Revista eletrônica HISTÓRIA EM REFLEXÃO

PPGH - Programa de Pós-Graduação em História
UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados

ISSN: 1981-2434
Dourados - MS - Brasil

ÚTERO ERRANTE, DESEQUILIBRADO E CONTROLADO: Reflexões contemporâneas e perspectivas historiográficas acerca da patologização do corpo feminino

WANDERING, UNBALANCED AND CONTROLLED UTERUS: Contemporary reflections and historiographical perspectives on the pathologization of the female body

JEFERSON LUIS LIMA DA SILVA[1]

RESUMO

Este estudo analisa a evolução histórica da patologização dos corpos femininos, destacando como teorias médicas e sociais contribuíram para essa prática na sociedade contemporânea. A patologização envolve atribuir características normais do corpo e comportamento feminino a doenças, muitas vezes baseando-se em preconceitos de gênero. A pesquisa revela que essa prática remonta à Grécia Antiga, com a histeria sendo o primeiro transtorno mental atribuído exclusivamente às mulheres. Fatores sociais, culturais e religiosos ao longo da história perpetuaram estereótipos negativos sobre as mulheres. A patologização afeta profundamente a saúde física e mental das mulheres, comprometendo sua autonomia e bem-estar. Exemplos incluem a imposição de padrões de beleza irreais e restrições ao acesso à saúde reprodutiva. O estudo conclui que é essencial desafiar esses estereótipos, promover a aceitação da diversidade corporal e garantir igualdade no acesso e tratamento em saúde para construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

Palavras-chave: Patologização do corpo feminino. Medicalização. Estereótipos de gênero.

ABSTRACT

This study analyzes the historical evolution of the pathologization of female bodies, highlighting how medical and social theories have contributed to this practice in contemporary society. Pathologization involves attributing normal characteristics of the female body and behavior to diseases, often based on gender biases. The research reveals that this practice dates back to Ancient Greece, with hysteria being the first mental disorder attributed exclusively to women. Social, cultural, and religious factors throughout history have

[1] Sociólogo e Historiador. Especialista em Ciências Humanas e Sociais. E-mail do autor: prof.jefersonlima@gmail.com

perpetuated negative stereotypes about women. Pathologization profoundly impacts women's physical and mental health, compromising their autonomy and well-being. Examples include the imposition of unrealistic beauty standards and restrictions on access to reproductive healthcare. The study concludes that it is essential to challenge these stereotypes, promote the acceptance of body diversity, and ensure equal access and treatment in healthcare to build a more just and inclusive society.

Keywords: Pathologization of the Female Body. Medicalization. Gender Stereotypes.

INTRODUÇÃO

A história da patologização do corpo feminino é um tema complexo e abrangente que envolve diversos aspectos sociais, culturais e científicos ao longo do tempo. Historicamente, os corpos femininos foram frequentemente alvo de estereótipos e discriminação, refletindo-se também na medicina e na ciência.

Durante séculos, a medicina ocidental foi dominada por homens e refletiu uma visão androcêntrica (RAGO, 2000). Consequentemente, os corpos masculinos eram considerados a norma, enquanto os femininos eram vistos como desvios ou anomalias.

Um exemplo histórico é a chamada "histeria feminina", um diagnóstico comum nos séculos XIX e XX. A histeria era atribuída exclusivamente às mulheres e caracterizada por uma ampla gama de sintomas físicos e emocionais, como irritabilidade, ansiedade, insônia, dores de cabeça, e palpitações cardíacas, entre outros (SIGERIST, 1987). Os médicos acreditavam que a histeria era causada por um "útero errante" ou "útero em desequilíbrio", associando a condição à natureza feminina (SINGER, 2022).

O tratamento médico para a histeria frequentemente envolvia técnicas invasivas, como massagem genital ou o uso de vibradores para induzir o orgasmo. Essas práticas tinham como objetivo aliviar a tensão sexual supostamente acumulada nas mulheres (SCHMIDT, 2008). A histeria feminina era amplamente aceita na comunidade médica, levando muitas mulheres a tratamentos desnecessários e humilhantes.

