melancolia e à ansiedade, resolvidas apenas com a sua morte autoinfligida.

- *Suicídio anónimo*: a perda do seu estatuto social habitual cria um anonimato em Anna, para o qual ela não estava preparada, deixando-a sem rumo aparente.

- *Suicídio fatalista*: à data, a mulher era alvo de um controlo social e uma opressão moral desproporcionais, o que, face ao adultério que ela comete, incapacita Anna de coadunar todos os seus planos futuros. Anna é assim metaforicamente estrangulada, ao ponto de esta decidir colocar termo à sua vida como fuga.

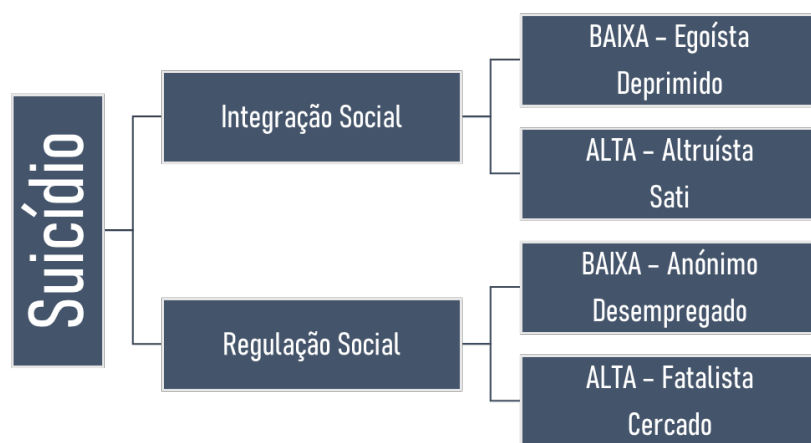


Figura 1. Os quatro tipos de suicídio segundo o determinismo social de Durkheim

Em suma, à luz da teoria de Durkheim, a morte de Anna pode ser profetizada conhecendo-se a sua anulação social gradual, num meio que não a protege ou ajuda, e as consequências que tal ambiente tem sobre a sua própria estabilidade mental.

Século XX – Beachler, Shneidman e Beck

A entrada no século XX traz várias novas concepções sobre o fenómeno suicidário. O foco é desviado dos seus aspetos sociais e passam-se a considerar as causas e motivações do próprio indivíduo para tal ideação e comportamento, estendendo-se a discussão ao movimento psicanalista crescente e, mais tarde, às teorias cognitivas preconizadas por Beck. De entre os

múltiplos modelos, alguns merecem certamente uma maior reflexão dada a importância que tiveram para a evolução do conceito.

Em 1975, Jean Baechler definiu o suicídio como uma constante sociológica e um comportamento que serve como *solução* para um problema do indivíduo e, portanto, o ato suicidário pode ser evasivo/escapista, agressivo, oblativo ou lúdico. Tendo em conta as características da situação de vida adversa de Anna, o seu suicídio pode ser compreendido como uma fuga, uma evasão ao seu sofrimento emocional e mental, bem como uma agressão vingativa contra Vronsky, que mantém a sua vida social inalterada enquanto Anna sofre na pele múltiplas perdas. À medida que o abismo entre os dois se torna cada vez mais palpável, Anna vai-se sentindo manietada numa sensação derradeira de abandono e infidelidade por parte do amante, que despoleta finalmente a sua decisão de colocar termo à vida.

Mais tarde, Edwin Shneidman, considerado o pai da suicidologia moderna, descreveu o suicídio como um ato consciente e premeditado de autoaniquilação, compreendido à luz da *dor psicológica intolerável* do indivíduo que considera esta a melhor solução para o seu problema. Segundo Shneidman, existem aspetos comuns ao ato suicidário, que podemos rever na espiral de decadência de Anna até à consumação suicidária. Entre eles encontram-se o objetivo da *cessação da consciência*, o estímulo da *dor psicológica insuportável* “*Is any kind – not of happiness even, but of absence of torture – possible?*”, a *desesperança* “*At the point that I cannot imagine a situation in which life would not be a torment*”, o estado cognitivo de *ambivalência* “*And again hope and despair... Where am I? What am I doing? Why?*”, a *perceção de constrição da mente* “*If I could be anything but his mistress, passionately loving nothing but his caresses – but I cannot and I do not want to be anything else*”, e a *ação de fuga* “*There! There, into the very middle, and I shall punish him and escape from everybody and from myself!*”.

Mais recentemente, a importância das teorias cognitivistas de Beck, nomeadamente nas que à ideação suicida dizem respeito, é indiscutível. Para Beck e seus colaboradores, a *desesperança* é o preditor mais importante no fenómeno da ideação suicida, e em Anna é inquestionável a presença clara de um pessimismo generalizado em relação ao futuro e da perda do sentido da vida “*that we all have been created in order to suffer, and that we all know this and all try to invent means of deceiving ourselves. But when you see the truth, what are you to do?*”. Na sua espiral descendente, Anna manifesta múltiplas distorções cognitivas em relação a si, aos outros e à sua situação de vida, amplamente influenciadas pelo ambiente social hostil que a circunda e pela culpa sentida em relação ao filho e ao marido. Mas no final, é a *desesperança* criada pela perda intuitiva de Vronsky, a sua única ligação final à vida, que despoleta a tomada de decisão e a consumação suicidária.

Século XXI – Da Ideação à Consumação (Klonsky e May)

Partindo das concepções cognitivistas predominantes no final do século XX, nomeadamente no que diz respeito à importância da sensação de desesperança como fator decisivo para a estruturação e consumação suicida, Klonsky e May distinguem a ideação e a consumação suicidas como dois processos distintos e com preditores diferentes, mas contínuos no sentido em que o desenvolvimento da ideação suicida pode progredir, mas não necessariamente, para a tentativa ou consumação suicida. Para que tal salto seja dado, é necessária a presença da *capacidade para a ação* (teoria interpessoal de Joiner) e *o acesso a meios letais, à capacidade de planeamento ou a tendência à impulsividade* (teoria motivacional-volitiva integrada de O'Connor). Segundo a *teoria dos três passos* de Klonsky e May, a sensação de dor psicológica e desesperança despoleta a *ideação suicida*, que, ao ser demasiado poderosa, fortalece a ideação e, por acréscimo, se existir *capacidade* para o ato, este pode ser tentado e/ou consumado. Estes três passos são vislumbrados no acesso que nos é permitido à mente de Anna: se por um lado a desesperança acresce ao longo da trama, por outro, quando ela se torna suficientemente forte, pela ausência de Vronsky, para ela tomar a decisão final, ela procura o acesso ao meio letal de eleição e planeia então o seu lançamento fatal na ferrovia.

O Suicídio da Mulher na Literatura do Século XIX

Na literatura clássica, o suicídio era visto como um ato tipicamente de vanglória e heroísmo, maioritariamente praticado pelo género masculino e associado a sentimentos de carácter superior e altruísta. Contudo, com o início do século XVIII e na continuação do romantismo do século XIX, o suicídio passou a ser encarado como um ato de doença e, dada a consideração médica da mulher como um *bomem anormal*, caracteristicamente feminino. O suicídio seria então entendido como um ato da “mulher hipersensível” que não tem mecanismos para lidar com as dificuldades, da “mulher cobarde” e que não controla as suas emoções ou da mulher que não sabe avaliar as situações de forma pragmática e clara e age impulsivamente. O suicídio torna-se então numa obsessão cultural, muito presente na literatura da época, embora esta não retrate as reais estatísticas do comportamento suicidário no que à distribuição de género diz respeito, mas reflete antes uma ideia mística e fatalista em volta do romantismo associado ao suicídio no género feminino.

Na Europa oitocentista, a mulher e o ato suicidário eram considerados “*fracos*”, deixando-se no passado as ideias heroicas ligadas ao suicídio e ganhando notoriedade os motivos “*menores*”

para este ato, como as questões dos amores frustrados e impossíveis. Estes motivos eram fundamentalmente associados à mulher, que era vista apenas como um objeto cuja existência serviria para a criação de um lar, que seria sustentado e controlado por um patriarca. A mulher era excluída da definição de ser autônomo e capaz de autodeterminação e apta para a tomada de decisões sobre a sua própria vida.

Compreende-se assim a dimensão de depreciação em relação à mulher, principalmente aquela que comete suicídio, rebaixada à personagem fraca e doente, que apenas vive, e deverá viver, para a família, e que vê no suicídio uma forma de controlo sobre a sua própria vida pessoal, fuga ou até como um ato de manipulação ou comunicação não-verbal.

Anna representa impecavelmente a mulher oitocentista descrita. Contudo, ao conhecermos o seu discurso interno, é acrescentada uma dimensão mais profunda à sua personalidade. É pois possível experienciar a sua ambivalência entre o papel feminino ideal plantado pela sociedade da época e a sua revolta com tal fado. Gradualmente, observamos a desintegração da sua identidade, enquanto mulher, mãe, amante, e ser humano no geral e vemo-la no seu estatuto de vítima social, ao ser proibida pelo seu meio de se realizar pessoalmente. Assistimos às suas perdas amorosas, que no final justificariam a sua luta interna entre o desejo de morte "*thanatos*" e o desejo de vida "*eros*", sendo este último praticamente incomunicável e impossível de concretizar a não ser, contraditoriamente, pelo seu suicídio agressivo e vingativo, do qual ela se arrepende no último momento. Curiosamente, até nesta hesitação final lhe é negada a sua capacidade individual de decisão, pois demonstra a *fraqueza feminina* em decidir o que é *melhor* para si, neste caso a morte, a partir da sua culpa final perante Deus. Assim, Anna está fadada ao papel da trágica vítima da sua própria fraqueza. Fraqueza essa que transvasa a esfera individual para envolver a sociedade que assume um papel de ofensa e exclusão destas mulheres erroneamente excomungadas e não de aceitação das mesmas como seres humanos passíveis de boas ou más decisões e merecedoras de perdão. Como defendeu Simone de Beauvoir "*a mulher tem sido pretexto em vez de agente*".

Conclusões

Várias obras históricas da literatura incitam à reflexão psicopatológica, nomeadamente à análise do fenómeno da ideação e consumação suicida, sendo *Anna Karenina* indiscutivelmente uma delas.

Anna, mulher intemporal que sofre as consequências das normas sociais e morais estabelecidas, vê-se privada da sua autodeterminação enquanto mulher e ser humano. Uma montanha russa de eventos, catastróficos e evitáveis considerando-se a conjectura da

sociedade da época, define a sua vida e leva-a ao seu desfecho suicidário, sendo possível analisar a sua vida e morte à luz das várias teorias, quer psicológicas quer sociais, acerca do suicídio.

Por fim, a associação do suicídio à *mulher fraca* marca a literatura romântica do século XIX, demonstrando a visão contemporânea acerca do género feminino e o seu tratamento hostil pela sociedade.

Fontes e Bibliografia Final

TOLSTOY, Leo – *Anna Karenina*. Reino Unido: Vintage Classics, 2010.

SARAIVA, Carlos Braz, CEREJEIRA, Joaquim – *Psiquiatria Fundamental*. Portugal: Lidel, 2014.

SARAIVA, Carlos Braz – Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 31: 3 (2010) 185-205.

DURKHEIM, Émile – *O Suicídio*. Portugal: Editorial Presença, 2001.

SHNEIDMAN, Edwin – Ten commonalities of suicide and their implications for response. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 7:2 (1986) 88-93.

GUPTA, Anukriti – *The Death of Anna Karenina. An existentialist reading of Anna Karenina's suicide*.

https://www.academia.edu/7515478/Anna_Kareninas_Suicide (consultado em Abril de 2019)

KLONSKY, E. David, MAY, Alexis M., SAFFER, Boaz Y. – Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 12:1 (2016) 307-330.

HIGONNET, M. – Suicide: Representations of the Feminine in the Nineteenth Century. *Poetics Today*. 6:1/2 (1985) 103-118.

RETRATO DA MARQUESA DE JÁCOME CORREIA

Mariana Mendonça Bettencourt

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Médica Interna de Formação Específica

E-mail: bettencourtmmariana@gmail.com

Resumo

Este trabalho é uma análise da obra de cariz autobiográfico *Amores da Cadela “Pura”*, de Margarida Victória Jácome Correia.

Nesta obra composta por dois volumes, publicada em 1976 e 2006, a Marquesa de Jácome Correia, última musa de Vitorino Nemésio, leva-nos a percorrer a sua vida desde a sua infância no seio da aristocracia abastada da ilha de São Miguel, passando pelas várias relações afetivas frustradas que viveu, incluindo o seu primeiro casamento e subsequente divórcio, após o qual, por imposição da família, foi internada numa Clínica Psiquiátrica, na Suíça.

Mais do que inferir aspetos psicopatológicos ou possíveis diagnósticos a partir da sua narrativa, este trabalho pretende dar a conhecer a sua história, refletindo sobre o impacto do contexto social e cultural na forma como é conceptualizada a doença e o sofrimento.

Palavras-chave: marquesa, loucura, feminino, personalidade, doença

Abstract

This work is an explorative analysis of the autobiographic book *Amores da Cadela “Pura”* by Margarida Victória Jácome Correia.

In this two-volume book, published in 1976 and 2006, the Marchioness narrates her life story, from her childhood, amidst an aristocratic family in the Azorean island of São Miguel, through the several painful and frustrated relationships that she lived, to the late romance with Vitorino Nemésio, portuguese writer and intellectual.

More than trying to place her psychopathology into a diagnostic classification, the aim of this work is to look at the relationship between the social and cultural environment in which she lived and the comprehension of her suffering.

Introdução

O interesse da análise da obra de cariz autobiográfico *Amores da Cadela “Pura”*, de Margarida Victória de Jácome Correia prende-se não só com o carácter peculiar da sua personalidade e a notoriedade das suas relações sociais, mas também com o facto de muitas das suas decisões e comportamentos terem desafiado o *status quo* das diversas sociedades em que viveu e os

bons costumes da aristocracia a que pertenceu. A alguns destes comportamentos a sua família atribuiu um caráter patológico, tendo sob esse pretexto colocado múltiplas limitações à sua liberdade individual. Daí que a leitura desta obra sirva de mote para a reflexão sobre a própria conceção de doença e consequentemente sobre a volátil demarcação dos limites entre o normal e o patológico.

A vida da Marquesa de Jácome Correia

Margarida Victória nasceu a 31 de Março de 1919 em Ponta Delgada, filha de Joana Chaves Cymbron Borges de Sousa e do Marquês de Jácome Correia, historiador e grande latifundiário da ilha de São Miguel. A sua infância foi pautada pela educação rígida e conservadora da família materna e pela ausência do pai, com o qual desenvolveu uma relação de ambivalência afetiva, despertando nela emoções contraditórias. Tal ambivalência foi particularmente evidente no período que se sucedeu à morte dele, quando Margarida tinha 18 anos. Descreve-o como instável, déspota ou neurasténico. Relativamente à mãe, descreve-a como preocupada e exemplar, mas fria e distante, obrigando-a em determinadas alturas a fingir-se doente para receber alguma ternura. Margarida viveu uma infância triste e, com exceção da irmã, isolada dos pares. As relações fora da família eram vistas com desconfiança e limitadas ao estritamente necessário. Encontrou refúgio na natureza, na leitura, na música e na dança. Foi aliás com a dança que percebeu, desde criança, que seria censurada e até punida por qualquer comportamento mais expansivo, pela família e pela sociedade. Desde cedo foi também confrontada com o facto de que as mais importantes decisões familiares eram motivadas pelo medo da crítica social, como foi o caso da reunião dos pais após um longo período de separação. Durante a adolescência revelaram-se dificuldades também nas relações de amizade e amorosas, condicionando períodos de grande sofrimento que motivaram o recurso a diversos médicos, com deslocações a Lisboa.

Alberto foi o seu namorado de adolescência e também primeiro marido, prenúncio das múltiplas desilusões que viria a ter ao longo da vida, no que às relações amorosas diz respeito. Casou com ele aos 18 anos para se libertar do ambiente familiar opressivo em que vivia, depois da morte do pai. Cedo se sentiu defraudada por esta relação, quer pelo distanciamento afetivo entre ambos, quer pelas dificuldades que ela tinha na relação sexual e que a viriam a atormentar durante grande parte da sua vida. Quando ambos concordaram que aquele casamento já não os servia e que deveriam divorciar-se, a família dela decidiu intervir, convencendo-a a ser internada numa Clínica Psiquiátrica na Suíça, para que pudesse repensar a sua decisão. Todo o processo de internamento, viagem para o estrangeiro e as sucessivas

tentativas de alta estavam então dependentes da autorização do marido. Margarida manteve-se firme na sua decisão, mesmo após vários de meses de internamento e diversos tratamentos como psicoterapia e electroconvulsivoterapia. Perante a sua determinação a mãe iniciou um processo judicial para sua interdição, com a pretensão de a impedir de tomar decisões como divorciar-se, casar ou gerir os próprios bens, alegando que estaria mentalmente doente e não teria capacidade de o fazer. Neste período conturbado em que foi mantida internada contra a sua vontade conheceu Aly El Lozy, por quem se apaixonou e com quem viria a casar-se posteriormente e que, tendo alta antes dela, contratou um advogado para a defender. Margarida teve alta da Clínica Psiquiátrica ao fim de um ano, graças à intervenção da cônsul portuguesa na Suíça e na condição de lhe serem atribuídos como tutores legais dois primos com quem se veria obrigada a viver durante vários meses. Apesar de separados há muito, Margarida e Alberto mantiveram-se casados e durante algum tempo não pôde assumir abertamente a sua relação com Aly, encontrando-se os dois de forma secreta. De um desses encontros resultou uma gravidez, cuja progressão Margarida encarou como uma impossibilidade tendo recorrido a uma parteira a fim de ser submetida a um aborto ilegal. Descreve essa experiência como traumática, referindo ter-se sentido dilacerada e esquartejada. Posteriormente procurou um dos poucos médicos que, à data, prescreviam contraceptivos orais. Apesar disso, engravidou novamente de Aly, numa fase em que a relação entre os dois já se encontrava muito deteriorada. Ele tinha-se revelado agressivo, instável e ter-lhe-ia confessado ainda estar apaixonado pela ex-mulher. Apesar disto Margarida estava decidida a casar com ele. Sentia-se em dívida por este a ter ajudado a defender-se quando estava internada e acrescia que o processo de divórcio de Alberto estava em curso e a hipótese de ser mãe sem um marido não se lhe colocava, pois receava as repercussões familiares e sociais que daí pudessem advir. Este receio levou-os a emigrar para Genebra onde viriam a casar logo após ter sido decretado o divórcio de Margarida, pouco tempo antes do nascimento da filha.