Outro exemplo é a medicalização dos ciclos menstruais. A menstruação

foi historicamente associada a doenças e fraquezas, com muitos escritos médicos dos séculos XIII e XIV promovendo a ideia de que as mulheres eram biologicamente incapazes de realizar certas atividades durante esse período (SANTOS, 2013). Essa visão resultou em uma série de restrições sociais e culturais impostas às mulheres.

Ainda hoje, diversos aspectos do corpo feminino continuam a ser patologizados ou estigmatizados. Por exemplo, a menopausa é frequentemente vista como um problema médico que precisa de tratamento, em vez de ser compreendida como uma fase natural da vida. Além disso, há uma excessiva regulamentação do corpo feminino, como no acesso ao aborto seguro, na falta de educação sexual abrangente e na estigmatização em torno de contraceptivos.

É importante ressaltar que, nas últimas décadas, houve um crescente reconhecimento e questionamento dessas práticas. Movimentos feministas, avanços na medicina baseada em evidências e mudanças na compreensão da saúde e do corpo têm contribuído para uma maior conscientização sobre os preconceitos e estereótipos relacionados aos corpos femininos.

Neste contexto, o presente estudo objetiva analisar a evolução histórica da patologização dos corpos femininos, destacando as principais teorias médicas e sociais que contribuíram para essa prática na sociedade contemporânea, bem como investigar as implicações dessa patologização nas esferas social, cultural e individual, considerando seus impactos na saúde, bem-estar e autonomia das mulheres.

1. GRÉCIA ANTIGA: UM CORPO FRIO E ÚMIDO

O primeiro transtorno mental atribuído às mulheres, com uma descrição precisa que remonta ao segundo milênio a.C., é a histeria. Schmidt (2008) relata que, na Grécia Antiga, a histeria estava associada ao termo "*hystero*", que significa útero. Platão defendia que o útero se tornava triste e infeliz quando não se unia ao masculino e não gerava um novo nascimento, opinião compartilhada por Aristóteles.

Os gregos acreditavam que a histeria era provocada pela ausência ou bloqueio da ejaculação feminina. Médicos gregos, como Hipócrates,

descreveram a histeria como uma condição exclusiva das mulheres, associando-a ao desequilíbrio dos fluidos corporais (TRINCÃO, 1989).

Hipócrates (século V a.C.) postulou que o corpo feminino é fisiologicamente frio e úmido, o que o torna propenso à putrefação dos humores, em contraste com o corpo masculino, que é seco e quente. Assim, o útero das mulheres estaria vulnerável a doenças, especialmente quando privado dos benefícios do sexo e da procriação, que, ao dilatar os canais do corpo, promoveriam a purificação (SIGERIST, 1987).

Além disso, Hipócrates sugeriu que, em virgens, viúvas, solteiras ou mulheres estéreis, o "útero ruim" produzia não apenas fumaça tóxica, mas também tendia a se mover pelo corpo, causando uma série de transtornos, como ansiedade, sensação de sufocamento, tremores e, em alguns casos, convulsões e paralisia (SINGER, 2022).

Quando a doença era identificada, as mulheres afetadas eram aconselhadas não só a se engajar em atividade sexual, mas também a buscar cura através da aplicação de fumigação com substâncias irritantes ou perfumadas no rosto e genitais, com o objetivo de reposicionar o útero em seu local natural dentro do corpo (SIGERIST, 1987).

No *Papiro de Ebers*, datado de 1600 a.C., o mais antigo documento médico conhecido, são mencionados sintomas tradicionais da histeria, como convulsões tônico-clônicas e uma sensação de sufocação e morte iminente (o "*globus istericus*" de Freud). Se o útero tivesse se movido para cima, era recomendada a aplicação de substâncias malcheirosas e irritantes perto da boca e narinas da mulher, enquanto substâncias perfumadas eram colocadas próximas à vagina. Por outro lado, se o útero tivesse se deslocado para baixo, o documento sugeria o uso de substâncias irritantes perto da vagina e substâncias perfumadas próximas à boca e narinas (COSMACINI, 1997).

2. ROMA: UM CORPO EM SONO PROFUNDO

Na Roma Antiga, a visão da histeria alinhava-se com as crenças gregas. Aulus Cornelius Celsus (século I a.C.) descreveu a histeria como uma doença violenta que surgia no útero, afetando simpateticamente o restante do sistema

corporal, especialmente próximo ao estômago. Celsus observou que, em alguns casos, a condição destruía os sentidos a ponto de o paciente cair em um sono profundo, diferindo da epilepsia por não apresentar olhos revirados, espuma na boca ou convulsões (CELSUS, 1840).

Os romanos também associavam a condição à "migração" do útero. Cláudio Galeno (século II d.C.), um médico grego que viveu em Roma, compartilhava do pensamento hipocrático, acreditando que a histeria era causada por um desequilíbrio nos humores corporais. De acordo com Schmidt (2008), Galeno considerava o transtorno uma condição exclusiva das mulheres, relacionada ao útero. Ele sustentava que o útero era responsável por diversas doenças femininas, incluindo a histeria, e que o tratamento adequado envolvia o restabelecimento do equilíbrio dos humores por meio de técnicas como massagens e aplicação de substâncias medicinais.

Sorano de Éfeso (século I/II d.C.), outro médico grego que praticou em Roma, é considerado o fundador da ginecologia e obstetrícia científica. Sorano elaborou uma descrição detalhada dos sintomas da histeria e destacou a importância de um exame médico cuidadoso para seu diagnóstico. Ele discutiu as diferentes manifestações da histeria e propôs tratamentos que incluíam terapias físicas e mentais, como massagens, exercícios e intervenções psicológicas (COSMACINI, 1997).

Embora Galeno e Sorano tenham contribuído significativamente para a compreensão da histeria na Roma Antiga, suas abordagens ainda refletiam as crenças e teorias da época, que frequentemente associavam a histeria a desequilíbrios específicos no corpo feminino, como o útero. Essas perspectivas influenciaram a medicina ocidental por séculos, até que as concepções modernas da histeria evoluíram com o tempo.

3. IDADE MÉDIA: UM CORPO MALÍGNO

Após a queda do Império Romano, a cultura médica greco-romana encontrou um novo epicentro em Bizâncio, onde os médicos herdaram a ciência de Galeno sem realizar inovações significativas. Dessa forma, os conceitos hipocráticos de melancolia e histeria se espalharam pela Europa no final da

Idade Média, e em círculos informados essas condições eram tratadas conforme a visão “científica” da época.

Dado que o enfoque desta discussão é a patologização do corpo feminino, é relevante abordar a figura de Trotula de Ruggiero de Salerno, uma personagem importante na história da medicina e dos tratamentos voltados para mulheres durante a Idade Média. Embora as informações sobre sua vida sejam escassas, Almeida (2021) sugere que ela tenha sido médica ou professora de medicina em Salerno, na Itália.

Trotula de Ruggiero é reconhecida principalmente por seus escritos sobre obstetrícia, ginecologia e cuidados de saúde para mulheres. Foi autora ou coautora de vários textos médicos, sendo o mais notável "*De passionibus mulierum ante, in et post partum*"[2], onde abordou uma ampla gama de condições médicas específicas das mulheres, incluindo a histeria.

Em suas obras, Trotula questionou algumas concepções tradicionais sobre a histeria, argumentando que a condição não era exclusiva das mulheres, podendo também afetar os homens. Ela descreveu sintomas como ansiedade, nervosismo, insônia, tremores e até convulsões, associados à histeria. Trotula recomendou uma variedade de tratamentos, incluindo terapias com ervas, exercícios físicos e massagens, com o objetivo de aliviar os sintomas e restaurar o equilíbrio do corpo (MIZOCK; CARR, 2020).