Aly e Margarida viveram duas vidas quase independentes, entre a ilha de São Miguel, Lisboa e o Cairo, de onde ele era natural. A partir do momento em que a conheceram os familiares do marido aperceberam-se de que nenhum dos dois estava satisfeito com aquele casamento mas culturalmente não poderiam admitir que se divorciassem. Para eles a solução passava por ambos investirem em relações extraconjugais. Inicialmente chocada com esta ideia, Margarida acabou por se envolver, durante o período em que viveram no Cairo, com Edmond Soussa, um pintor a quem tinha encomendado o seu retrato. Por recomendação deste regressou a Portugal sozinha, com o intuito de ali contratar um advogado e obter o

divórcio, mas não sem antes ser vítima da ira de Aly que a agrediu violentamente quando soube da sua intenção.

Após o divórcio viveu com Edmond em Paris, durante um período entusiasmante de grande enriquecimento cultural. Comprou um luxuoso apartamento em Paris e juntos frequentaram galerias de arte, casas de antiguidades, espetáculos e conferências. Mas este encantamento durou apenas até ter percebido que ele pretendia aproveitar-se da sua fortuna. Margarida perdeu o apartamento e uma parte dos seus bens. Regressou a Portugal sentindo-se ferida, pois tinha-se dissipado a vida que tinha idealizado para si e com ela a pretensão de que poderia compensar a sua incompletude com a arte e a intelectualidade. Mas não foi por isso que deixou de tentar, tendo-se refugiado na amizade com Armando Côrtes-Rodrigues, dramaturgo e poeta micalense, que colaborou na revista *Orpheu*, procurando nele a satisfação das suas necessidades espirituais, através da poesia. No entanto, essa procura cedo se revelou infrutífera e Margarida descreve-o como pouco empolgante. Quando ele se recusou a assumir publicamente a relação dos dois, por medo da reação da Igreja, Margarida insistiu num casamento. Perante a notícia da possibilidade deste terceiro casamento a mãe avançou com novo pedido de interdição. Desta vez Margarida defendeu-se submetendo-se a avaliação por um psiquiatra e um psicólogo, tendo provado em tribunal ser capaz de gerir a sua pessoa e bens. Acabou por casar com Armando Côrtes-Rodrigues como se de uma fatalidade se tratasse, viveram como amigos, a maior parte do tempo separados fisicamente e divorciaram-se ao fim de cinco anos. Na sexta década de vida apaixonou-se por Vitorino Nemésio e mantiveram-se amantes até à morte deste em 1978. Desta paixão resultou o livro de poesia do escritor *Caderno de Caligraphia e Outros Poemas a Marga*. Margarida foi a sua última musa e com ele participou na luta pela autonomia dos Açores após o 25 de Abril. Vitorino foi o primeiro homem que Margarida conseguiu amar sem se anular, atingindo finalmente a completude que até ali procurara.

Reflexão sobre a obra – doença ou circunstância?

Contextualizando histórica e socialmente os episódios vividos por Margarida e o sofrimento deles decorrente não podemos ignorar o papel submisso da mulher no Portugal em que viveu, sendo de realçar o retrocesso que a Constituição de 1933 constituiu no que aos direitos das mulheres diz respeito, introduzindo para o sexo feminino a exceção ao princípio de igualdade constitucional, com base no argumento da diferença biológica mas também com base no argumento ideológico de que deveria prevalecer o *bem da família*. Estão patentes na obra de Margarida Victória algumas das limitações introduzidas à data. Verificamos a

impossibilidade da mulher casada atravessar as fronteiras do país sem o consentimento do marido e percebemos também que decisões como qual a clínica onde deveria ser internada ou quando poderia ter alta eram primordialmente decisões do marido e não da própria. Apesar do medo das repercussões de viver fora do normativo a terem levado a abortar, quando engravidou pela segunda vez nas mesmas circunstâncias, isto é, de um homem que não aquele com quem estava legalmente casada, recusou-se a passar por essa experiência novamente. Aí faz questão de criticar a injustiça de a vergonha e a dor pertencerem apenas à mulher quando a responsabilidade pela concepção é partilhada com o homem. Novamente movida pelo medo das repercussões sociais decidiu sair de Portugal quando a gravidez se tornou evidente.

Dada a hostilidade desta sociedade para com a mulher podemos questionar-nos se outras mulheres que ousaram desafiar as normas não terão sido também consideradas doentes ou desajustadas. E aqui encontramos paralelismo com a história de Maria Adelaide, filha do fundador do Diário de Notícias que aos 40 anos se apaixonou pelo motorista da família, consideravelmente mais novo do que ela. Foi também internada contra a sua vontade, na ala das criminosas do Hospital Conde de Ferreira e ao contrário de Margarida Victória, privada da sua personalidade jurídica, incapaz de gerir a sua pessoa e bens durante vários anos.

Mas, mesmo compreendendo o contexto social em que viveu, inóspito para qualquer mulher que almejasse alguma autonomia, mantém-se a questão se, apesar disto e até parcialmente por causa disto, Margarida esteve doente. Apesar da impossibilidade de uma resposta definitiva, dada a distância que nos separa dos factos e estarmos munidos apenas de uma descrição subjetiva, penso que a reflexão poderá ser o mais importante.

Houve, certamente, muito sofrimento ao longo da vida de Margarida. Não sendo isto necessariamente sinónimo de doença, a verdade é que a própria reconhece na sua vida vários períodos compatíveis com estados de doença incapacitante, que numas vezes identifica como de natureza física e noutras de natureza psicológica. No que à última diz respeito descreve, desde os seus anos mais precoces, períodos incapacitantes que denomina como “crises de nervos” ou “neurastenia”. Em determinados momentos Margarida procurou ajuda médica e se na adolescência um médico generalista lhe disse que não haveria qualquer problema com ela, quando já estava casada com Alberto e recorreu a um psicanalista em Manhattan este propôs-lhe um tratamento psicoterapêutico que deveria durar pelo menos seis meses e que ela não aceitou. Não por não sentir necessidade, mas por não ter sentido confiança no psicanalista. Margarida relata períodos com sintomatologia depressiva importante, inclusivamente com tentativas de suicídio graves. No entanto, a medida de tratamento mais

drástica é-lhe proposta (senão imposta) pela mãe apenas quando Margarida lhe comunica a vontade de se divorciar. Pela forma como é descrito o procedimento, parece não ter havido uma decisão propriamente clínica para o internamento. Podemos colocar a hipótese de que a finalidade deste internamento seria não só a dissuasão da sua decisão, mas também o afastamento da sociedade micalense, evitando qualquer crítica que pudesse recair sobre a família, quer relacionada com o divórcio quer relacionada com a possibilidade de doença mental, altamente estigmatizante. Daí a escolha de uma clínica noutro país. Portanto, mais do que o intuito de tratar uma eventual doença, este internamento visava o isolamento e a preservação do bom nome da família, em concordância com valores daquele particular estrato social. Lembremo-nos de que estamos a falar de uma família aristocrática conservadora, inserida numa sociedade extremamente religiosa e arcaica, num país em que à data o casamento era indissolúvel e estavam proibidos de voltar a casar todos os casados pela igreja que se separassem. Podemos questionar se Margarida não teria tido um percurso menos tortuoso se tivesse nascido e vivido num tempo e lugar de maior justiça e igualdade para a mulher e embora a resposta tenda para o sim, temos de ponderar a influência de outros fatores que não o contexto sociocultural na génese do seu sofrimento.

Importa por isso destacar algumas características da sua personalidade, fazendo a ressalva de que são inferidas a partir da sua descrição autobiográfica e por isso podem carecer de objetividade. Até porque uma das primeiras características tem a ver com a perceção pouco clara que tinha de si própria, vivendo desde cedo com a ideia de que seria anormal ou diferente dos seus pares. Há um sentimento que vai sendo constante ao longo da sua vida e que descreve como uma sensação de incompletude e de vazio, há também um predomínio dos afetos negativos em contraste com a sua postura expansiva e alegre, principalmente em contextos sociais. Margarida tinha noção desta alternância de estados de ânimo e explicou-a da seguinte forma: “tinha necessidade de expansão, para me esquecer dos momentos horríveis da minha vida íntima” e salientou que essa exuberância e alegria eram vividas como fictícias. Margarida descreveu-se como uma mulher de grande sensualidade que atraía a atenção dos homens mas que paradoxalmente se debatia com grandes dificuldades na sua vida relacional em termos de relações familiares e de amizade mas principalmente no que às relações amorosas diz respeito, com grande ênfase nas dificuldades da esfera sexual, tendo desenvolvido mesmo um pavor às relações sexuais. Quando o conseguiu ultrapassar percebeu que não tinha de qualquer forma interesse na relação sexual, algo que só mudou quando conheceu Vitorino, aos 54 anos e finalmente obteve aquilo que tivera procurado em todas as outras relações: a meiguice, a ternura, o interesse e a admiração. Até aí sentia-se

diferente das outras mulheres, incompleta, presa numa série de relações que não a satisfaziam, chegando mesmo a ser agredida fisicamente.

Correndo o risco de atribuir um diagnóstico num contexto em que ele é pouco útil, poderíamos colocar a hipótese de Margarida ter uma série de traços disfuncionais da personalidade, provavelmente enquadráveis numa Perturbação da Personalidade. Esta categoria diagnóstica refere-se a um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa determinada cultura, que é estável ao longo do tempo e que gera mal-estar ou incapacidade.

A discussão sobre a categorização das perturbações da personalidade como doença não é consensual e tem variado com as diferentes classificações diagnósticas. O facto de serem definidas tendo em conta o que é expectável culturalmente pode ser perigoso se não se tiver em consideração toda a definição nosológica. Períodos da história em que o homem decidiu moldar à sua vontade e para seu proveito os limites entre o normal e o patológico foram períodos negros de abuso de poder. Quando se fala de Perturbações da Personalidade e de doença psiquiátrica, não se pode considerar apenas o comportamento desviante da norma, sob pena de penalizarmos a diversidade, força motriz da evolução natural e civilizacional. Importa também perceber se esse afastamento do que é esperado é gerador de sofrimento quer no próprio quer nos que o rodeiam para que se possam oferecer formas de o minorar. Analisando a sua autobiografia podemos colocar a hipótese de Margarida se ter tratado de uma pessoa com uma provável vulnerabilidade genética, sujeita a um ambiente familiar e social adverso, que desenvolveu traços desadaptativos da personalidade que lhe causaram grande sofrimento e condicionaram períodos importantes de doença, que poderiam ter beneficiado de intervenção terapêutica visando uma diminuição do seu sofrimento.

Conclusão

Não obstante todo o sofrimento por que passou, Margarida Victória manteve-se quase sempre funcional e capaz de atingir os objetivos que almejou e que justamente podemos classificar como ambiciosos. Apesar de referir que sempre se sentiu como um autómato, a viver a vida de outra pessoa, foi capaz de viver fiel aos seus princípios orientadores e defendeu os valores nos quais acreditava, mesmo para além dos limites da sua vida pessoal. Para isso, lutou contra a família, contra as normas vigentes nas diferentes sociedades em que viveu e contra os homens de quem inevitavelmente dependia. Poderíamos dizer que lutou contra si mesma nos períodos de doença, mas a luta que travou foi principalmente contra as circunstâncias que lhe foram impostas.

Bibliografia

VICTÓRIA, Margarida; *Amores da Cadela “Pura”*, Confissões da Marquesa de Jácome Correia, Lisboa, Bertrand Editora, 1976, vol.1.

VICTÓRIA, Margarida; *Amores da Cadela “Pura”*, Confissões da Marquesa de Jácome Correia, Lisboa, Bertrand Editora, 2004, vol.2.

DIAS, Fátima Sequeira, *Os Açores na História de Portugal - Séculos XIX-XX*, Lisboa, Livros Horizonte, 2008.

PIMENTEL, Irene — A situação das mulheres no século XX em Portugal.

Link:<https://caminhosdamemoria.wordpress.com/2008/07/07/a-situacao-das-mulheres-no-seculo-xx-em-portugal-1/> (consultado a 19 de setembro de 2019)

GONZAGA, Manuela; *“Doida não e não!” Maria Adelaide Coelho da Cunha*, Chiado, Bertrand Editora, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Washington DC, 2013.

O MONTE DOS VENDAVAIS: CONSTRUÇÃO, GÉNERO E PSIQUE

Patrícia Azevedo¹; Ana Silva Pinto²; Pedro Sousa Martins³

¹Hospital de Magalhães Lemos

²Centro Hospitalar Universitário do Porto

³Unidade Local de Saúde do Nordeste

Emails: patriciaazevedo@hmlemos.min-saude.pt;

anasilvapinto@chporto.min-saude.pt; pedro.martins@arsnorte.min-saude.pt

Resumo

Os autores propõem uma interpretação da obra literária “O Monte dos Vendavais” através de uma perspetiva fenomenológica das personagens do género feminino, sobretudo considerando o estado limite em que muitas vezes se encontram, entre a sanidade/realidade e a insanidade/irrealidade. Procura-se ainda constituir uma possibilidade de maior entendimento da construção deste universo particular através de uma lente psicanalítica que possa contribuir para a vasta análise literária já existente desta obra seminal. A abordagem desenvolver-se-á de forma a integrar a obra na sua época, em particular no contexto das mulheres e da autora. Através da criatividade poética de Emily Brontë, propomos uma viagem entre a história, o género e a loucura.

Palavras-chave: Literatura, Criação e Género; Fenomenologia e Psicanálise

Abstract

The authors propose an interpretation of the literary work “Wuthering Heights” through a phenomenological perspective of the female characters, especially considering the limit state in which they are often found, between sanity / reality and insanity / unreality. It is also sought to constitute a possibility for a greater understanding of the construction of this particular universe through a psychoanalytical lens that can contribute to the vast literary analysis already existing in this seminal work. The approach will be developed in order to integrate the work in its time, particularly in the context of women and the author. Through Emily Brontë's poetic creativity, we propose a journey between history, gender and madness.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo enquadrar a génese da obra “Monte dos Vendavais” à luz das vivências da sua autora, demarcada autisticamente do vitorianismo vigente. Os

autores procuram realçar três personagens femininas da trama – Catherine Earnshaw, Isabella Linton e Cathy Linton, estabelecendo uma ténue linha entre o normal e o patológico, a sanidade e a loucura e como estes conceitos são impregnados pelos juízos sócio-culturais. Estabelece-se, ainda, uma correlação entre cada personagem e suas características analisáveis pela lente psicodinâmica, nomeadamente mecanismos de defesa e estruturas da psique humana.

Discussão

Emily Brontë nasceu a 30 de Julho de 1818. Era uma mulher invulgar, extremamente reservada e pouco sociável, com poucos amigos fora do seu ambiente familiar. Passava muito tempo com os animais, nos montes e não era apreciadora da agitação citadina. Fisicamente era ágil e graciosa, a mais alta dos seis filhos Brontë (quinta de uma fratria de seis). Alimentava-se parcamente e havia períodos em que passava fome, sobretudo quando se encontrava triste ou contrariada. Perseverante e determinada, tinha crenças religiosas pouco convencionais, raramente frequentando a Igreja. A sua teimosia e força permaneceram até ao fim, tendo-se recusado a receber cuidado médico e descanso, acabando por falecer de tuberculose; nas palavras de sua irmã Charlotte: “*stronger than a man, simpler than a child, her nature stood alone*” (*mais forte do que um homem, mais simples do que uma criança, a sua natureza era única*).

Viveu durante o período de reinado da Rainha Vitória, no Reino Unido, entre 1837 e 1901. Durante este período—a Era Vitoriana—, o progresso das ciências, o crescimento do comércio e o questionamento religioso reflectem-se em todas as camadas sociais. Há, no entanto, uma forte resistência ao novo: o puritanismo, o fundamentalismo religioso, a repressão intelectual e sexual são as principais consequências do processo evolutivo vigente. O domínio masculino era uma constante tanto em espaços públicos como em privado, e as mulheres deviam ser submissas e dedicar-se em exclusivo à manutenção do lar e à educação dos filhos. O sexo era alvo de repulsa social e considerava-se que a castidade era uma virtude que devia ser protegida. A mulher vitoriana não sonhava ser independente ou realizar grandes feitos para a sociedade; o seu grande objectivo era a produção de herdeiros ao seu marido e, para isso, submeter-se-ia ao desejo dele. A relação sexual era o único meio de honrar o marido com filhos, embora a mulher não tirasse qualquer prazer de tal acto. A religiosidade era outro aspecto no qual a dama vitoriana era impecável, lendo a bíblia e decorando passagens que citaria ao marido e filhos. A insatisfação da mulher, em qualquer circunstância, era considerada um distúrbio da ansiedade.

Entre 1845 e 1846, Brontë escreve *O Monte dos Vendavais* (*Wuthering Heights*, no título original), que é publicado em 1847 sob o seu pseudônimo Ellis Bell. Trata-se do único romance escrito por Emily Brontë. Embora hoje em dia pertença ao cânone clássico da literatura Inglesa, as críticas contemporâneas à sua publicação não foram unanimemente positivas: era, afinal de contas, uma obra que fazia frente aos ideais vitorianos vigentes, à desigualdade de gêneros, hipocrisia religiosa e classes sociais estritas.

Segundo a trama do romance, nos últimos meses de inverno de 1801, um homem chamado Lockwood aluga uma mansão, a Granja de Thrushcross, numa charneca isolada em Inglaterra. Conhece Heathcliff, seu senhorio, homem rico que habita na antiga mansão do Monte dos Vendavais, a seis quilômetros da Granja. Lockwood pede à sua governanta, Nelly Dean, que lhe conte a história de Heathcliff e restantes habitantes da mansão.

O patriarca da família Earnshaw faz uma viagem e, ao retornar, traz consigo um pequeno órfão—Heathcliff. Rapidamente, toda a afeição que o patriarca lhe demonstra causa ciúme ao seu filho, Hindley. Catherine, a irmã de Hindley, afeiçoa-se a Heathcliff. Assim que o Sr. e a Sr.^a Earnshaw morrem, Hindley sujeita Heathcliff a várias humilhações. Apesar do amor entre ele e Catherine, esta decide casar-se com Edgar Linton, homem rico e com estatuto social elevado. Heathcliff parte então do Monte dos Vendavais e regressa posteriormente rico e decidido a encetar a sua vingança contra Hindley e a família Linton. O seu plano começa pelo casamento com a irmã de Edgar, Isabella.

Catherine engravida de Edgar e acaba por morrer durante o parto. A filha do casal chama-se Cathy. Com o passar do tempo, Isabella lamenta ter-se casado com Heathcliff e, quando descobre que está grávida, decide abandoná-lo. Enquanto está longe, dá luz a um menino a quem dá o nome de Linton.

Hindley acaba por perder todos os seus bens para Heathcliff, como consequência de dívidas de jogo e um problema de alcoolismo crescente. Após a morte de Hindley, Hareton Earnshaw é criado por Heathcliff, que faz questão de o impedir de alfabetização e o destina a trabalho de campo. Antes da morte de Edgar, Heathcliff casa Linton e Cathy.

Quando Linton morre, Heathcliff apresenta um testamento onde o seu filho lhe passava todos os bens. Pensando ter como concluída a sua vingança, Heathcliff vê nos últimos descendentes das casas da Granja e do Monte dos Vendavais o olhar de seus antepassados e a paixão entre os dois, falecendo ultimamente sozinho em sua loucura e solidão. Como último desejo, é enterrado junto com Catherine Earnshaw. Desde esse dia, muitos são aqueles que dizem avistar um casal vagueando pelas charnecas do Monte.

Coloque-se o foco em três personagens do romance — Catherine Earnshaw, Isabella Linton e Cathy Linton.

Catherine Earnshaw cresce no Monte dos Vendavais junto de Heathcliff, por quem se apaixona. É uma jovem de espírito livre, ambiciosa e intensa nos seus sentimentos e expressões. Contudo, durante a adolescência, depara-se com um conflito quando fica dividida entre o amor por Heathcliff e a atração por Edgar Linton, alimentada pela posição social que representa: *“degradar-me-ia casar com Heathcliff, ele nunca saberá como o amo (...) se tudo desaparecesse e ele permanecesse, eu continuaria a existir... eu sou Heathcliff”*. Verifica-se na personagem a simbologia do *ego*: Catherine cresceu brincando livremente na charneca, sem preocupação com as regras. Após conhecer Edgar Linton, depara-se com um conflito entre os sentimentos e a necessidade da ascensão social (o *ego* moderando as pressões entre *id* e *superego*); mais tarde na trama, age igualmente como moderadora entre Heathcliff e Edgar Linton, tentando que convivam harmoniosamente. São notórios os mecanismos de defesa que se identificam na personagem: ao decidir casar com Edgar Linton, Catherine nega os seus sentimentos, considerando fazer a coisa certa, negando ter de abdicar dos dois. Nas passagens *“Se eu casar com Heathcliff, ajudá-lo-ei a subir e pô-lo fora do domínio do meu irmão”* e *“Mais depressa todos os Linton da Terra se derreteriam em nada do que eu consentiria em abandonar Heathcliff”*, as ações podem interpretar-se como se tratando de negação e sublimação.

Catherine nunca admite que o seu casamento foi um erro e que é infeliz. Contudo, nos seus sonhos são refletidos os medos inconscientes e recalcados: *“sonhei que estava no céu mas não parecia ser a minha casa e eu despedaçava o coração a chorar (...) os anjos estavam tão zangados que me atiravam para a Terra, para o Monte dos Vendavais, onde acordei a soluçar de alegria”*. Após o regresso de Heathcliff, Edgar pressiona-a a escolher entre os dois. Tendo falhado da primeira vez, Catherine depara-se novamente com o sentimento recalcado de que a sua escolha fora um erro, e não consegue viver sem ter os dois homens, o que precipita uma crise histórica, alheando-a da realidade e precipitando a sua morte, por exaustão psicológica e física, durante o parto. A morte acaba por ser a única saída que deseja, uma vez que assim não tem de realizar escolhas. É também identificável o mecanismo de projecção: *“tu e Edgar despedaçaram-me o coração (...) e vindes agora queixar-vos do facto a mim como se fôsseis vós a merecer a compaixão! (...) Tu mataste-me e prosperaste com isso...”*, ao que devolve Heathcliff: *“Nem a miséria, nem a degradação, nem a morte nem nada que Deus ou Satanás pudessem infligir nos teria conseguido separar. Tu, por tua própria vontade fizeste-o. Tu despedaçaste o teu coração e, ao fazê-lo, despedaçaste o meu”*. Como representação de Emily Brontë, Catherine é uma mulher que deseja independência e

liberdade, mas é condicionada pela tradição e moralismo vitorianos. Não podendo ser ela própria e não conseguindo resolver o conflito entre o que deseja e o que lhe é imposto, foge da inevitável escolha em *acting-out* e adoece.

Isabella Linton, irmã de Edgar, nasce e cresce na Granja de Thrushcross. Torna-se próxima de Catherine quando esta casa com o seu irmão. Durante a infância despreza Heathcliff, mas quando este regressa, apaixona-se por ele. Tal não é bem recebido por Catherine; Heathcliff aproveita-se do amor de Isabella para se vingar do velho rival. Isabella é tão frágil quanto Catherine é forte, tão convencional quanto Catherine é inconventional. O estudo da personagem permite-nos identificar igualmente alguns mecanismos de defesa. Fruto do recalçamento e também do seu desenvolvimento pessoal, Isabella foge para Londres, onde vem a ter o seu filho, Linton Heathcliff (*“Cuidado, não diga uma palavra disto a ninguém da Granja”*).

Isabella projeta os seus sentimentos em Heathcliff, que acaba por os utilizar a seu favor.

Cathy Linton é filha de Catherine Earnshaw e Edgar Linton. Herda a beleza, determinação, teimosia e impulsividade da mãe, tornando-se uma mulher mais gentil pelas influências do pai e de Ellen Dean. Mãe e filha podem ser entendidas como o desenvolvimento de uma única personalidade. Cathy Linton assume uma posição integradora do *id*, *ego* e *superego*, evidenciando traços temperamentais da mãe, elaborados pela educação que recebe e pelas suas vivências. O seu papel é unificador e a personagem tem um maior desenvolvimento quando derruba os seus próprios preconceitos e se aproxima e apaixona por Hareton Earnshaw.

**

Ao longo da obra, as mulheres vão revelando não só os papéis sociais de género expectáveis naquele contexto específico, muitas vezes castradores dos seus verdadeiros eus. A autora, de forma exímia, deixa transparecer de forma inegável as emoções destas mulheres, nas dualidades de resignação/frustração e revolta/raiva. Assim vão sendo descritos os seus papéis, necessariamente submissos, objetificadas e feitas reféns do seu estatuto social, com o casamento como base para as restantes possíveis aspirações. A autora denota uma visão em que as questões de género assumem um carácter transversal às classes sociais, podendo também ter uma vertente de crítica à sociedade patriarcal.

A linha que separa a normalidade da psicopatologia é ténue, sendo que na obra se observa uma estabilidade psíquica periclitante nestas mulheres, assoladas pelas obrigações da sociedade que reprimem os seus sentimentos e desejos, sobretudo considerando o estado limite em que muitas vezes se encontram entre a sanidade/realidade e a

insanidade/irrealidade—podendo a loucura constituir-se com uma fuga possível e desejável. Diz Catherine Earnshaw: “*Meu amor por Heathcliff é como as rochas eternas que ficam debaixo do chão; uma fonte de felicidade quase invisível, mas necessária. Nelly, eu sou Heathcliff. Sempre, sempre o tenho em meu pensamento. Não como um prazer, porque eu também não sou um prazer para mim própria, mas como o meu próprio ser*”; nas palavras de Heathcliff: “*Mesmo que ele a amasse com todas as forças do seu mesquinho corpo, nem em oitenta anos a amaria tanto quanto eu a amo em um dia. E Catherine tem o coração tão profundo quanto o meu; seria mais fácil o mar caber todo dentro desta vasilha do que todo amor dela ser monopolizado por ele*”.

Conclusão

O Monte dos Vendavais é uma história de amor, de ódio e de vingança. Retrata a história de um amor que se transforma avidamente em obsessão, em sadismo e em masoquismo. Poderá o amor, em certas circunstâncias, tornar-se um fenómeno psicopatológico?

Em tom de epílogo, as palavras da canção de Kate Bush, inspirada no romance:

*Out on the wiley, windy moors
We'd roll and fall in green
You had a temper like my jealousy
Too hot, too greedy
How could you leave me
When I needed to possess you?
I hated you, I loved you, too
Bad dreams in the night
They told me I was going to lose the fight
Leave behind my wuthering, wuthering
Wuthering Heights
Heathcliff, it's me, I'm Cathy
I've come home, I'm so cold
Let me in through your window*

Fontes e Bibliografia

ABDULKAREEM, Ala'a — *A Psychoanalytical Reading of Emily Brontë's Wuthering Heights: an analysis of the defense mechanisms of some characters*. Master's degree thesis in literature, Dalarna, 2011.

BARKER, Juliet — *The Brontës*. New York: St Martins Press, 1994.

BRONTË, Charlotte — *Biographical notice of Ellis and Acton Bell*. Londres: Thomas Cautley Newby, 1850.

BRONTË, Emily — *O monte dos Vendavais*. Lisboa: Editorial Presença, 2009.

GAO, Shumei — *Id, Ego, Superego: an analysis of Wuthering Heights*. Masters Programs in Comparative Literature, 2006.

MONTEIRO, Maria Conceição — Figuras Errantes na Época Vitoriana: A Preceptora, a Prostituta e a Louca. *Revista Fragmentos*. 8:1(1998).

NUSSEY, Ellen — Reminiscences of Charlotte Brontë. In OREL, Harold— *The Brontës. Interviews and Recollections*. London: Palgrave Macmillan, 1871. p 18-31



Melancholia I, de Albrecht de Dürer. Gravura de 1514

A MELANCOLIA NA *PRAXIS* INQUISITORIAL

Adília Fernades

CITCEM-FLUP

Investigadora integrada

Email:adiliabfernandes@gmail.com

Resumo

A nossa reflexão incide no problema da loucura no seio da Inquisição, identificada, aqui, com a melancolia. Podemos inferir que se revela como um conjunto de comportamentos não normativos, exacerbados pela epistemologia inquisitorial da suspeita de culpa herética. Tais pressupostos são ilustrados com a análise do processo do Santo Ofício respeitante a uma mulher, Violante Gomes, que ocorre de 1620 a 1625.

Palavras-chave: Loucura; Melancolia; Inquisição; Século XVII

Abstract

Our reflection focuses on the problem of madness within the Inquisition, identified here with melancholy. We can infer that it is revealed as a set of non-normative behaviors, exacerbated by the inquisitorial epistemology of suspected heretical guilt. Such assumptions are illustrated with the analysis of the Holy Office process concerning a woman, Violante Gomes, which occurs from 1620 to 1625.

Keywords: Madness; Melancholy; Inquisition; Seventeenth Century

Introdução

O debate sobre melancolia, estabelecido entre teólogos e médicos, nomeadamente, nos séculos XVI e XVII, confronta o saber herdado da Antiguidade com os fundamentos da fé católica. Sob o predomínio da doutrina cristã e da atuação da Inquisição, a melancolia, como transtorno mental, surge como sinónimo de loucura e a sua presença pode ser um sinal de punição divina pela ausência de Deus. Neste sentido, a melancolia tem um particular peso no direito inquisitorial, *corpus* doutrinário cuja essência é de carácter religioso. O processo da Inquisição, que aqui analisamos, respeitante a Violante Gomes e ao século XVII, evolui da acusação de judaizante para a de melancólica, realidade que se manifesta após a sua entrada nas cadeias do Tribunal do Santo Ofício, de Lisboa.

Melancolia – aproximação a um conceito plural

A melancolia emerge da *Teoria humoral hipocrática*, nascida no século V a. C., como resultado do excesso da bÍlis negra (um dos humores que governam o temperamento humano)¹. É objeto central de tratados médicos, filosóficos, canónicos, monásticos, demonológicos, éticos e estéticos, diversidade de abordagens que comprova a dificuldade em defini-la e que revela a multiplicidade das suas manifestações, afetas à fisiologia corporal e às faculdades do espírito. A sua compreensão motiva teorias e obras insertas num universo literário, no qual a tradição científica coexiste com discursos de teor mágico e religioso, particularmente, o cristão. Assim, entre os pensadores clássicos, é sintoma de loucura com Hipócrates; de “furor divino” com Platão, em *Fedro*; de genialidade, com Aristóteles e o *Problema XXX*; de “afeção da alma”, segundo Séneca, que a denomina de *taedium vitae*. No século XII, em plena Idade Média, surge na obra *Philosophia Mundi* (1150), do filósofo escolástico Guilherme de Conches, como “destempero da Humanidade”. Com o sacerdote italiano Francesco Maria Guazzo, no *Compêndio das bruxas*, de 1608, é “doença do absoluto” e “criação do diabo nas consciências mais sensíveis”, trabalho que exemplifica o peso desta perceção na Idade Moderna.

A síntese das posições da esfera científica e da religiosa, aparentemente divergentes, é testemunhada pela obra *De vita triplici*, do médico e filósofo italiano Marsilius Ficinus, de 1489, a qual consuma a ligação entre os conceitos de génio, melancolia e loucura. Do mesmo modo, o médico andaluz Andrés Velásquez, no *Livro da melancolia*, de 1585, indaga sobre as formas melancólicas (causas e efeitos) em relação com o funcionamento do cérebro, não excluindo a ingerência de Deus ou do demónio nas suas teses. O teólogo Robert Burton publica, em 1621, *A anatomia da melancolia*, onde recolhe o conhecimento produzido desde a Antiguidade até então. Assim, podemos encontrar, aqui, as “filosofias de Aristóteles e Ficino, as personagens de Shakespeare, os *insights* médicos de Hipócrates e Galeno, os impulsos religiosos da Igreja medieval e renascentista e as experiências pessoais de doença e introspeção”². Assinala, que face a uma fé não complacente, surgem emoções de desânimo e de medo com repercussões sobre o corpo, condições que, associadas, se traduzem em melancolia. A “cura”, para Burton, exige a intervenção médica e a divina.

Deste modo, os princípios da religião e da ciência não se opõem nem se excluem na linha de pensamento medieval sobre a melancolia, condição que permanece no Renascimento e na época barroca. No debate entre teólogos e médicos, as explicações confrontam-se com a

¹ DANDREY, Patrick – Anthologie de l’humeur noire. Paris: Gallimard, 2005.

² SOLOMON, A. – O demónio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, p. 279.

perspetiva científica e com os fundamentos da fé católica, coincidindo uns e outros nas consequências desse mal: perturbações físicas e mentais¹.

Melancolia, no uso quotidiano, é sinónimo de loucura e, enquanto enfermidade da alma, passa a ser entendida como um pecado, já que o seu aparecimento é castigo divino pelo afastamento de Deus. Daí, que o predomínio da autoria das reflexões pertença aos teólogos, em particular, na segunda metade do século XVI, fruto da onnipresença da Igreja. Esta conceção tem, em S. Tomás de Aquino (1225-1274), um dos seus mais distintos representantes. Neste século, dá-se a expansão da Inquisição, instituição política e religiosa que assume, como fundamento dogmático, a defesa da fé e da disciplina da Igreja Católica, através da perseguição aos hereges, aqueles cujas condutas, ideias e crenças são alheias à fé católica e à disciplina da Igreja. A heresia corresponde ao crime de lesa majestade, que não prescreve nem com a morte. Esta aceção consta do *Código Teodosiano*, do ano 407, que conforma, em primeiro lugar, a atuação inquisitorial.

O Tribunal do Santo Ofício recorre a um peculiar carácter jurídico, que não assenta num documento específico formal. Os inquisidores servem-se de fontes jurídicas, romanas ou canónicas, de obras não jurídicas, como textos sagrados, e daquelas de autores de atestada autoridade. O procedimento normativo inclui, ainda, cartas régias e diretrizes emitidas pelo papa, depoimentos de testemunhas e denunciante.

A partir do século XVI, uma grande profusão de diretórios e manuais aplica o saber nesta área a questões inquisitoriais, como *Directorium Inquisitorum*, do dominicano e inquisidor catalão Nicolai Eymerich, de 1316, obra que alcança o maior número de reedições no século XVI. É a primeira codificação de textos sobre as práticas relacionadas com o aparato repressor da Igreja, nomeadamente, daqueles que recaem sobre a perversão que radica na heresia. Torna-se guia do tribunal da Inquisição, tal como a obra dos dominicanos alemães, Henry Kramer e Jacob Sprenger, *Malleus Maleficarum*², de 1486, verdadeiro manual de identificação de hereges. A obra incide nas mulheres, entendidas como capazes de instalarem todas as desordens no mundo. São sujeito preferencial da Inquisição, que penaliza “as melancólicas, as que se disciplinam excessivamente e de modo ostensivo, as visionárias, as milagreiras, as extáticas, as heterodoxas, as solicitadas (em confissão) e as lusas ou iluminadas (em contacto com o Espírito Santo)”³.

¹ ROBINSON, Daniel N. – *Wilde Beast and Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

² Título traduzido em português como O Martelo das Feiticeiras, obra patrocinada pela Inquisição.

³ LORA, José L. Sanchez – *Mujeres, Conventos y Formas de la Religiosidad Barroca*. Madrid: Fundacion Universitaria Espanola, 1988.

Remetendo alguns destes tipos para a clausura, admitimos a designação de melancolia como “doença do convento”, que Teresa de Ávila regista em *O Livro das Fundações* (1573-1582). O convento desafia a santidade, porque, face à impossibilidade de ser alcançada a perfeição, é via para a desolação do espírito, logo, para as falsas manifestações do divino e para a vulnerabilidade às tentações diabólicas. No mesmo sentido, surge a acédia ou “demónio do meio-dia”, nome que “o padre do deserto”, Evágrio Pôntico, faz constar no *Tratado Prático*, do século IV, acrescentando que este mal, vivido pelos anacoretas, penetra nos mosteiros afetando as almas. O eremita João Cassiano, nas *Instituições Cenobíticas*, obra do século V, alega que pela acédia cessa a vida espiritual do monge, restando-lhe a esterilidade e o vício. A acédia, ou acídia, integra a lista dos oito *logismoi* – maus pensamentos – que culminam nos sete pecados capitais da tradição católica, ao lado da gula, luxúria, avareza, tristeza, cólera, glória vã e orgulho¹.

A Inquisição tem dificuldade em gerir casos de suspeita de insanidade. A perceção e avaliação dos sinais – comportamentos, testemunhos – por natureza, imprecisos, exige cuidada atenção dos inquisidores para perceberem se estão perante loucura verdadeira ou fingida, possessão demoníaca ou falsos arrebatamentos místicos, isto é, perante doença natural ou sobrenatural. Tratando-se da melancolia, o Santo Ofício tenta provar a presença do diabo e do pecado, em particular, a partir do uso da blasfémia. Comprovada essa presença, aplica castigos corporais, podendo chegar ao limite da morte na fogueira. O recurso à pena capital promove a colaboração com o poder secular, dada a proibição de derramamento de sangue por membros da Igreja.