Porém, em se tratando de sua vida e obra,

> Nos séculos XIII e XIV, sua existência foi muitas vezes questionada por médicos e escritores homens. Trótula e outras pesquisadoras de Salerno foram desmoralizadas e rotuladas de bruxas e charlatãs. Suas obras chegaram a ser atribuídas a autores do sexo masculino. No século XIX, historiadores negaram a possibilidade de que uma mulher poderia ser responsável por tratados médicos tão relevantes (ALMEIDA, 2021, p. 21).

Não se pode discutir a saúde da mulher na Idade Média sem considerar as influências religiosas e mitológicas da época, que promoviam a visão de que as mulheres eram inferiores aos homens, tanto física quanto intelectualmente.

[2] Dos sofrimentos das mulheres antes, durante e depois do parto.

Tomás de Aquino (1225-1274), baseando-se na tese biológica de Aristóteles, afirmou que “a mulher é um homem fracassado” (AQUINO, 1947). Essa percepção negativa das mulheres se refletia na patologização de diversos aspectos do corpo feminino.

É crucial entender que a ideia de inferioridade feminina estava associada à noção de pecado, e as ideias de São Tomás revelam a distorção na relação entre mulher e cristianismo, destacando o conceito de "criatura defeituosa". Em uma de suas questões, ele discute a possibilidade de uma alma humana mudar de substância e menciona que algumas mulheres idosas teriam más intenções, lançando olhares venenosos sobre as crianças. Ele também aborda os demônios com os quais as bruxas fariam pactos e como esses seres malignos interagiam através dos olhos delas (AQUINO, 1947).

Essa visão demonológica da mulher-bruxa se tornou profundamente arraigada, com pregadores condenando feiticeiros e necromantes no Antigo Testamento, e o medo das bruxas espalhando-se pelo imaginário coletivo da população europeia. As autoridades eclesiásticas, ao impor o celibato e a castidade ao clero, contribuíram para a perpetuação das descrições teológicas de São Tomás sobre a inferioridade da mulher, que podem ser vistas como o início de uma cruzada misógina no final da Idade Média.

A partir do século XIII, a luta contra a heresia adquiriu um caráter político, com a Igreja buscando unificar a Europa sob sua autoridade. Nesse cenário, os breviários[3] passaram a ser usados como manuais da Inquisição, e muitos casos de doença mental foram interpretados como ligações obscenas entre mulheres e o Diabo. Jorge e Travassos (2021) relatam que mulheres consideradas "histéricas" eram submetidas a exorcismos, com a causa de seus problemas sendo atribuída à presença de um demônio. Enquanto no cristianismo primitivo o exorcismo era visto como uma forma de cura, no final da Idade Média ele passou a ser encarado como punição, e a histeria foi confundida com feitiçaria.

De forma simplificada, a situação era clara: se um médico não conseguia identificar a causa de uma doença, ela era atribuída ao Diabo. O inquisidor

[3] Breviários são livros que contêm as orações e leituras prescritas pela Igreja para serem recitadas diariamente por sacerdotes e monges. Eles possuem uma função litúrgica importante, servindo como guia para o Ofício de Leitura e outras práticas religiosas diárias.

encontrava pecado na doença, argumentando que o demônio, grande conhecedor da natureza humana, poderia interferir mais efetivamente em uma pessoa suscetível à melancolia ou à histeria.

Tasca *et al.* (2012) relatam que, até o século XVIII, milhares de mulheres inocentes foram condenadas à morte, sendo as mais atingidas idosas e solteiras, frequentemente em luto ou vítimas de violência.

Dessa forma, a história da opressão feminina é marcada por períodos de extrema violência e repressão, onde o corpo e a sexualidade da mulher foram demonizados e controlados por meio de normas e práticas sociais.