Se os interrogatórios ou testemunhos suscitam dúvidas, médicos e clérigos procuram as causas naturais das reações mórbidas da pessoa desequilibrada. O direito inquisitorial aceita o arrependimento, dando prioridade à emenda do pecador, concomitantemente, à sua salvação espiritual e física – recurso de cariz religioso e doutrinário –, atende às circunstâncias específicas em que pecou, impondo, em julgamento, medidas proporcionais às fraquezas do ser humano. Os inquisidores são misericordiosos com os arrependidos e intolerantes com os reincidentes que castigam, em autos-de-fé, com degredos, morte pela fogueira e outras punições.

A loucura é considerada, já no Direito Romano, como inimputável, conceção presente nos textos legais da Inquisição, como no *Repertorium inquisitorum pravitatis*, publicada em 1494, pelo jurista valenciano, Miguel Albert. No regimento do Santo Ofício português, de 1613, lê-se

¹ THEUNISSEN, Michael – Anteproyectos de modernidad: antigua melancolía y acedia de la Edad Media. Valencia: Náyade, 2005.

que aquele que sofre de transtorno mental não padeça qualquer pena corporal, voltando para a família ou sendo transferido para um hospital, transcorridos dois anos na prisão¹. No de 1640, estas normas mantêm-se na sua essência, porém, a partir desta data, o médico do cárcere deve seguir de perto as atitudes do acusado.

No Hospital Real de Todos os Santos existe, pelo menos desde meados do século XVI, uma ala para doentes mentais, recuando ao último quartel do século XIV, a implantação de hospitais diferenciados para estas situações, instituições que se multiplicam nas duas centúrias seguintes.

O processo da Inquisição de Violante Gomes²

Em 1620, Violante Gomes, natural de Alcobaça, cristã-nova, casada com Duarte Lopes, rendeiro do convento de São Bernardo, encontra-se presa nos calabouços da Inquisição de Lisboa, por denúncia de práticas ligadas ao Judaísmo, a heresia que mais solicita o empenho dos inquisidores³. As *Constituições diocesanas*, instrumento jurídico-pastoral, estimulam a denúncia como obrigação de todo o cristão em nome da preservação da “pureza da fé”, numa posição de subordinação do episcopado ao Santo Ofício, o decisor supremo⁴. Não denunciar é favorecer a heresia e tornar-se suspeito de ser herege. A suspeita ou indício de delito é a estrutura básica do processo inquisitorial.

Elementos da família de Violante Gomes são perseguidos e encarcerados por “ordens dos ofícios”, anteriormente ao seu processo. Um deles, António Gomes, lente de prima de medicina da Universidade de Coimbra, é preso na corte de Madrid onde reside.

Em março de 1619, “nas pousadas do Doutor Dom Manuel Pereira inquisidor apostólico visitador nas coisas da fé”, André Luís, cristão velho, natural de Oleiros, termo da vila de Porto de Mós, apresentara-se como denunciante “por descargo de sua consciência e por conselho de seu confessor, o qual lhe disse que se não viesse a dizer tudo isto a esta mesa que era excomungado”. Outras testemunhas repetem estas acusações, que Violante Gomes nega nos vários interrogatórios a que é sujeita na casa do despacho do Santo Ofício, alegando viver como boa cristã. Contudo, vem a confessar que observa a Lei de Moisés, pelo que é declarada “herege, apostata, pertinaz, negativa e impenitente”. Incorre em sentença de

¹ BRAGA, Paulo Drumond – “*Nam paressia ser muito certo no juízo e capassidade*. Réus, doenças psíquicas e inquisição”. In: *Lusíada História*, n.º 8, 2011, [pp. 243-258], pág. 249.

² Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Tribunal do Santo Ofício, *Processo* n.º 5133 (1620-1625), PT/TT/TSO-IL/28/06915.

³ TAVARES, Maria José Pimenta Ferro – *Judaísmo e Inquisição*. Estudos. Lisboa: Presença, 1987.

⁴ PAIVA, José Pedro Paiva – *O enlace entre a Inquisição e os bispos em Portugal (1536-1750)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 39.

excomunhão maior, sendo-lhe confiscados todos os bens e relaxada à justiça secular, enquanto não mostrar reincidência. Posteriormente, afirma ter mentido para fugir à morte, e que reforçara a crença na doutrina da Igreja desde o último perdão geral concedido aos cristãos novos (1605), deixando de “fazer coisas de judia”. Fica absolvida.

Paralelamente, os inquisidores debruçam-se sobre a reputação de louca difundida sobre ela. São informados “dos ódios, inimizades e malquerenças”, consequentes de questões de heranças que originam “capitais inimigos”. Permanecem durante 25 anos, estendendo-se ao período em que se realiza o julgamento. Deste contexto, pode decorrer essa fama. Comprometidos com o combate à “herética pravidade e apostasia”, em outubro de 1622, os inquisidores apostólicos mandam perguntar, individualmente, a “cinco ou seis testemunhas, pessoas cristãs velhas, sem suspeita, antigas, e que da dita Violante Gomes tenham boa notícia, que digam e declarem o que sabem de seu juízo e capacidade, e se durante a sua prisão tinha alguma lesão, ou fraqueza nele, ou lúcidos intervalos, por cujo respeito falasse despropósitos e desvarios; ou se em outro algum tempo de sua mocidade para cá foi notada de lesa no entendimento e juízo”.

Entre as testemunhas, Frei Remígio da Assunção, do mosteiro de Alcobaça da Ordem de São Bernardo, reconhece que “não via nela nenhum defeito de juízo nem lesão no entendimento”, culpando os parentes de lhe atribuírem alucinações e fama de “desassissada”. Em todo o caso, ressalva que esta situação exige a cautela e a diligência que permitam inferir que a “doença” de Violante Gomes é ou não real. Conclui “que pelo tempo adiante, quando ela imaginar que se descuidam de sua doença se irá descuidando de a fingir e é certo que a finge”.

Violante Gomes retorna à cadeia, face aos rumores de dissimular a sua estranha conduta. Aqui, o seu comportamento remete para a insanidade, admitindo, mesmo, estar doida. Entre gestos de violência e de provocação, garante que a rodeiam pintores que querem retratá-la, tal como fazem a todos os condenados à fogueira, “onde morrem inocentes e mártires santos”. Finalmente, depois de cinco anos passados entre médicos e eclesiásticos, os inquisidores concluem que sofre de melancolia com frenesis, teimas e paixões advindas da fraqueza de entendimento, pelo que os remédios administrados não a haviam curado. Libertam-na em 1625, entregando-a à família sob a recomendação de uma estreita vigilância, porque persiste a suspeição de Violante Gomes fingir ser louca.

Conclusão

Percorrer a longa trajetória do conceito de melancolia, desde a Antiguidade até à época moderna, é constatar que o discurso da Igreja, atravessado pelas crenças demoníacas, tão caras à Inquisição, atenua o aprofundamento da explicação científica. No século XVIII, médicos como William Cullen (1710-1790) e Vincenzo Chiarugi (1759-1820), abalam as milenares teorias graças aos seus contributos para a psiquiatria nascente do século XIX. Os diferentes saberes, que a compreensão da melancolia congrega, acompanham-se, ainda, da literatura, da poesia e das artes visuais. O amplo campo em que a melancolia se projeta está contido na obra *Saturno e a Melancolia*, de Raymond Klibansky, Erwin Panofsky e Fritz Saxl, iniciada em 1923. Síntese de textos antigos e medievais, centrada em Saturno, o astro da melancolia integra a análise da *Melancolia I*, de Albrecht Dürer, gravura de 1514. Os símbolos e alegorias podem ler-se como uma “mensagem oculta”, como “arquetipo” de todo o conhecimento, através do qual a Humanidade já havia teorizado sobre a problemática da melancolia¹.

Fontes e bibliografia final

Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Tribunal do Santo Ofício, *Processo* n.º 5133 (1620-1625), PT/TT/TSO-IL/28/06915.

BRAGA, Paulo Drumond – “*Nam paressia ser muito certo no juízo e capassidade*. Réus, doenças psíquicas e inquisição”. In: *Lusíada História*, n.º 8, 2011, [pp. 243-258].

DANDREY, Patrick – *Anthologie de l'humeur noire*. Paris: Gallimard, 2005.

KLIBANSKY, Raymond, PANOFSKY Erwin e SAX, Saturne et la mélancolie. Études historiques et philosophiques: nature, religion, médecine et art. Paris: Gallimard, 1989.

LORA, José L. Sanchez – *Mujeres, Conventos y Formas de la Religiosidad Barroca*. Madrid: Fundacion Universitaria Espanola, 1988.

PAIVA, José Pedro Paiva – *O enlace entre a Inquisição e os bispos em Portugal (1536- -1750)*. Coimbra; Imprensa da Universidade de Coimbra.

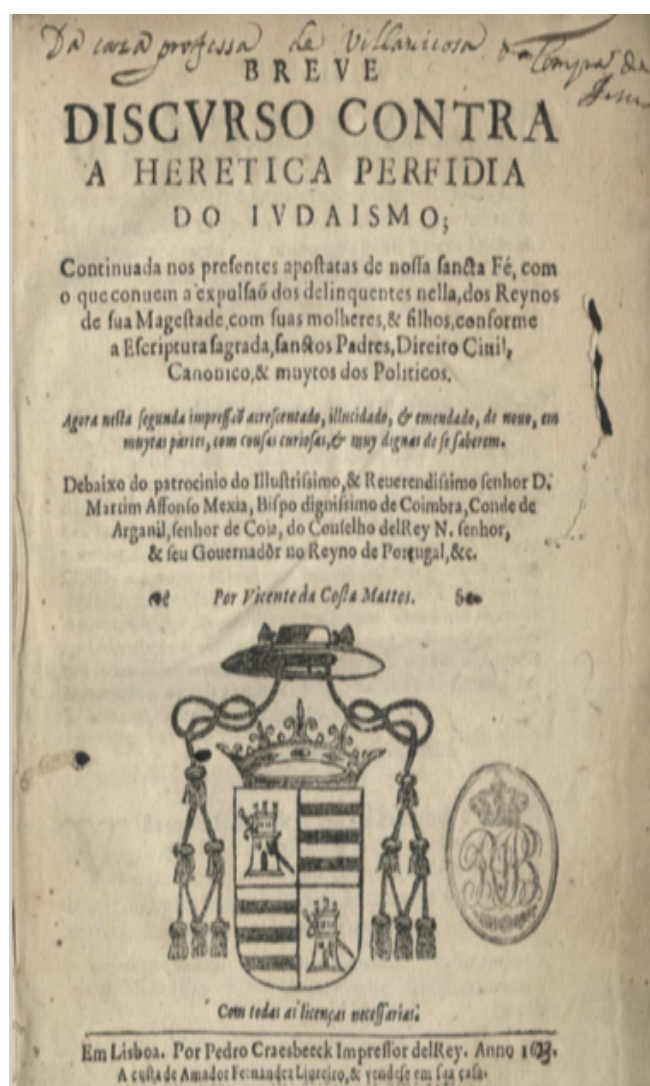
ROBBINS, Rossell Hope – *The encyclopedia of Witchcraft and demonology*. Nova Iorque: Hardcover, 1959.

ROBINSON, Daniel N. – *Wilde Beast and Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

¹ KLIBANSKY, Raymond, PANOFSKY Erwin e SAX – *Saturne et la mélancolie*. Études historiques et philosophiques: nature, religion, médecine et art. Paris: Gallimard, 1989.

SOLOMON, A. – O demónio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. TAVARES, Maria José Pimenta Ferro – Judaísmo e Inquisição. Estudos. Lisboa: Presença, 1987.

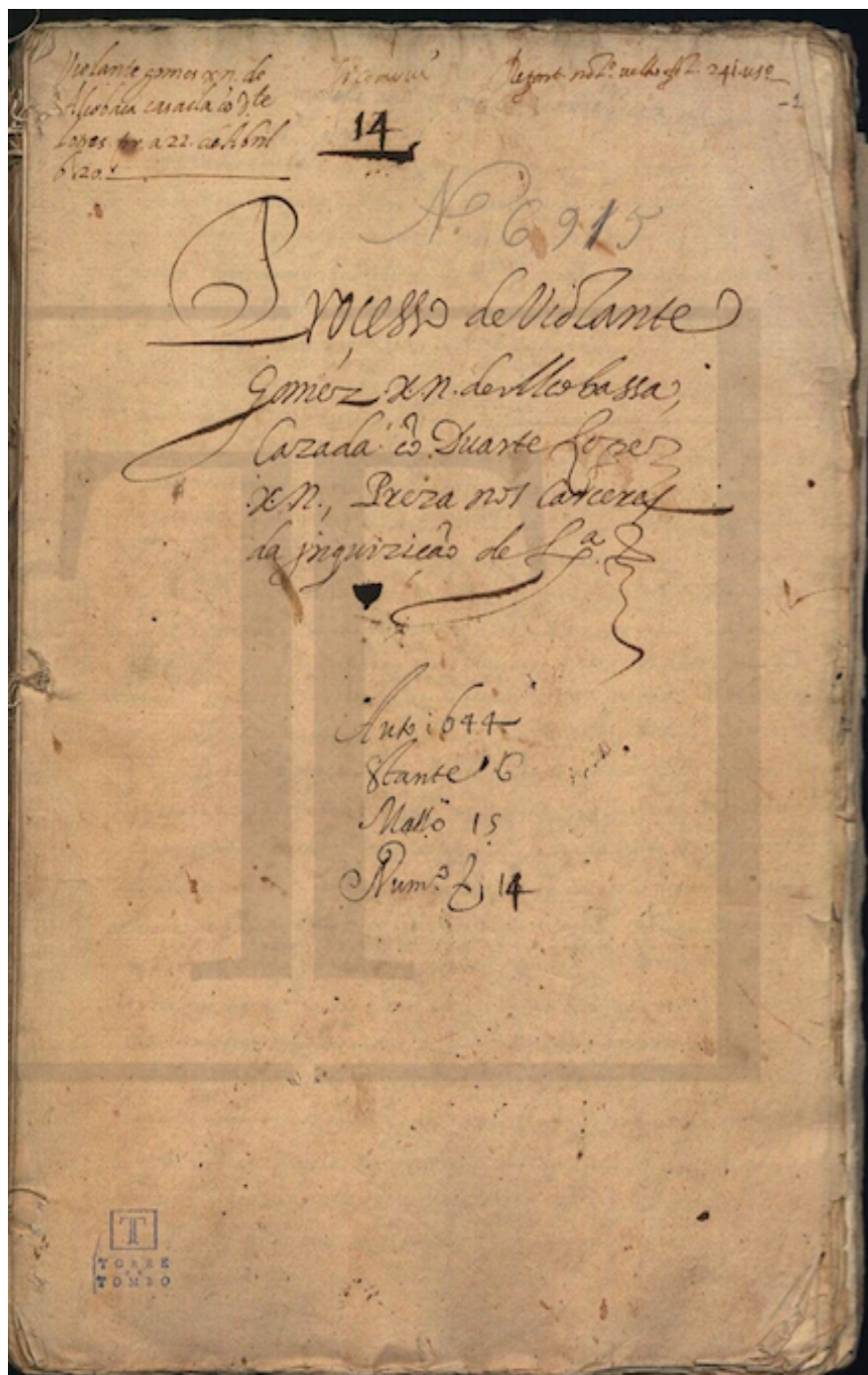
THEUNISSEN, Michael – Anteproyectos de modernidad: antigua melancolía y acedia de la Edad Media. Valencia: Náyade, 2005.



Vicente da Costa Matos, *Breve discurso contra a Herética perfidia do judaísmo* (1623)

Obra patrocinada pelo bispo de Coimbra

Fonte: BNP, c. sc-5517-p



Processo de Violante Gomes, 1620-1625
Fonte: ANTT, Inquisição de Lisboa, processo n.º 5133

53

160

58

AN (SUCCESSFUL) ANTHROPOLOGIST ON MARS

Ana Beatriz Medeiros^{1*}, Teresa Mendonça^{1*}, Lúcia Neves Castanheira^{2*}

¹Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;

¹Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa

Norte;³Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Internato Médico – Formação Específica em Psiquiatria

Email:anabcmedeiros@gmail.com

Resumo

O caso clínico de Temple Grandin, descrito por Oliver Sacks no seu livro *An Anthropologist on Mars*, ilustra a paradoxalidade de uma vida científica de elevado reconhecimento social numa doente com o diagnóstico de autismo. A própria Temple Gardin, professora de ciência animal na Universidade de Colorado e uma das mais conceituadas personalidades no seu campo de investigação, descreve na primeira pessoa a psicopatologia do espectro do autismo em diversas obras, como em *Emergence: Labeled Autistic* ou em *Thinking in Images*. O seu caso demonstra como a tríade sindrómica de dificuldades na interação com outras pessoas, perturbações da linguagem verbal e comportamentos repetitivos, pode, em alguns casos, ser colmatada pelo sobre-desenvolvimento de outras características cognitivas, como a memória, a lógica ou a capacidade visuo-constructiva. No substrato destes descritos encontramos os fenómenos de alteração patológica do posicionamento do Eu em relação ao Outro, enquanto explicação psicopatológica do Espectro do Autismo.

Palavras-chave:Autismo, Oliver Sacks, Temple Grandin, Psicopatologia do Eu

Abstract

The clinical case of Temple Grandin, described by Oliver Sacks in his book *An Anthropologist on Mars*, instances a paradox between a globally recognized scientific life and a diagnosis of autism. Temple Gardin herself, a science professor at the University of Colorado and one of the most respected personalities in her field of research, describes in first person the autism spectrum disorder's psychopathology, in her books, as "In Emergence: Labeled Autistic" or in "Thinking in Images". Her case demonstrates how the syndromic triad of problems in social interaction, language disorders and repetitive behaviours, can, in some cases, be overcome by the development of other cognitive characteristics, such as memory, logic or visuo-constructive capacities. In the baseline of all this subject, we find the phenomena of self-disorders – the self in relation with others, as a psychopathological explanation of the Autism spectrum.

Introdução

A psicopatologia do Eu revela-se como substrato de diferentes diagnósticos psiquiátricos. A psicopatologia da perturbação do espectro do autismo, uma doença do neurodesenvolvimento, pode ser explicada à luz da construção do Eu ou *Self*. O modelo espectral para a doença mental adapta-se convenientemente ao autismo. Diferentes dimensões de sintomas com diferentes impactes na funcionalidade formam quadros clínicos heterogêneos na perturbação do autismo. A história de vida de Temple Grandin, descrita na lente de Oliver Sacks, elucida estes conceitos. Demonstra-se a paradoxalidade entre os défices funcionais de uma perturbação de autismo e um sucesso profissional de reconhecimento mundial. Para este fim, elaborou-se uma revisão narrativa da literatura, selecionaram-se os artigos científicos, obras literárias, manuais e compêndios de estudo, considerados relevantes, acerca de “Oliver Sacks”, “Temple Grandin”, “Perturbação do Espectro do Autismo” e “Psicopatologia do Eu”.

Oliver Sacks e o Antropologista em Marte

Oliver Sacks foi um conceituado neurologista inglês, falecido em 2015, de origem judaica, que fez a sua carreira nos Estados Unidos da América. Foi professor de neurologia e psiquiatria, sobretudo no *Albert Einstein College of Medicine*, e autor de livros *best-sellers* na área da neurologia / neuropsiquiatria, obras dedicadas ao público geral, nas quais são reportados casos clínicos com determinadas particularidades. Um dos seus livros mais afamados talvez não seja *An Anthropologist on Mars*, publicado em 1995, mas antes *The Man Who Mistook his Wife for a Hat*, de 1985. Neste livro, são descritos casos clínicos *à priori* psiquiátricos, mas que no seu desenrolar revelam uma alteração neurológica superior rara. Por seu lado, *An Anthropologist on Mars*, a obra que serve de ponto de partida para este trabalho, retrata sete histórias clínicas ditas paradoxais. Alguns dos casos reportados foram diagnosticados pelo próprio Oliver Sacks. Outros, por seu lado, entrevistados aquando da escrita da obra e propositadamente para integrá-la. Neste grupo insere-se o caso de Temple Grandin, descrito adiante. Todos os casos dizem respeito a pessoas relativamente famosas com condições neurológicas supostamente contraditórias para a profissão que desempenham. A título ilustrativo, *The Case of the Colorblind Painter* reporta a história de um artista com uma carreira bem estabelecida na pintura, que subitamente é acometido por acromatopsia, isto é, a incapacidade de perceber a cor devido a uma lesão cerebral cortical. Todavia, após o

diagnóstico dessa condição, a sua obra ganhou um novo carácter, aclamado pelos críticos, e a sua carreira atingiu um novo patamar de reconhecimento. O caso *A Surgeon's Life* retrata a entrevista entre Oliver Sacks e o Dr. Carl Bennett, um conceituado cirurgião e piloto amador, que tinha o diagnóstico de Síndrome de Tourette. Carl Bennet era frequentemente incapacitado pelos tiques no seu quotidiano. Porém estes diminuía quando ele estava a operar. Outro caso interessante narrado por Sacks é o do artista plástico Franco Magnani, que se exilou enquanto jovem da sua terra natal, Pontito, em Itália, por ocasião da guerra. Denominado "Artista da Memória" Magnani teria uma capacidade obsessiva, fotográfica e infinita de retratar a sua cidade (e apenas essa cidade), sob todos os ângulos. Segundo Sacks, este artista eidético seria, ao mesmo tempo, vítima e possuidor de um repertório de imagens, cujo poder é difícil conceber. Trata-se de uma memória patológica, com um poder de fixação, de fossilização ou de petrificação em plena atividade, marcada porém por uma responsabilidade cultural de recordar o passado e preservar seu sentido. Por fim, o caso *An Anthropologist on mars* explora o encontro entre Oliver Sacks e Temple Grandin.^{1,2} Trata-se de uma senhora com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, professora de Ciência Animal na Universidade de Colorado, e mundialmente reconhecida pelo desenvolvimento de uma maquinaria infraestrutural implementada no setor pecuário industrial. A certo ponto na entrevista, Temple Grandin autodescreve-se como “um antropologista em marte”, caracterizando a sua dificuldade nas interações sociais, e dando título à obra de carácter paradoxal de Oliver Sacks. Com este livro, Sacks pretende mostrar que e a doenças pode ter um papel contraditório na revelação capacidades latentes, e na evolução de formas de vida que nunca seriam imaginados na ausência da perturbação. Nesse sentido, a doença teria um potencial criativo, melhorando por vezes a vida do doente, não só pela capacidade de suplantar a doença, mas mesmo por causa dela e devido às transformações que traz.^{1,2}

Temple Grandin

Temple Grandin nasceu a 29 de agosto de 1947 em Boston, Massachusetts. Não desenvolveu linguagem até aos quatro anos de idade. Nessa altura, a recomendação médica fornecida à sua mãe foi a de que ela integrasse uma escola de ensino especializado. A verdade, de facto, é que o seu percurso escolar nem sempre foi brilhante, e aos catorze anos terá mesmo sido suspensa da escola por comportamento disruptivo na sala de aula. Contudo, recebeu terapia da fala desde os dois anos de idade, e integrou um jardim de infância regular aos cinco.³ Em termos académicos, tornou-se professora de Ciência Animal na Universidade de Colorado,

consultora mundial na área de infraestruturas no setor pecuário e autora de inúmeras obras literárias, tanto acerca de comportamento animal, como acerca do autismo. Tornou-se na primeira autora a narrar na primeira pessoa a problemática do autismo, numa época em que este rótulo era verdadeiramente estigmatizante. Um dos seus maiores feitos foi a “máquina do abraço”, nomeada por si como *squeeze machine*, concebida por volta dos 18 anos de idade. Esta maquinaria foi planeada em conjunto com um professor de ciências seu, inicialmente para combater as suas crises de ansiedade, resultantes da sua incapacidade de agir adequadamente em situações de interação social. Tratava-se de uma estrutura de madeira que envolvia o seu corpo, mimetizando uma massagem ou um abraço, e atuando como contenção mecânica à sua agitação psicomotora. Tendo tido uma auto-experiência positiva, e devido ao seu interesse em comportamento animal, Grandin teve a iniciativa de recriar a sua “máquina do abraço” na quinta da sua família, para acalmar o gado bovino em situações de stress. Nos dias de hoje, cerca de cinquenta por cento da indústria pecuária nos Estados Unidos da América utiliza infraestruturas desenhadas segundo o ideal de Temple Grandin.^{2,3} De uma forma geral, todos os currais que desenha são redondos, a fim de facilitar o caminho a percorrer pelo gado até ao matadouro. Em primeiro lugar, explica que o facto de o animal não visualizar o fim do caminho, faz com que fique menos assustado e, em segundo lugar, o desenho curvo aproveita o comportamento natural do animal, que é descrever círculos.

A Perturbação do Espectro do Autismo

O termo “autismo” foi originalmente difundido por Eugen Bleuler no ano de 1911. Procurava referir-se ao quadro clínico de esquizofrenia, particularmente no que concerne à limitação do estabelecimento de relações humanas e com o mundo externo que os doentes com esse diagnóstico apresentavam. Em 1943, Leo Kanner descreve no seu notável artigo *Autistic Disturbance of Affective Contact* uma série clínica de 11 casos de crianças com um quadro sindrómico emocional e comportamental semelhante ao autismo de Bleuler, mas que diferia da esquizofrenia pelo facto de estar presente desde o nascimento. Coincidentemente em termos cronológicos, mas sem que tenha estabelecido comunicação com Kanner, Hans Asperger publica *Autistic Psychopathology in Childhood*, com uma série de casos sindromaticamente semelhante aos de Kanner, mas com um nível cognitivo normal, e atingindo um funcionamento académico e social adequados. Hoje em dia, a Perturbação do Espectro do Autismo caracteriza-se por uma tríade: dificuldades na interação com outras pessoas, perturbações da linguagem verbal e comportamentos repetitivos.^{4,5} O aspeto global do doente aparente ser bizarro em grande parte dos casos. A patologia parece ser a via final

comum correspondente a múltiplas etiologias. A grande maioria tem uma atraso mental concomitante, e um terço sofre de epilepsia. Algumas anomalias sensoriais, craniofaciais e do tónus muscular também são comuns. Os sintomas podem ser mais ou menos graves, ao ponto de poderem passar despercebidos. Caracteristicamente, ocorre um completo desinvestimento na interação com os outros em favor de uma atividade repetitiva com certos objetos ou com o próprio corpo. A fase de aquisição da linguagem é um patamar decisivo. Cerca de metade dos doentes com perturbação do espectro do autismo não chega a adquiri-la por completo^{5,7}. Permanecem em mutismo, ou emitem sons monossilábicos de modo repetido, ou ainda verbalizam em modo de ecolalia. Ocasionalmente, pode acontecer o desenvolvimento normal da linguagem até aos dois anos de idade, com uma regressão da aprendizagem posterior a essa idade. Contudo, mesmo uma linguagem bem desenvolvida na idade própria mostra-se idiossincrática com formalismo excessivo, alterações da prosódia e da expressividade não verbais⁷. A capacidade de utilização da linguagem é um sinal de bom prognóstico. Poderemos referir uma alteração comum, independentemente da aquisição ou não de linguagem, relacionada com um défice de espontaneidade. Este défice refere-se à interação verbal ou não verbal. Por outro lado, e numa ponta do espectro, poder-se-á assistir a um sobre-desenvolvimento de determinadas funções cognitivas, nomeadamente do raciocínio lógico-matemático, da memória, ou mesmo de habilidades artísticas como o desenho ou a música. Neste ramo do espectro, teríamos o antigo denominado Síndrome de Asperger, que atualmente não está já categorizado nas classificações de doença mental, como o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5), inserindo-se todas as anteriores categorias na perturbação do espectro do autismo. A prevalência é bastante superior no sexo masculino, cerca de cinco a seis vezes superior do que no feminino. Contudo, poder-se-á dar o facto de ser subdiagnosticado em mulheres, pela melhor capacidade que terão em atenuar os défices de interação social, ou, culturalmente, pela aparente timidez ser melhor aceite no género feminino. Este subdiagnóstico acontecerá sobretudo em autismo de alto funcionamento. Finalmente, trata-se ainda de uma patologia com um forte componente genético. A hereditariedade ronda os noventa por cento. Contudo, essa genética afigura-se bastante complexa, tal como acontece na generalidade das doenças psiquiátricas⁷.

An Anthropologist on mars

Aquando da exposição do caso de Temple Grandin, e a fim de ilustrar alguma da psicopatologia que apresentava, Oliver Sacks questiona a cientista acerca do seu entender

sobre os mitos gregos. Grandin afirma ter lido vários enquanto criança, recordando-se da história de Ícaro, em particular e do seu voo demasiado perto do sol. Contudo, menciona não compreender as paixões e os amores entre os deuses, assim como não entender o significado de romances como *Romeu e Julieta* ou *Hamlet*. Embora atribuisse esses problemas a dificuldades no processamento da narrativa da história, provavelmente eles adviriam antes da sua dificuldade em estabelecer empatia com as personagens e de acompanhar o jogo intrincado de motivos e intenções.² Grandin referia ser capaz de entender emoções simples, fortes e universais, mas confundir-se com as mais complexas e com aquelas que diziam respeito às relações interpessoais quotidianas. Nesta altura do livro, Grandin afirma que a esse nível, quando se debruçava na tentativa de entender os sentimentos e emoções entre as pessoas, se sentia a maior parte do tempo como “um antropólogo em Marte”.^{1,2}

A Psicopatologia do Eu

Etimologicamente, o termo “autismo” é oriundo da palavra grega “autos”, que significa “próprio” ou “de si mesmo”. Frequentemente se observa que crianças com autismo se referem a si próprias na terceira pessoa. Da mesma forma que as atitudes do doente com autismo parecem bizarras e incompreensíveis aos outros, o doente é também incapaz de compreender intuitivamente o outro^{5,6}. A barreira entre o Eu e o outro está reforçada no espectro do autismo, verificando-se uma alteração dos limites do Eu no sentido “hipertónico”. Segundo Pio Abreu, na sua obra *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, e numa perspetiva antropológica, o Homem teve necessidade de estabelecer limites e interações com o território envolvente. Na Era atual *território* é sinónimo de *sociedade*, e as interações e limites que somos capazes de estabelecer com a sociedade ditam a nossa adaptação⁷. Nas investigações iniciais acerca da temática dos limites do Eu no autismo, considerou-se que crianças com autismo teriam uma consciência diminuída do outro. Contudo, trabalhos mais recentes apontam antes para uma hiperconsciência dos estados internos e do próprio, em detrimento dos estados dos outros e do meio. Atualmente a investigação foca-se na exploração das dimensões do Eu que se refletem na interação com o outro. Ou seja, na capacidade para entender o que o outro pensa de nós. Este tópico tocava na Teoria da Mente, aplicada também a outras doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia. Por último, existe um prisma de investigação que aborda a dimensão narrativa do Eu. De acordo com esta abordagem, a informação sobre o Eu é adquirida a partir de diversos aspetos do quotidiano, da temporalidade vivida e da capacidade para coordenar esses aspetos em termos cronológicos e estabelecer uma relação semântica e significativa entre o passado o presente

e o futuro.⁶ Assim, se inicialmente se considerava que a formação do Eu estaria sempre afetada nos indivíduos com autismo, hoje se considera-se que poderá estar apenas parcialmente comprometida em diferentes áreas. Em resumo, estas três perspectivas de estudo da psicopatologia do Eu no autismo poderão estar inter-ligadas e seletivamente comprometidas em diferentes indivíduos. O seu funcionamento global do doente dependerá do grau da afetação, da consciência sobre os próprios défices e, sobretudo, da estimulação e capacitação das áreas preservadas do Eu.^{5,6}

Conclusão

A psicopatologia do Eu, enquanto substrato explicativo da patologia do espectro do autismo, mostra-se bastante explicitada neste caso. A exacerbação dos limites do Eu, bloqueando a sua interação com o meio, e aumentando a sua atenção aos estados internos do próprio, será a alteração mais bem estudada. Nesse sentido, a construção do Eu narrativo, desde a infância à idade adulta mostra-se alterada. Oliver Sacks mostra-nos como Temple Grandin foi capaz de transpor os sintomas da sua doença para servir um dos seus maiores interesses. Uma aparente desvantagem na funcionalidade social a par de um super-interesse por uma área do conhecimento específica, no caso o comportamento animal, acabou por ser a chave do sucesso de Grandin. Citando a própria: “Expetativas sociais e académicas rígidas, podem bloquear uma mente que, se poderá ter dificuldade em conjugar um verbo, poderá também um dia levar-nos a estrelas distantes.”

Fontes bibliográficas

- 1.SACKS, O. — *An anthropologist on mars: seven paradoxical tales*. New York, 1996
- 2.MINAYO, M.C.S. — Um Antropólogo em Marte ou os Paradoxos da Saúde-Doença. *Saúde e Ciência Coletiva*. 1:1 (1996) 157-160
- 3.SACKS, O. — *A Neurologist's Notebook, An Anthropologist On Mars*, *New Yorker*. December. 27, 1993
- 4.HARRISON, P., COWEN, P. et al — *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7th edition. Oxford, 2018
- 5.BARAHONA-CORRÊA, J. B. e FILIPE C.N. — A Concise History of Asperger Syndrome: The Short Reign of a Troublesome Diagnosis. *Frontiers in Psychology*. 2016. Jan 25. doi: [10.3389/fpsyg.2015.02024](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02024)

6.HUANG A.X. et al - *Understanding the Self in Individuals with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Review of Literature*, *Frontiers in Psychology*, 22 August 2017.<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01422>

7.PIO ABREU, J.L. — *Elementos de Psicopatologia Explicativa*. 2a edição revista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014

HISTERIA: DA TEORIA DO ÚTERO ERRANTE À DSM III

Mariana Jesus*; César Cagigal*; Vera Martins**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

*Interno de Formação Específica de Psiquiatria

** Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Email:mbsb.jesus@gmail.com

Resumo

Quase tão antiga como a história civilizacional, a primeira descrição de histeria remonta ao antigo Egipto com a Teoria do Útero Errante. No entanto, apenas no Século V a.C. Hipócrates cunha o termo Histeria associando-a à Teoria Humoral.

Durante a idade média a histeria torna-se evidência de possessão demoníaca e apenas durante o Iluminismo se dá a emergência do Modelo Neurológico pelos trabalhos de Edward Jorden e Thomas Willis durante o Século XVII.

No período Vitoriano verifica-se um novo retrocesso que apenas remite com os trabalhos de Briquet e Charcot que haveriam de inspirar o Modelo Psicológico da Histeria de Freud, no qual este explica os sintomas histéricos como derivativos da repressão de memórias sexuais traumáticas remotas.

A evolução da medicina permitiu várias mudanças no conceito de histeria, que foi finalmente abandonado em 1980 com a publicação da DSM III.

Palavras-chave: Histeria; Conversão; Resenha histórica; Charcot; Freud.

Abstract Almost as old as the history of civilization itself, the first description of Hysteria dates to the ancient Egypt with the Errant Uterus theory. However, only in the 5th Century b. C. Hippocrates uses the term Hysteria.

During the Middle Ages hysteria becomes evidence of demoniac possession and only during the Illuminism Period the Neurologic Model of Hysteria emerges, mainly due to the works of Edward Jorden e Thomas Willis.

In the Victorian Era there was a new setback that only remitted with the works of Briquet and Charcot. These would later inspire Freud's Psychological Model of Hysteria, in which hysteric symptoms are said to be derived from the repression of traumatic sexual memories. The evolution of medicine led to many changes in the concept of Hysteria, a terminology that was abandoned in 1980 with the publication of the DSM III.

Introdução

A natureza da relação entre a mente e o corpo é tão antiga como a vontade do ser humano se compreender a si próprio. Embora a concepção da mente e corpo como duas dimensões distintas e praticamente independentes, formalizada por Descartes como Dualismo no século XVII, tenha reinado durante grande parte da nossa história, a descrição de doentes nos quais estes limites se mostravam esbatidos remonta aos primeiros textos médicos. Desta forma, as perturbações anteriormente conhecidas como somatoformes e a somatização, abriram as portas para a compreensão do ser humano como um todo, corpo e mente em harmonia, e para a necessidade da abordagem holística. Com este artigo os autores pretendem revisitar a evolução destes conceitos de forma a permitir uma melhor compreensão do seu contexto histórico e social.

Desenvolvimento

Quase tão antiga como a história civilizacional, a primeira descrição de histeria remonta ao antigo Egito, em 1900 a.C. no papiro Kahun. Neste, são descritas várias alterações comportamentais em mulheres, nomeadamente mialgias difusas e fadiga crónica, atribuídas a movimentos espontâneos do útero no corpo da mulher¹. O tratamento destas alterações comportamentais passava pela tentativa de retorno do útero ao seu local original através, por exemplo, da fumigação de substâncias aromáticas através da vagina da mulher. A chamada Teoria do Útero Errante, marca a associação entre estes sintomas e alterações uterinas, que se haveria de manter durante séculos. Foi também neste período que se fez a primeira descrição médica de síndromes depressivos, bem como a descrição de convulsões tónico-clónicas, sensação de asfixia e morte iminente como sintomas de histeria.