> [...] no auge do tempo das fogueiras, vamos presenciar a repressão sistemática do erotismo feminino. Nesse sentido, a mulher foi estigmatizada como a representação do mal sobre a Terra. O corpo feminino passou a ser visto como um conjunto de imperfeições quer do ponto de vista moral, quer do ponto de vista fisiológico e se transformou em algo maligno, fonte do pecado e considerado essencialmente impuro (NUNES, 2000 apud MURIBECA, 2013, p. 70).

Portanto, durante a Idade Média, a histeria era frequentemente associada à bruxaria e a forças sobrenaturais. Mulheres que exibiam comportamentos considerados anormais ou que não se adequavam às normas sociais corriam o risco de serem acusadas de bruxaria, enfrentando julgamentos e punições.

4. RENASCIMENTO: UM CORPO HUMANIZADO

Durante o Renascimento, o corpo feminino foi alvo de patologização e interpretações negativas. No entanto, dois estudiosos do período, Giovanni Pico Della Mirandola e Johann Weyer, desafiaram algumas dessas visões e contribuíram para uma compreensão mais humanizada e abrangente do corpo feminino.

Giovanni Pico Della Mirandola, filósofo e humanista italiano do século XV, adotou uma abordagem mais espiritual e integradora em relação ao corpo feminino. Ele acreditava na ligação intrínseca entre corpo e alma, e que a saúde dependia do equilíbrio entre ambos (DELLA MIRANDOLA, 1994). Segundo Lima (2017), Della Mirandola rejeitava visões puramente patológicas, enfatizando a importância da harmonia emocional e espiritual para o bem-estar das mulheres.

Um século depois, Johann Weyer, médico e demonologista alemão do século XVI, desafiou as crenças supersticiosas que associavam a histeria à bruxaria. Ele argumentou que a histeria era uma condição médica, não resultante de possessão demoníaca. Weyer defendia uma abordagem empírica para a compreensão dos sintomas, destacando fatores psicológicos e fisiológicos (Schmidt, 2019). Sua obra ajudou a desmistificar a histeria, promovendo uma visão mais científica e compassiva das mulheres afetadas por essa condição.

Embora as perspectivas de Pico e Weyer tenham sido inovadoras para o contexto da época, é importante notar que a patologização do corpo feminino ainda era predominante no Renascimento. No entanto, as contribuições desses pensadores abriram caminho para uma abordagem mais equilibrada da saúde feminina, questionando visões negativas e supersticiosas e promovendo uma compreensão mais fundamentada do corpo das mulheres.

5. IDADE MODERNA: UM CORPO INSTÁVEL E DESEQUILIBRADO

O século XVI foi um período de importantes desenvolvimentos médicos, onde as descobertas na Idade Moderna formaram a base para o nascimento da ciência médica. Nesse período, a compreensão do corpo feminino evoluiu com a emergência da anatomia e da fisiologia.

Os médicos franceses Joseph Raulin e Pierre Roussel contribuíram para a patologização do corpo feminino ao desenvolverem teorias sobre a "histeria uterina". Eles acreditavam que a histeria era uma condição exclusiva das mulheres, causada pelo "útero errante" ou deslocado, reforçando a ideia de que o corpo feminino era instável e suscetível a desequilíbrios.

Raulin, em particular, descrevia a histeria como uma doença causada pelo ar poluído das grandes cidades e pela vida social desregrada. Embora teoricamente o distúrbio pudesse afetar ambos os sexos, ele considerava as mulheres mais vulneráveis, tornando-se indolentes e irritáveis (WILLIAMS, 2002).

Em 1775, Pierre Roussel publicou "*Systeme physique et moral de la femme*"[4], influenciado pelas ideias de Jean-Jacques Rousseau. Tanto Roussel quanto Rousseau viam a feminilidade como uma essência natural com funções específicas e entendiam a doença como resultado da insatisfação dos desejos naturais. Segundo Tasca *et al.* (2012), Roussel argumentava que os excessos da civilização causavam perturbações e desequilíbrios morais e fisiológicos nas mulheres, que os médicos identificavam como histeria.