A Teoria do Útero Errante influenciou largamente a compreensão grega destes mesmos sintomas, sendo isto notório no texto *Corpus Hippocraticum*, escrito no Século V a.C., no qual é cunhado o termo Histeria e adotada esta mesma teoria. Neste mesmo período Hipócrates distingue a epilepsia, “a doença sagrada”, na qual as crises convulsivas apresentariam uma causa cerebral, das crises conversivas, que teriam origem no útero². A influência da Teoria do Útero Errante mantém-se até ao Século II a. C. quando Soranos e Ephesus negam a capacidade migratória do útero, atribuindo-lhe, no entanto, a causa de vários sintomas somáticos.

Galeno reconheceu que estes sintomas ocorriam mais frequentemente em mulheres sem atividade sexual, nomeadamente viúvas. Com isto em mente delineou uma teoria segundo a qual o útero exsudaria um líquido semelhante ao sémen cuja retenção, tal como sucederia em

períodos de abstinência sexual, corromperia o sangue e irritaria os nervos, resultando em sintomas histéricos³. De forma inovadora, Galeno descreveu a presença de sintomas histéricos nos homens, que atribuía à retenção de sémen, apelando à ejaculação frequente. Embora Galeno tenha sido pioneiro na compreensão da influência das emoções no corpo e naquilo que hoje chamamos a Medicina Psicossomática, é inegável o seu papel na atribuição dos sintomas histéricos a alterações uterinas que se manteve durante os séculos que se seguiram.

A idade média trouxe consigo o abandono das teses naturalistas que definiram a abordagem às várias patologias médicas durante séculos, tendo estas sido substituídas por atribuições sobrenaturais ao sofrimento humano. Durante este período, a histeria e os seus sintomas cardinais, como a anestesia, o mutismo e as convulsões, foram largamente atribuídos a fenómenos de possessão demoníaca, com consequências graves e muitas vezes sentença de morte para quem os apresentasse⁴.

No século XVII autores como Edward Jorden tentaram contrapor esta ideologia, reavivando as teorias de Hipócrates e Galeno acerca da Histeria, atribuindo-lhe novamente uma causa natural. Jorden assume um papel essencial na história da Histeria uma vez que, embora mantivesse o útero como o órgão central, considerava que o cérebro e as “perturbações da mente” também estariam envolvidos no desenvolvimento destes sintomas⁵. Adicionalmente, como recomendações para o tratamento desta doença, Jorden sugeria a libertação da tensão emocional que havia sido responsável pelo início dos sintomas, num processo que assume contornos que lembram a psicoterapia⁶.

O desafio das formulações sobrenaturais deste e de outros autores foi responsável pelo ressurgimento das teses naturalistas durante o final do Renascimento e o início do Iluminismo, com a histeria a ser vista novamente como uma doença médica que deve ser tratada.

A desvinculação do útero à histeria está intimamente ligada ao neuroanatomista Thomas Willis. Willis realizou autópsias a várias mulheres que tinham sido diagnosticadas com histeria verificando a ausência de patologia uterina que justificasse as suas alterações comportamentais. O diagnóstico de Histeria em homens veio também ajudar a descredibilizar a associação milenar entre esta patologia e o útero. Na ausência da relação deste órgão com os sintomas histéricos, Willis postulou que estes seriam causados pela libertação de “espíritos animais” presentes no cérebro e transportados pela medula espinal. Assistiu-se assim à emergência do Modelo Neurológico, que abriria caminho para a verdadeira compreensão destes sintomas. Seguindo os passos de Willis, Thomas Sydenham

atribuía à distribuição irregular destes “espíritos animais” os sintomas histéricos, mas considerada que esta irregularidade se devia a alterações emocionais súbitas, como medo, raiva ou amor. Sydenham descreveu também a versão masculina da histeria, a Hipocondria, associando sintomas depressivos a estas duas formas da mesma doença, que considerou ser uma das mais prevalentes na população⁴.

É importante ressaltar que durante o Século XVII decorria uma mudança de paradigma que ia para além da Medicina, banhando todas as áreas do conhecimento. A evolução da própria filosofia teve grande impacto na compreensão do ser humano, sendo que a rejeição do dualismo cartesiano por filósofos como Spinoza, que afirmava que o corpo e mente são idênticos e inseparáveis, permitiu a emergência de teorias que associavam as emoções a sintomas físicos através do Paralelismo Psicofisiológico. Este contexto cultural e científico prolongou-se no tempo, até ao século XVIII, levando à emergência de uma “cultura nervosa”, de uma sensibilidade ímpar até à época, durante a qual a histeria foi considerada uma patologia aristocrática e os “problemas nervosos” partilhados sem pudor em romances e peças de teatro.

Contudo, é no final deste século e no início do século IX que se verifica o ressurgimento das teorias uterinas, atribuindo-se os episódios histéricos a excessos libidinosos⁶. Esta alteração do paradigma, que levaria a que a Hipótese Neurológica da Histeria permanecesse hibernada durante décadas, é enquadrável no clima moral da época Vitoriana, no qual a mulher deveria ser casta e obediente. Por oposição, a Histeria surge como consequência da voracidade sexual em mulheres insatisfeitas e insaciáveis, híper-eróticas e sexualmente perigosas. Estas exposições serviram de justificação para tratamentos invasivos e muitas vezes perigosos, como a cauterização clitoriana. Neste clima de retrocesso da Histeria, novamente associado a características femininas, a presença destes sintomas em homens foi associada a “efeminação” e altamente criticada comparativamente ao que tinha sucedido durante o século anterior⁴.

Felizmente, na segunda metade do século IX assiste-se a um novo afastamento das teorias uterinas e da associação entre a sexualidade e a Histeria. Vários nomes podem ser associados a este novo movimento, de recuperação de conhecimento antigo. Um dos pioneiros foi Paul Briquet que, ao verificar a elevada prevalência de doentes com Histeria constatou a necessidade de estudar estes doentes. Ao longo de vários anos, Briquet estudou cerca de 450 casos de Histeria, revisitando a Histeria masculina, tendo descrito estes sintomas em vários homens. Este autor destacou também a cronicidade destes sintomas, com doentes a relatar uma duração de doença superior a 20 anos. Para Briquet, a Histeria, termo que o mesmo

criticava, mas utilizava pela sua ubiquidade, tinha origem no cérebro, descrevendo-a como uma “neurose do encéfalo”. Adicionalmente, associou esta neurose a fatores hereditários e a labilidade emocional, mas também a diversos antecedentes como trauma emocional ou físico². As suas descrições levaram à definição do Síndrome de Briquet, no qual os doentes reportam múltiplos sintomas somáticos, referentes a múltiplos sistemas de órgãos, com vários anos de evolução⁷.

Seguindo os passos de Briquet, Charcot consolidou a redefinição de Histeria como uma doença neurológica, formulando o modelo neuropático da histeria, atribuindo-a a disfunção neurológica, degenerativa, cuja causa não era conhecida. Os “ataques histéricos” foram também associados a “zonas histerogénicas”, regiões anatómicas cuja estimulação por toque podia desencadear estes sintomas. O desenvolvimento destas teorias teve como base o estudo de centenas de doentes, a maioria mulheres provenientes de estratos socioculturais desfavorecidos e com histórias pessoais repletas de trauma. Algumas destas doentes, como Blanche, Augustine e Geneviève, assumiram o papel de musas de Charcot, sendo muitas vezes hipnotizadas com o intuito de produzir sintomas histéricos que seriam posteriormente revertidos. Embora o seu objetivo fosse a compreensão dos mecanismos desta patologia, a estimulação das “zonas histerogénicas” para desencadear ou interromper os sintomas histéricos era muitas vezes feita em frente a plateia e de forma teatral, o que levantou suspeitas quanto à veracidade do testemunhado.

Não obstante, Charcot desempenhou um papel central na evolução do conceito de histeria, salientando a importância da heritabilidade, dos antecedentes de trauma e dos fatores ambientais desencadeantes. Outro conceito reavivado por este autor foi a possibilidade de diagnóstico de sintomas histéricos em homens, tendo publicado mais de 60 casos de homens histéricos. Da observação dos seus doentes, concluiu que haveria diferenças significativas entre géneros na apresentação desta patologia. Enquanto que nas mulheres os sintomas histéricos surgiriam após um incidente emocional intenso, nos homens o excesso laboral, acidentes traumáticos no local de trabalho e lutas seriam os principais desencadeantes¹. No que respeita aos eventos traumáticos, Charcot foi também responsável pela relativização deste conceito, atribuindo maior importância ao processamento subjetivo do indivíduo do que ao acontecimento propriamente dito. Embora na prática se verificasse uma diferença diagnóstica entre os doentes de classes sociais superiores, diagnosticados com neuroastenia, e os doentes de classes trabalhadoras, sobre os quais pendia o rótulo da histeria, Charcot democratizou a suscetibilidade para os colapsos nervosos, vistos por ele como comuns a todos os estratos sociais, contrariamente ao anteriormente defendido⁴.

Atendendo à sua posição de figura eminente na área da Neurologia, muitos foram os que procuraram colaborar com Charcot no Salpêtrière, incluindo Sigmund Freud em 1885. Este período, durante o qual presenciou as demonstrações de histeria e participou nas sessões de hipnose foi descrito pelo próprio como importantíssimo para a definição do seu percurso, ao longo do qual defendeu um Modelo Psicológico para a Histeria, a psicanálise⁸. Estas experiências sedimentaram o seu interesse pela Histeria que culminou, em 1895, na publicação primeiro grande trabalho, “Estudos sobre a Histeria”. Embora neste livro não seja possível encontrar referências importantes à sexualidade como fator etiológico da Histeria, trabalhos posteriores tornam esta associação clara. Ouvindo as suas doentes de forma empática e sem juízos de valor verificou que muitas delas reportavam episódios de abuso sexual na infância, principalmente às mãos do próprio pai. Desta forma, o psicanalista atribuiu a origem dos sintomas histéricos a episódios de abuso sexual, ocorridos durante a fase genital do desenvolvimento da criança, naquela que chamou “Teoria da Sedução”. Contudo, em 1897, pouco tempo depois da sua descrição inicial, Freud abandonou a sua Teoria da Sedução, desvalorizando os relatos de abuso sexual dos seus doentes atribuindo-os a fantasias dos mesmos, fazendo a transição para a “Teoria da Fantasia”⁹. As ideias de Freud acerca da Histeria, ou Conversão como o próprio a chamou, tiveram um grande impacto na forma como a percepção clínica e pública desta patologia foi moldada, sendo que conceitos delineados por ele permanecem presentes na mente de muitos até hoje.

A segunda metade do Século XX trouxe não só novas teorias relativamente à etiologia da histeria, mas também alterações profundas a nível sociocultural. O papel da mulher foi redefinido através dos movimentos feministas e, pela primeira vez desde o início da nossa história, a Histeria foi estudada por mulheres. Esta nova perspetiva levou a que alguns autores afirmassem que durante séculos o carimbo da histeria tinha sido utilizado como forma de controlar comportamentos femininos considerados menos adequados. Isto levou a que mulheres que não aderissem aos papéis de género da época incorriam no risco de ser diagnosticadas com Histeria e ser submetidas a tratamentos inumanos e pouco eficazes¹.

Os avanços científicos da medicina ajudaram a diferenciar várias perturbações orgânicas da Histeria, como a enxaqueca, a sífilis e a própria epilepsia, mostrando o sobrediagnóstico desta patologia. Embora a sua etiologia se mantenha envolta em dúvida e mistério a apresentação de doentes com sintomas “histéricos” é ainda comum na prática clínica, atualmente classificados como Perturbação de Conversão. É apenas em 1980, com a edição da DSM-III, que se abandona a terminologia associada à histeria. Até à DSM II, estes doentes eram classificados sob o rótulo de “neurose histérica”, uma subcategoria das Perturbações

Dissociativas. Na DSM-III, um título que marca um período de mudança na Psiquiatria pela utilização da fenomenologia ao invés da etiologia como base para a classificação das doenças, verificou-se a eliminação deste conceito e a sua substituição por “Perturbações Dissociativas” e “Perturbações Conversivas”, com a Perturbação de Conversão categorizada como uma Perturbação Somatoforme. Estes podem ser sintomas somáticos motores (como paralisia, pseudocrises, afonia), somáticos sensoriais (parestésias, cegueira, surdez) ou autonómicos (retenção urinária) e são geralmente de curta duração e respondem prontamente às terapias instituídas¹.

Conclusão

Ao longo deste texto foram percorridos cerca de 4000 anos de história sem que, no entanto, tenhamos visto esclarecida a verdadeira etiologia da Histeria. Mais do que a compreensão etiológica desta doença, esta resenha histórica permite-nos refletir acerca da constante mudança de paradigmas e certezas científicas que têm acompanhado a evolução não só da Psiquiatria, mas também da Medicina. Ao longo dos tempos a Histeria, e as outras doenças que lhe foram associadas, foram observadas, avaliadas e tratadas de acordo com o pensamento médico, cultural e mesmo religioso, muitas vezes com consequências importantes para as doentes. Os preconceitos acerca desta doença e das características das suas doentes acompanham-nos até hoje, e é da nossa responsabilidade uma apreciação crítica do passado para que possamos delinear um futuro em que tal não aconteça.

Referências

- MORRIS, Jane; DONOHOE, Martin — The history of hysteria. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society*. 67 (2004) 40-3.
- TRIMBLE, M.; REYNOLDS, E.H. — A brief history of hysteria: From the ancient to the modern. *Handb Clin Neurol*. 139 (2016) 3-10.
- VEITH, I, — *Hysteria: The History of a Disease*. Chicago: Chicago University of Chicago Press, 1965.
- QUARTILHO, Manuel João — No Princípio, a Histeria”. In QUARTILHO, Manuel João — O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra 2016. p. 23-64.
- TRIMBLE, M.R. — Functional Diseases. *Br Med J*. 285 (1982) 1768–1770.
- MICALE, Mark. — *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations*. Princeton University Press. (2011) 336-338.

LISKOW, Barry — Briquet's Syndrome, Somatization Disorder, and Co-Occurring Psychiatric Disorders. *Psychiatric Annals*. 18 (1988) 350-352.

GOETZ, C.G. — Charcot, hysteria, and simulated disorders. *Handb Clin Neurol*. 139 (2016) 11-23.

BOGOUSSLAVSKY, Julien; DIEGUEZ, Sebastian — Sigmund Freud and Hysteria: The Etiology of Psychoanalysis? *Frontiers of neurology and neuroscience*. 35 (2014) 109-25.

O *FOLIE À DEUX* COMO FUNDAMENTO PARA UMA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.

Isabel Bezerra de Lima Franca¹
Universidade Federal do ABC
Programador Visual
Email:isabellimafranca@hotmail.com

Resumo

Trata-se de uma análise de dois recursos judiciais fundamentados em um diagnóstico de *folie à deux*, nos quais uma mulher acusada de participação em tentativa de homicídio recebeu uma sentença absolutória imprópria decretando medida de segurança de internação. No caso, sua participação consistiu em incentivar o marido que, durante um surto psicótico, tentou assassinar os dois filhos do casal. Diante disso, esse trabalho buscou verificar como o Judiciário justificou a periculosidade da mulher se os atos executórios do crime foram praticados apenas pelo marido. Os recursos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) resultaram em decisões divergentes, o primeiro atestando a periculosidade dela e decretando sua internação e o segundo convertendo a medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial.

Palavras chave: *folie à deux*; medida de segurança; decisão judicial; fundamentação.

Abstract

This is an analysis of two legal actions based on a diagnosis of *folie à deux*, in which a woman accused of participating in an attempted murder received a sentence of improper acquittal decreeing a security measure for hospitalization. In this case, her participation consisted in encouraging her husband who, during a psychotic breakdown, tried to murder the couple's two children. Given this, this study sought to verify how the judiciary justified the dangerousness of the woman if only the husband performed the acts of execution of the crime. The appeals judged by the São Paulo State Court of Justice (TJSP) resulted in divergent decisions, the first attesting to her danger and decreeing her internment and the second, converting the security measure of hospitalization into outpatient treatment.

Keywords: *folie à deux*; security measure; judicial decision; reasoning.

¹ Doutoranda em Ciências Humanas e Sociais pela Universidade Federal do ABC. Mestre em Políticas Públicas pela UFABC, graduada em Direito pela Faculdade de Direito de Sorocaba e em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo. Programadora Visual. E-mail: isabellimafranca@hotmail.com

Introdução

Nos processos de mulheres infratoras com problemas mentais, o diagnóstico de inimputabilidade restringe a objetividade das decisões judiciais devido à interpretação conferida a essa prova pericial pelo Judiciário. No caso sob análise, uma mulher diagnosticada com *folie à deux* foi acusada de tentativa de homicídio contra os filhos, porque permitiu que seu marido atentasse contra a vida deles. O objetivo do trabalho consistiu em verificar como o juiz utilizou o diagnóstico do psiquiatra para fundamentar a decisão de internação dela em Manicômio Judiciário. Nesse sentido, percebemos que a associação entre os saberes médico e jurídico além de fragilizar os princípios do Contraditório e da Ampla Defesa no Processo Penal, contribui para a indeterminação do prazo das medidas de segurança de internação, que na maioria das vezes ultrapassa o tempo de pena cominada para o crime cometido¹.

1.O evento criminoso e o *Folie à deux* como causa de inimputabilidade

No dia 2 de fevereiro de 2003, o casal AA e SMRA se envolveu em um acidente de trânsito e, após descerem do carro, a esposa entregou o filho do casal de um ano ao marido e este arremessou a criança contra o para-brisa de outro carro que vinha em direção contrária. Após esse ato, ambos atravessaram a rua correndo e o marido pegou a filha de seis anos e bateu violentamente a cabeça dela contra uma árvore, enquanto a esposa batia, também, sua própria cabeça. As pessoas que assistiram ao fato disseram que o casal parecia estar em um transe hipnótico, dizendo frases sem sentido. Durante o episódio, a mulher se comunicava com o marido de forma ininteligível e este somente não concretizou o homicídio da filha porque foi contido pelas pessoas que assistiam a cena.

Durante o inquérito, a mulher não quis se manifestar, mas, ao ser interrogada em juízo, alegou que não se lembrava dos fatos, recordando-se apenas que, no momento da colisão, para proteger o bebê colocara seu corpo à frente do dele. Depois disso, afirmou não se recordar de mais nada, não conseguindo, assim, explicar o que acontecera. Em seu interrogatório, ela informou ao juiz que o marido parecia normal no dia dos fatos e quando recobrou a consciência na cadeia, chorou muito por saber que havia agredido as crianças. Acrescentou que ele tinha uma irmã com doença mental e a mãe também já havia apresentado alguns problemas nesse sentido. No exame psiquiátrico, seu marido foi diagnosticado pelo assistente técnico como portador de constituição epiléptica, mas o perito

¹ FOUCAULT, Michel. *El poder psiquiátrico*, 2014a. FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*, 2014b.

oficial desconsiderou esse diagnóstico, porque o eletroencefalograma não corroborou a tese de epilepsia, diagnosticando-o com transtorno psicótico agudo. No curso do inquérito, foram realizados dois exames taxológicos no marido, sendo que o primeiro apresentou resultado positivo para cocaína, mas o segundo apresentou resultado negativo. Ainda em seu depoimento, a mulher afirmou que o marido nunca havia usado “drogas”, não tendo sequer chegado perto delas e que ambos estavam sóbrios no dia dos fatos.

No exame de sanidade mental da mulher, o perito considerou que, apesar de ela não apresentar qualquer antecedente de doença mental na família, aparentava sintomas psicóticos por influência do marido e por isso foi diagnosticada com *folie à deux*, até porque os depoimentos de parentes e familiares corroboraram essa tese, afirmando que o casal era inseparável, sempre trabalhou junto e vivia na mais perfeita harmonia.

O termo “*folie à deux*” foi utilizado pela primeira vez no século XIX, em uma monografia escrita em 1877 por Charles Lasègue e Jules Falret¹, denominada “La folie à deux”, para descrever o delírio de perseguição apresentado por um casal que assassinou uma pessoa que passava em frente a sua residência em decorrência das ideias de perseguição que apresentavam. Também conhecido como “*folie communiquée*”², esse transtorno envolve duas pessoas entre quais se estabelece uma conexão e apresenta “de um lado o doente ativo e de outro, o indivíduo receptivo que sofre a influência” do primeiro. Embora a maioria dos autores considere esse transtorno raro, Arnone³ observou que a transferência de sintomas psicóticos de um (primário) indivíduo para outro (secundário) pode ocorrer em diversas situações, muitas delas, inclusive, fora dos limites do atual sistema de classificação de diagnóstico, demonstrando que talvez a doença não seja assim tão rara quanto se imagina.

Essa imprecisão que acompanha os contornos da doença se manifesta também na variedade de termos utilizados para conceituá-la, pois, no Manual DSM (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*), o transtorno foi classificado como “Transtorno psicótico compartilhado”, na CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – ele aparece como transtorno psicótico induzido (F24) e na Organização Mundial de Saúde (OMS) é caracterizado como transtorno delirante induzido e considerado

¹ LASÈGUE Charles; FALRET, Jules. A loucura a dois (1877), 2006.

² PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A loucura como fenômeno transindividual: sobre a folie-à-deux, segundo Lasègue e Falret, 2006.

³ ARNONE, Danilo et al. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature, 2006

um distúrbio delirante raro, "*partilhado por duas ou, ocasionalmente, mais pessoas que mantêm laços emocionais íntimos. Somente uma pessoa sofre de um transtorno psicótico genuíno. Os delírios são induzidos no outro e usualmente desaparecem quando as pessoas são separadas*". *Classificação Internacional de Doenças*, 10a. ed., p. 103¹.

Em seu texto, Arnone também contestou o tratamento da doença defendido por outros autores de que basta a separação dos envolvidos para que o agente secundário deixe de apresentar os sintomas da doença, pois, de acordo com ele, esse método se mostrou inadequado ou insuficiente em grande número de casos de pessoas diagnosticadas com o transtorno. Além disso, a classificação de doenças mentais no DSM V, feita a partir de uma sintomatologia comum a vários transtornos, não permite que os diagnósticos desfrutem de plena certeza, devendo eles sempre ser relativizados, ainda mais quando os fatores históricos e sociais da vida dos pacientes deixam de ser levados em conta².

Nos casos de *folie à deux*, o diagnóstico de problemas mentais na verdade é feito apenas em relação ao delirante primitivo que é considerado legitimamente psicótico, enquanto o segundo é visto como um indivíduo frágil, o qual, devido a uma situação de proximidade, intimidade e isolamento, acaba por se deixando fascinar e envolver pelo sistema delirante do primeiro³.

Apesar de Lasègue e Falret afirmarem ser contagiosa a alienação mental, de modo que o convívio com os doentes não devesse ser considerado isento de perigo para os que vivem em contato com eles, Arnone observa que isso é verdadeiro para os que são predispostos a problemas mentais e encontram no psicótico uma oportunidade para desencadear o processo, mas isso não ocorre com a maioria das pessoas.

Para Pereira, a propensão mórbida para aderir à loucura do sujeito delirante depende de o segundo parceiro ter uma "inteligência fraca, mais disposta à docilidade passiva do que à emancipação" e viver em constante presença do doente, engajando-se a ele por meio de um interesse pessoal, por isso a doença geralmente ocorre entre pessoas próximas da mesma família, especialmente marido e esposa, mães e filhos ou entre irmãos. Para ele, na constituição desse transtorno mental há sempre o envolvimento de uma relação de poder assimétrica na qual uma pessoa impõe a outra, ou outras, crenças altamente prejudiciais,

¹ Embargos Infringentes nº 475.701-3/5-0, p. 5

² CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança, 2014.

³ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A loucura como fenômeno transindividual: sobre a folie-à-deux, segundo Lasègue e Falret, 2006.

inadequadas e socialmente não compartilhadas, apesar de haver casos em que ambos os parceiros são portadores da psicose, sendo, assim, minimizadas as desigualdades de poder dentro da relação¹.

Em vista disso, a maioria das teorias que abordam a etiologia da *folie à deux* se mostrou inconclusiva e, apesar de os autores ressaltarem a importância de fatores genéticos, relatando os casos entre gêmeos e parentes próximos, fatores como a identificação inconsciente, a convivência próxima e conjunta, a interdependência e os mecanismos de defesa que desencadeiam hostilidade e culpa também podem ser responsáveis por esse processo.

Entretanto, segundo Baldaçara², os transtornos nas relações interpessoais podem ser considerados um dos elementos mais importantes para o aparecimento de crenças delirantes que, nos casos de *folie à deux*, tendem a desaparecer quando o agente secundário é separado do primário. No diagnóstico dessa doença, a dependência mútua entre os indivíduos os leva a construir um mundo à parte, de modo que a forma como o casal analisado se relacionava foi um dos fatores que levou os psiquiatras forenses a diagnosticarem a mulher como portadora dessa doença.

Além disso, outro fator considerado pelo perito para corroborar o diagnóstico de *folie à deux* foram as falas proferidas pela mulher durante o fato criminoso, visto que ela respondia às perguntas do marido de forma incompreensível e gritava frases sem sentido, como “*rá satanás, rá satanás*”, criando um liame comunicativo que fortalecia o vínculo entre os dois, mas ao mesmo tempo os isolava.

O psiquiatra afirmou que, no momento do fato, ela estava em aparente confusão mental e respondia às perguntas do marido como se estivesse em transe, demonstrando que seu estado psicótico acompanhava o surto dele.

Embora durante o exame de insanidade mental a acusada afirmasse que no momento do crime se sentia como “se estivesse morta, como se não estivesse lá e não se lembrava de ter batido sua cabeça na árvore, nem ter se deitado no meio do mato”, o perito afirmou que a memória de ambos estava preservada, demonstrando “amnésia episódica apenas em relação aos fatos”, concluindo, no caso da mulher,

¹ I PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A loucura como fenômeno transindividual: sobre a folie-à-deux, segundo Lasègue e Falret, 2006.

² BALDAÇARA, Leonardo et al. Folie à deux: conceito e relato de caso, 2018.

tratar-se de "transtorno psicótico compartilhado,... ou transtorno delirante induzido...", aduzindo "tratar-se de transtorno mental que aparece na forma de surto agudo, sem sinais prévios, que pode se repetir, oferecendo risco a outros, oferecendo perigo a si própria, sua prole e à sociedade de forma geral,...", classificando os réus como inimputáveis, por não terem à época dos fatos capacidade de entender o caráter criminoso das ações.

O diagnóstico de inimputabilidade permite ao juiz decretar uma medida de segurança para tratamento imediato, submetendo a paciente a exames periódicos para verificação do seu estado mental. Porém, para o Judiciário, basta a declaração de inimputabilidade e a avaliação da periculosidade do agente, pois, para o direito, o tipo de doença que o paciente tem não acarreta mudanças no julgamento, de modo que mesmo que houver diagnósticos divergentes, eles não modificam o resultado da demanda se ambos atestarem a inimputabilidade.

O fato é que determinadas doenças estão mais relacionadas a condutas perigosas que outras e o perito acaba tendo que considerar essa periculosidade para uma futura reincidência, o que transforma essa tarefa em uma missão quase impossível.

Além disso, a base indiciária dos diagnósticos relativiza muito as conclusões do perito levando os juízes a decidirem com maior discricionariedade, aumentando a subjetividade das decisões.

2.A interpretação do diagnóstico psiquiátrico nos recursos judiciais do TJSP

O diagnóstico de problemas mentais e sua avaliação pelo Judiciário sempre envolvem a observação de subjetividades que influenciam os julgamentos e possibilitam que decisões similares sejam interpretadas de modo diferente.

No caso sob análise, as decisões tiveram resultados diferentes porque tanto o psiquiatra quanto o juiz modificaram sua declaração acerca da periculosidade da acusada, visto que, no primeiro julgamento, o juiz optou pela internação da paciente em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e, no segundo, o desembargador decidiu encaminhar a paciente para tratamento ambulatorial porque considerou cessada sua periculosidade.

Ao analisar as duas decisões judiciais, um Recurso em Sentido Estrito¹ pleiteando a nulidade da decisão de pronúncia e os Embargos infringentes² interpostos contra a decisão desse Recurso, verificou-se que o tempo médio de julgamento dos recursos tem acarretado excessos de prazo das prisões cautelares, uma vez que, a partir do momento em que ocorre um diagnóstico de insanidade, o cumprimento da sanção deixa de ser regulado pelo tempo de pena cominado para o crime cometido e passa a depender de pareceres atestando a ausência de periculosidade da acusada.

Note-se que embora as duas decisões mencionem o diagnóstico de *folie à deux* como causa da inimputabilidade da acusada, o juiz não se fundamentou nas particularidades da doença para decretar a internação, mas sim na suposta periculosidade atribuída à paciente pelo perito e na possibilidade de reincidência que ela poderia acarretar. No entanto, a periculosidade atribuída aos pacientes é uma ficção jurídica por ser parte de uma presunção, visto que não há como um perito afirmar com certeza se um paciente mental voltará ou não a delinquir.

No caso dessa mulher, embora o advogado tivesse argumentado que sua participação fora menor de potencial ofensivo, uma vez que ela não havia praticado qualquer ato executório contra as crianças, o juiz de primeira instância entendeu que por incentivar o marido, ela havia deixado de apresentar o dever de cuidado e proteção em relação aos filhos, por isso decidiu pronunciar a denunciada para ser julgada pelo Tribunal do Júri. O Recurso em Sentido Estrito foi interposto contra essa decisão tanto pelo Ministério Público quanto pela defesa, o primeiro solicitando a internação e o segundo o tratamento ambulatorial, que ela já vinha fazendo porque havia conseguido liberdade provisória.

No julgamento do Recurso, o TJSP acatou a tese do Ministério Público para decretar a imediata aplicação de Medida de Segurança de internação em HCTP, argumentado que a gravidade do delito demonstrava a periculosidade da acusada, e, além disso, o perito havia sugerido acompanhamento psiquiátrico para avaliar a evolução de seu quadro clínico. Nesse Recurso, os magistrados afirmaram que não poderiam desprestigiar o laudo técnico do médico, pois, apesar das divergências em relação aos laudos periciais do marido, em ambos diagnósticos

¹ Recurso em Sentido Estrito nº 475.761.3/3-00

² Embargos Infringentes nº 475.701-3/5-0

“sobejam evidências de que agiram com absoluto estado de inconsciência, pois privados totalmente de seus sentidos, estando completamente alheios aos fatos, de forma que não podiam ou não tinham capacidade de entender o caráter ilícito dos fatos, assim como determinar-se de acordo com esse entendimento¹.

Assim, na decisão judicial do Recurso em Sentido Estrito, a maioria dos desembargadores optou pelo regime de internação em manicômio judiciário considerando a natureza do crime e a periculosidade presumida da acusada, computando-se, porém, o período em que ela esteve presa provisoriamente aguardando julgamento para efeito de detração penal².

A defesa, porém, não se conformando com o regime de internação, observou que essa decisão contrariou os preceitos da Lei 10.216/2001 que derogou implicitamente os dispositivos do Código Penal brasileiro para tornar regra o tratamento ambulatorial e exceção o regime de internação. Dessa forma, foram interpostos Embargos Infringentes apresentando novo laudo médico acerca do estado mental da paciente e pleiteando novamente a substituição da internação por regime ambulatorial.

Na interposição dos Embargos, a defesa enfatizou que a acusada não possuía antecedentes criminais, não era usuária de drogas, tinha voltado a trabalhar e possuía boas relações sociais e familiares, apresentando, ainda, afirmação do psiquiatra de que

"a pericianda no momento não tem mais indicação de tratamento psiquiátrico em regime de internação. O tratamento ambulatorial será suficiente e possibilitará que a pericianda retorne progressivamente às suas atividades habituais e ao convívio familiar"³.

No laudo, o psiquiatra reforçou que a acusada fora diagnosticada com “transtorno psicótico compartilhado”, conhecido como *folie à deux*, “transtorno delirante induzido ou insanidade dupla, que é caracterizado pela transferência dos delírios de uma pessoa para outra e cujo tratamento exige afastamento entre os envolvidos, notificando, ainda, que tal afastamento era fato desde o acontecimento do evento criminoso, tendo-se decorrido mais de três anos desde então.

¹ Recurso em Sentido Estrito nº 475.761.3/3-00, p. 1

² Ibidem

³ Embargos Infringentes nº 475.701-3/5-0, p. 5

Para reforçar esse argumento, a Defesa juntou, ainda, atestados do psicólogo que comprovavam que a paciente fazia tratamento psicoterápico com acompanhamento semanal, não necessitando, portanto, de medicação psiquiátrica.¹

No julgamento dos Embargos Infringentes, o desembargador argumentou que, diante dessa nova perspectiva, o tratamento ambulatorial parecia ser mais adequado do que a internação conferida à paciente pelo acordão anterior, estabelecendo esse tratamento pelo prazo mínimo de um ano, pois a medida lhe parecia suficiente para a recuperação plena da saúde mental da acusada, além de possibilitar o restabelecimento do vínculo entre ela e os filhos. Assim, fundamentou sua decisão argumentando que em casos de medidas de segurança deve prevalecer “a conclusão pericial e não a natureza da pena”, pois

se o perito médico especializado indica como suficiente o tratamento ambulatorial, mesmo para o inimputável ou semi-imputável sujeito ativo de infração penal punida com reclusão, é porque considerou que ele não apresenta desajuste de ordem psíquica que represente perigo à sociedade, devendo-se evitar, sempre que legalmente possível, a internação em casa de tratamento, mesmo ante a expressa disposição do art. 97 do Cód. Penal².

Acrescentou que exigir a internação, além de privar os filhos do convívio que necessitam em relação à mãe, ainda significaria desacatar conselho dos especialistas médicos que examinaram a paciente e deram seu parecer.

Assim, verificamos que a grande responsabilidade atribuída aos peritos pode acarretar distorções em muitos julgamentos, pois além de o exame ser elaborado para verificar uma conduta pretérita, a fim de verificar se ou quanto a paciente tinha consciência de seus atos no momento do fato criminoso, ainda deve apontar a possibilidade de a pessoa com problema mental voltar a delinquir, tarefa praticamente impossível apesar do diagnóstico de doença mental.

Diante disso, muitos peritos preferem ser cautelosos e recomendar a internação apenas com base na doença, muitas vezes sem considerar a gravidade do crime cometido ou a conduta perpetrada pela pessoa que apresenta problemas mentais.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a divisão da responsabilidade entre o saber jurídico e o

¹ Ibidem, p. 6

² Embargos Infringentes nº 475.701-3/5-0, p. 8

psiquiátrico, além de suprimir a subjetividade do doente mental, tratando-o como mero objeto de análise, deixa de considerar outros elementos e circunstâncias importantes para o julgamento do fato criminoso, visto que a prevalência da doença permite ao juiz um julgamento antecipado, sem necessidade de considerar outras circunstâncias que envolveram o fato criminoso.

Além disso, no cumprimento da medida de segurança, a cronicidade de determinadas doenças mentais leva o perito a manter um diagnóstico de periculosidade mesmo após a paciente já ter cumprido tempo superior à pena cominada para o crime cometido, acarretando uma espécie de prisão perpétua para pessoas portadoras de problemas mentais. Isso se mostra muito grave quando se sabe que a medida de segurança de internação no Brasil tem sido cumprida nos mesmos moldes ou até mesmo de forma pior que uma pena de reclusão.

Conclusão

Na análise desses recursos, concluímos que o saber médico acentuou a faceta coercitiva do direito penal porque a subjetividade dos diagnósticos aliada à discricionariedade judicial dificultou a defesa de pessoas com problemas mentais, além de possibilitar distorções no julgamento delas devido à inversão da lógica da verdade real do processo pela dinâmica indiciária da medicina, o que resulta em ausência de cognição plena pelo juiz e excessos de prazos no cumprimento da sanção.

No cumprimento dessas decisões, verificamos que se a paciente não tivesse obtido liberdade provisória no curso do processo, como ocorre na maioria dos casos de pessoas com problemas mentais, ao tempo do julgamento do segundo recurso ela já teria cumprido 5 anos da sanção de internação, pois o fato criminoso ocorreu em 2003 e o recurso foi julgado apenas em 2008, o que, dependendo do crime cometido, acarretaria prazo de sanção superior à pena cominada.

Referências bibliográficas

ARNONE, Danilo; PATEL, Anish; TAN, Giles Ming-Yee — The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Annals of general psychiatry*. 5.1 (2006) 11.

BALDAÇARA, Leonardo et al. Folie à deux: conceito e relato de caso. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 51:2 (2018) p. 63-68.

BRASIL. JURISPRUDÊNCIA DO TJSP. Recurso em Sentido Estrito 475.761 3/3-00.

VOTO nº 21973. Campinas, 2005. Disponível em:

<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do>. Acesso em: 12 de nov. de 2018

BRASIL. JURISPRUDÊNCIA DO TJSP. Embargos Infringentes nº 475.701-3/5-01.

VOTO nº 6666 Campinas, 2008. Disponível em:

<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do>. Acesso em: 12 de nov. de 2018

CAPONI, Sandra — O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 24 (2014) 741-763.

FOUCAULT, Michel — *El poder psiquiátrico*. 1ª Ed. 4ª reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica, 2014a.

FOUCAULT, Michel — *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2014b.