No século XVIII, Franz Anton Mesmer desenvolveu a teoria do "magnetismo animal", postulando que doenças e distúrbios psicológicos, incluindo a histeria, eram causados por fluxos de energia desequilibrados no corpo (ANDRADE, 2018). Embora suas teorias tenham sido amplamente refutadas, elas contribuíram para a patologização e estigmatização das mulheres, considerando-as mais propensas a essas condições.

Durante a Era Vitoriana (século XIX), valores como pureza e moralidade eram enfatizados, o que resultou na patologização de aspectos relacionados ao corpo feminino, incluindo a menstruação, frequentemente vista como um sinal de fragilidade e impureza (Santos, 2013).

Uma prática comum entre as mulheres vitorianas (1837-1901) era portar garrafas de sais aromáticos nas bolsas, utilizadas para inalação em caso de desmaio provocado por fortes emoções. Essa prática estava baseada nas ideias hipocráticas, que postulavam que o útero, considerado "errante", seria repelido pelo odor penetrante dos sais, retornando à sua posição adequada e, assim, restaurando a consciência da mulher (TASCA *et al.,* 2012). Esse fenômeno ilustra a duradoura influência das teorias de Hipócrates ao longo dos séculos.

Adicionalmente, é pertinente considerar a influência das ideias de Galeno (século II d.C.) neste contexto histórico. Conforme discutido neste estudo, Galeno propôs uma série de métodos terapêuticos para tratar a histeria, incluindo o uso de medicamentos fitoterápicos, banhos e massagens (SCHIMID, 2008). Durante o período vitoriano, tais práticas continuaram a ser empregadas. Em alguns casos, médicos acreditavam que a histeria feminina resultava de "frustração sexual". Para aliviar os sintomas, eram realizadas massagens

[4] Sistema físico e moral da mulher.

genitais ou utilizavam-se vibradores, na época denominados "dispositivos terapêuticos", para induzir o orgasmo nas pacientes. A Figura 1 ilustra um anúncio publicitário desse período (século XIX).

Figura 1 – Anúncio publicitário de um tratamento para paroxismo histérico, século XIX



Fonte: A vibrante história da histeria (FALCÃO, 2016)[5]

Essa prática apresentada na Figura 1, denominada tratamento de "paroxismo histérico", foi amplamente empregada na Era Vitoriana e era considerada um procedimento médico legítimo, que envolvia a estimulação genital com o intuito de promover a melhoria da saúde feminina. Embora tais métodos fossem comuns nesse período, é crucial destacar que muitas dessas práticas se fundamentavam em suposições equivocadas e teorias ultrapassadas.

6. IDADE CONTEMPORÂNEA: UM CORPO REPRIMIDO

Na Idade Contemporânea, Pierre Janet, psicólogo e filósofo francês do final do século XIX e início do século XX, teve um papel significativo na patologização dos corpos femininos por meio de suas teorias sobre a histeria. Conforme relatado por Bogousslavsky (2020), Janet acreditava que a histeria era uma condição resultante de traumas psicológicos e traumas infantis reprimidos.