LASÈGUE, Charles; FALRET, Jules — A loucura a dois (1877). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 9:4 (2006) 714-728.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa — A loucura como fenômeno transindividual: sobre a folie-à-deux, segundo Lasègue e Falret. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 9:4 (2006) 709-713.

Agradecimentos

Agradeço aos professores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita pelas contribuições e atualizações tão importantes que esse Evento me proporcionaram sobre o tema. Agradeço ainda, a Inês Pinto da Cruz pela gentileza e disponibilidade com a qual se dispôs a discutir sua tese.

**X CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
X INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**II Simposium Internacional Mulheres e Loucura
II Internacional Symposium Women and Madness**

Coimbra, Portugal, 6-8 Maio/may, 2019



Manicómio Sena — Coimbra

Local/Venue: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra. Coordenadas GPS: 40.219679, -8.4181

Organização e apoios científicos e institucionais (em construção)

SHIS



**X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria
e Saúde Mental**

**X International Congress on the History of Madness,
Psychiatry and Mental Health**

II Simposium Internacional Mulheres e Loucura

II International Symposium Women and Madness

6-8 de maio 2018 / 6-8 May 2018

Universidade de Coimbra

Portugal

PROGRAMA / PROGRAM

6 DE MAIO / 6 MAY

9h45 — Sessão de abertura / Opening ceremony

10h00 — 1ª Sessão de comunicações

O RETRATO DA LOUCURA E DA SAÚDE MENTAL NA OBRA MÉDICA E FILOSÓFICA DE ISAAC CARDOSO, ANTIGO PHYSICO-MOR DA CORTE MADRILENA E MÉDICO NO GHETTO VENEZIANO — Luciana C. F. Braga

TO TAKE A NEW ACQUAINTANCE OF THY MIND – DESCRIPTIVE PSYCHOPATHOLOGY IN SHAKESPEARE'S FOUR GREAT TRAGEDIES — Pedro de Sousa Martins

MENTAL HEALTH DISORDERS THAT HAVE CHANGED HISTORY — Bogdan Horia Chicoş

LOUCURA E ESCRAVATURA — Romero Bandeira; Mafalda Reis; Isa João Silva; Sara Gandra; Rui Ponce Leão

DARWIN E A PSIQUIATRIA: A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPETIVA EVOLUCIONÁRIA — Cátia Martins; Filipa Caetano; Serafim Carvalho

11h45 — Intervalo / Coffee break

12h00 — Conferência plenária / plenary session

O MODELO AGÓNICO DA MENTE HUMANA: DA GUERRA INTERIOR E DA TEORIA DAS FACULDADES AO MÉTODO DAS LESÕES E À INIMPUTABILIDADE — Manuel Curado

12h30 — Apresentação e discussão dos posters / Poster presentation

13h00 — Almoço / Lunch

14h00 — 2ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

ARTE E SAÚDE MENTAL. DIVULGAÇÃO E EXPANSÃO DO FUNCHAL NO SÉCULO XIX — Alfredo Rasteiro

A HISTÓRIA DA ARTE BRUTA — Mariana Mendonça Bettencourt; Pedro Sousa Martins; Carina Bragança Rodrigues; Vítor Pimenta

EXISTE ART BRUT EM PORTUGAL? — Stefanie Gil Franco

ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO: LOUCURA, ARTE E PATRIMÔNIO CULTURAL — Viviane Trindade Borges

Sala B / Lecture Room B

120 ANOS DA PROMULGAÇÃO DA LEI DE 17 DE AGOSTO DE 1899: UM MARCO INCONTESTÁVEL NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE EM PORTUGAL — Inês Pinto da Cruz

MAGALHÃES LIMA (1850-1928). EM NOME DA RAZÃO E DOS PRECEITOS CIVILIZADORES: A CREMAÇÃO DE CADÁVERES PARA UMA HIGIENE SOCIAL — Porfirio Pereira da Silva

LA LEY DE PELIGROSIDAD Y REHABILITACIÓN SOCIAL: SUJETOS Y EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO (1970-1979) — Ricardo Campos

REHABILITACION LABORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. LA HISTORIA DE LAR — Miguel A. Miguelez Silva; Ana Rita dos Santos Rocha; Raimundo Mateos Alvarez; Tiburcio Angosto Saura

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h30 — 3ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

INTERNAMENTO E FUGA DE ALBERTO DA CUNHA DIAS: NOVOS DADOS SOBRE UMA VELHA POLÊMICA — Adrián Gramary

FUENTES PARA LA HISTORIA DE LA LOCURA: LA CORRESPONDENCIA DE LOS PACIENTES MENTALES — Rafael Huertas; Olga Villasante

O ARQUIVO DE MEMÓRIAS DE UM ABRIGO DE ALIENADOS: FONTES E PROBLEMATIZAÇÕES — Mariana Zobot Pasqualotto; Andrea Vieira Zanella

STORIES Y “RETRATOS” CLÍNICO-ASISTENCIALES DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN OURENSE-GALICIA-ESPAÑA (del Siglo XIX al XXI) — Belén Zapata Quintela; David Simón Lorda; Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos; Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

Sala B / Lecture Room B

APONTAMENTOS HISTORIOGRÁFICOS E PROSOPOGRÁFICOS SOBRE A PERSONAGEM DO CIENTISTA LOUCO — Sérgio P. J. Rodrigues

DEL ONANISMO A LA PSICOSIS MASTURBATORIA. REIVINDICACIÓN HISTÓRICA DE LA "CULPA MASTURBATORIA" EN LA FENOMENOLOGÍA CLÁSICA EN LA PSICOSIS — J. Luis Día Sahún ; M. Romance Aladren; A. González Maiso; D. Romera Morales

EL “AMOR SÁFICO” EN A.C. MONTEIRO — Francisco Molina Artaloytia

HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA SEXUALIDAD. REIVINDICACIÓN DE LA OBRA DE SEXÓLOGAS, FILÓSOFAS Y ACTIVISTAS LIBERTARIAS, "MUJERES LIBRES" EN LA LUCHA CONTRA LA REPRESIÓN SEXUAL DE ORIGEN NEURÓTICO — J. Luis Día Sahún; L. Día Guillen; P. Ortega López-Alvarado; C. Pérez Pemán; A. Guillen Berges

18h00 — Encerramento do 1º dia / Closing 1st day

7 DE MAIO / 7 MAY

10h00 — 4ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

PRESENÇA DA PSIQUIATRIA NA ALEMANHA NAZI – RETRATO CINEMATOGRAFICO — Inês Homem de Melo

«NOCHE Y NIEBLA» EN LA FRANCIA OCUPADA POR LOS NAZIS: LOS MINKOWSKI, LA OSE Y OTRAS STORIES — Rosana Ortiz Soriano; David Simón Lorda*; Cristina Carcavilla Puey; Jessica Pérez Triveño; Raquel Fraga Martínez; Belén Zapata Quintela

PSYCHIATRY IN THE THIRD REICH: IMPLICATIONS FOR OUR PRESENT — D. Teixeira; L. Costa; A. Marques; B. Melo; C. Alves Pereira; R. Sousa; J. Brás; S. Borges

LAS POLÍTICAS DE LA OMS EN SALUD MENTAL Y EL TARDOFRANQUISMO (1955-1975) — David Simón Lorda

Sala B / Lecture Room B

“O ALIENISTA” DE MACHADO DE ASSIS: QUEM É LOUCO? — Carolina Machado; Bárbara Almeida; Margarida Passos

O RETRATO DE DORIAN GRAY À LUZ DO MITO DE NARCISO — Daniela Vilaverde; Jorge Gonçalves

PSICOPATOLOGIA E RECURSOS POÉTICOS EM “OS PASSOS EM VOLTA”, DE HERBERTO HÉLDER – UMA VISÃO DE UM PSIQUIATRA — D. Teixeira; L. Costa; A. Marques; B. Melo; C. Alves Pereira; R. Sousa; J. Brás; S. Borges

CAMILO PESSANHA E O ÓPIO – DROGA OU SONHO E POESIA? — Diana Amorim Pires; Margarida Passos; Paulo Horta

11h30 — Intervalo /Coffee break

11h45 — 5ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

SOBRE NARCOANÁLISIS Y LA “AMITAL INTERVIEW”: ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICOS Y ACTUALES — Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Pérez Triveño; Rosana Ortiz Soriano; Sandra Rodríguez Ramos

PSICADÉLICOS E PSIQUIATRIA: PASSADO E FUTURO — Fábio Monteiro da Silva

“LITHIUM”, A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA BIPOLAR ATRAVÉS DA MÚSICA — Maria João Amorim; Janaína Maurício

Sala B / Lecture Room B

OS ESCRITOS E DESENHOS DO BAILARINO VASLAV NIIJNSKY — Ana Rita dos Santos Rocha; Miguel A Miguelez Silva; Tiburcio Angosto Saura

METAMORFOSES FANTÁSTICAS COMO METÁFORA DE PATOLOGIA MENTAL: OLHARES SOBRE O TEATRO DE EUGÈNE IONESCO — Rosário Neto Mariano

SÍNDROME DE CAPGRAS – UMA ANÁLISE DE TRÊS FILMES DA HISTÓRIA CINEMATOGRAFICA — Gustavo França; Diana Pires

13h00 — Almoço / Lunch

14h00 — II Simposium Internacional Mulheres e Loucura

II International Symposium Women and Madness

14h00 — Conferência plenária/Plenary session

OS PRINCIPAIS ASSASSINOS PORTUGUESES — Joana Amaral Dias

14h30 — 6ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

DOIDA NÃO! — Daniela Vilaverde; Jorge Gonçalves

MARIA! NÃO ME MATES QUE SOU TUA MÃE! MARIA JOSÉ - INIMPUTÁVEL ANTES DO TEMPO? — Ana Filipa Teixeira; Tiago Ventura Gil; Sílvia Castro

¿RESISTIR O DISIDIR? EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO DE MUJERES EN MANICOMIOS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA DE MARÍA ZAMBRANO — Celia García-Díaz; María Gracia Navarro

HOSPITAL DE ALIENADOS – CASTIGO PIOR DO QUE A FORÇA PARA A MATRICIDA — Marta Roque Pereira, Antónia Formelos

Sala B / Lecture Room B

JANE EYRE VS. BERTHA MASON – A DICOTOMIA FEMININA E A DOENÇA MENTAL NO ROMANCE VITORIANO — Diana Amorim Pires; Gustavo França; Paulo Horta

IDEAÇÃO E CONSUMAÇÃO SUICIDA NO GÉNERO FEMININO – REVISITAR ANNA KARENINA — Diana Amorim Pires, Gustavo França, Paulo Horta

AS FIGURAS FEMININAS DA FAMÍLIA DE JÚLIO DE MATOS — Tânia Sofia Ferreira

O MONTE DOS VENDEVAIS: CONSTRUÇÃO, GÉNERO E PSIQUE? — Patrícia Azevedo; Pedro Sousa Martins; Ana Silva Pinto

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h15 — 7ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

D. MARIA I, A LOUCA — Maria João Amorim; Janaína Maurício

OLYMPE DE GOUGES E ANNE-JOSÈPHE DE MÉRICOURT OU DA LOUCURA COMO TRIBUTO DO FEMINISMO REVOLUCIONÁRIO — Rosário Neto Mariano

EM BUSCA DO ANANCÁSTICO NOS EVANGELHOS — Marta Roque Pereira, Antónia Fornelos

A LOUCURA NA MATERNIDADE — M.E. Pereira, R. Caetano Silva

Sala B / Lecture Room B

RETRATO DA MARQUESA DE JÁCOME CORREIA — Mariana Mendonça Bettencourt; Pedro Sousa Martins; Carina Bragança Rodrigues; Vítor Pimenta

O SONHO E A METAMORFOSE EM “A VEGETARIANA” DE HAN KANG UM ENSAIO SOBRE A AGRESSIVIDADE — Bárbara Almeida, Carolina Machado, Catarina Fonseca

A MELANCOLIA NA PRAXIS INQUISITORIAL — Adília Fernandes

AN (SUCCESSFUL) ANTROPOLOGIST ON MARS — Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Lúcia Castanheira

18h00 — Encerramento do 2º dia / Closing 2nd day

8 DE MAIO / 8 MAY

10h00 — 8ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

MODELO DE PERSONALIDADE DE BARAHONA FERNANDES — B. Melo; C. Alves Pereira; A. Marques; D. Teixeira; L. Costa; J. Brás, R. Sousa; E. Monteiro; J.H. Silva

PERSONALIDADE BORDERLINE: NA FRONTEIRA DA LOUCURA? — Carolina Machado; Bárbara Almeida; Paula Valente

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES COMO RESISTENCIA A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE LA DICTADURA MILITAR CHILENA: LA APLICACIÓN DEL “PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS” EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL, SANTIAGO DE CHILE, 1976-1978 — Claudia Araya Ibacache; César Leyton Robinson

(DES)DRAMATIZAR A DOENÇA MENTAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PSICODRAMA — Rita Leite; Tiago Santos

Sala B / Lecture Room B

O QUE DOSTOIEVSKI NOS ENSINOU SOBRE JOGO PATOLÓGICO — Inês Homem de Melo

CRIATIVIDADE E A DOENÇA MENTAL: O CASO DE VINCENT VAN GOGH — Pedro Mota

VIGIAR E PUNIR – A DISCIPLINA VIGENTE NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO — Teresa Matos Mendonça; Ana Beatriz Medeiros; Sandra Nascimento

11h30 — Intervalo / Coffee break

11h45 — 9ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

TRAUMA E MODOS DE SUBJECTIVAÇÃO — Cátia Guerra

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS — Manuela Alvarez; Fábio Mendes; Helena Nogueira

MASS SCHOOL SHOOTING: UMA FORMA DE AMOK? — Pedro Macedo; Vítor Pimenta

Sala B / Lecture Room B

PARALISIA GERAL DOS ALIENADOS — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

A TUBERCULOSE COMO DOENÇA PSICOSSOMÁTICA NO SÉCULO XIX — Nuno Borja Santos; Filipa Ferreira; Carlota Tomé; Luís Afonso Cunha

O MANUAL “ENFERMAGEM DE ALIENADOS” (1932) NO CONTEXTO DA ÉPOCA — Lucília Nunes

13h00 — Almoço / Lunch

14h30 — 10ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

PSICOSE HISTÉRICA – AO LONGO DA HISTÓRIA — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA PSICOPATIA: DE MANIE SANS DELIRE À PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL — Antónia Fornelos; Ilda Vaz; Dulce Maia; Marta Roque

A EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA ALUCINAÇÃO – ORIGENS E PERCURSOS — Bianca Jesus; Diana Cruz e Sousa; João Martins Correia; Susana Nunes; Sofia Caetano

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO MELANCOLIA — Sandra Torres; João Vilas Boas; Andreia Lopes

ESQUIZOFRENIA – A EVOLUÇÃO DE CONCEITO(S) — Sofia Domingues; Regina Massano

Sala B / Lecture Room B

“BEM-VINDO À NEUROPOLIS”: O APELO À REMODELAÇÃO NEUROQUÍMICA DO EU NAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS NORTE-AMERICANAS AOS NEUROFÁRMACOS — Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, AS CONSEQUÊNCIAS NA MENTE HUMANA — Ana Paula Araújo; Anabela da Costa Martins

A ARTE & INCLUSÃO NA DOENÇA MENTAL – PROJETO INCLUIR — Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Ricardo São João; Teresa Coelho; Teresa Massano; Nuno Agostinho
O FOLIE À DEUX COMO FUNDAMENTO PARA UMA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
— Isabel Bezerra de Lima Franca

A PSIQUIATRIA DE SNEZHNEVSKY COMO FORMA DE ABUSO POLÍTICO — João Martins Correia; Bianca Jesus

18h00 Sessão de encerramento do X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental - X International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / II Symposium Internacional Mulheres e Loucura - II International Symposium Women and Madness

COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS

O DELÍRIO SENSITIVO DE REFERÊNCIA — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA GELFA – EVOLUÇÃO HISTÓRICA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Daniela Brandão

HISTÓRIA DA HIDROTERAPIA NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Daniela Brandão

REPRODUCTIVE BIOETHICS IN IBERIAN CONTEXT — João Proença Xavier

CULTURE BOUND SYNDROMES (CBS) - Ana Almeida; Diana Monteiro; João Magalhães

TRÊS HISTÓRIAS, TRÊS MEMÓRIAS: CASOS CLÍNICOS DO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA NO FINAL DO SÉCULO XIX - Analisa Candeias; Luís Sá; Alexandra Esteves

A CHEGADA DA SAÚDE MENTAL A COIMBRA - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes
DOENÇA MENTAL: DO CONCEITO À CRÍTICA ... - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

RENASCIMENTO: DA RECLAMAÇÃO DA LIBERDADE AO ABOMINAR DE FORÇAS NATURAIS - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

HISTERIA: DA TEORIA DO ÚTERO ERRANTE À DSM III - Mariana Jesus; César Cagigal; Sandra Silva; Vera Martins

A MANIA DE LUTHER BELL - Lúcia Castanheira, Catarina Cordeiro, Elsa Fernandes, Ana Beatriz Medeiros, João Pedro Lourenço

Organização e secretariado

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Co-organização científica e colaboração científica e institucional

Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSCCT-CEIS20 (coordenadores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira)

Comissão Científica

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Isabel Nobre Vargues (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Juan Antón Rodríguez Sanchez (Universidad de Salamanca, Spain)
- Maria do Rosário Mariano (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Tania Fonseca (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
- Romero Bandeira (Universidade do Porto, Portugal)

Comissão Organizadora

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira, Presidente (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

SHIS



CEIS20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível o *Congresso*: desde logo Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra pelo acolhimento no seu espaço. Mas também o Turismo do Centro Portugal



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Coleção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Diretores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 18**Título**

Mulheres e Loucura — II

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Resumo

Esta obra colectiva intitulada *Mulheres e Loucura — II* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros apresentados no *II Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* integrado no *X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* que serviram de base a comunicações apresentadas no referido *Simpósio* realizado na Universidade de Coimbra nos dias 6 a 8 de Maio de 2019.

Volumes publicados:

1. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução (1859-2009). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 252 p. ISBN: 978-972-8627-23-2
2. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 100 p. ISBN: 978-972-8627-22-5
3. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (1934-2010). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 87 p. ISBN: 978-972-8627-21-8
4. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2011. 145 p. ISBN: 978-972-8627-33-1
5. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — Hereditariedade. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá lugar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9
9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3

10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5
11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8
12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5
13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3
14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5
16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — I. Coimbra: GHSC-CEIS20/SHIS, 2019. 106 p. ISBN: 978-989-54537-0-2.
17. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 344 p. ISBN: 978-989-54537-1-9
18. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — II. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 97 p. ISBN: 978-989-54537-2-6