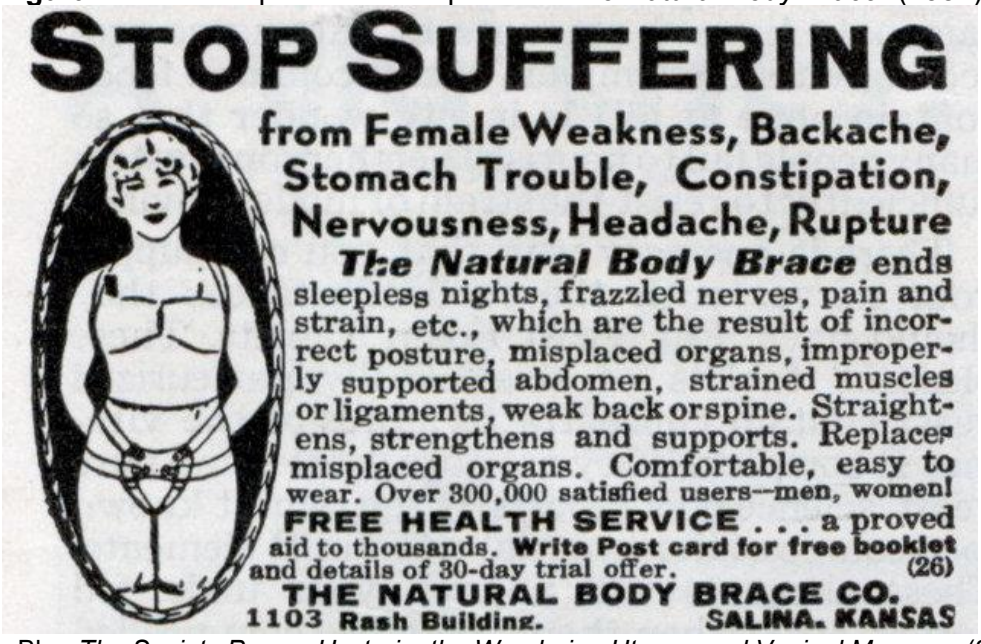
[5] Disponível em: https://revistafrontal.com/cultura/16939/.

Suas ideias influenciaram a visão predominante da época, que considerava as mulheres mais propensas a distúrbios psicossomáticos e emocionais.

Sigmund Freud, renomado psicanalista austríaco, também desempenhou um papel crucial na perpetuação da patologização dos corpos femininos. Freud desenvolveu a teoria do complexo de Édipo, destacando o papel central da sexualidade na psicodinâmica humana (COSTA, 2010). Segundo Costa e Brito (2018), Freud compreendia a histeria como uma manifestação de conflitos sexuais reprimidos, frequentemente relacionados a experiências traumáticas da infância. Sua teoria da "castração simbólica", que associava a ausência do órgão fálico às mulheres, contribuiu para uma perspectiva que, em alguns contextos, pode ser interpretada como patologizante do corpo feminino. No entanto, é importante considerar que essa visão é parte de um conjunto mais amplo e complexo de ideias freudianas, que geraram tanto críticas quanto influências significativas na psicanálise e no entendimento da sexualidade feminina.

O discurso de diferenciação entre mulheres e homens foi, inclusive, explorado pela indústria, como pode ser observado em anúncios da época (Figura 2).

Figura 2 – Anúncio publicitário do produto *"The Natural Body Brace"* (1934)



Fonte: Blog *The Society Pages: Hysteria, the Wandering Uterus, and Vaginal Massage* (2013)[6]

[6] Disponível em: https://thesocietypages.org/socimages/2013/03/13/hysteria-the-wandering-uterus-and-vaginal-massage/.

No anúncio de 1934 apresentado na Figura 2, é promovido um produto denominado "*The Natural Body Brace*" (O Suporte Natural para o Corpo), descrito como uma solução para diversos problemas de saúde, como fraqueza feminina, dores nas costas, problemas estomacais, constipação, nervosismo, dores de cabeça e hérnias. O anúncio afirma que o suporte corrige a postura, sustenta órgãos deslocados e fortalece o corpo. Embora o produto fosse destinado a ambos os sexos, as preocupações com órgãos "extraviados" eram predominantemente direcionadas às mulheres.

Observa-se que as mudanças sociais desafiaram as normas estabelecidas, resultando em uma maior vigilância e controle sobre os corpos femininos, frequentemente retratados como frágeis, emocionalmente instáveis ou sexualmente desviantes.

Além disso, a introdução do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) na década de 1980 teve um papel significativo na ampliação da patologização dos corpos femininos. O DSM-III implementou critérios diagnósticos mais rigorosos e padronizados para os transtornos mentais, mas também refletiu as visões predominantes da época. De acordo com Cheniaux Junior (2000), a inclusão de transtornos como a disforia pré-menstrual e a disfunção sexual[7] feminina no manual reforçou a percepção de que os corpos femininos eram intrinsecamente problemáticos.

7. CORPO FEMININO CONTEMPORÂNEO: RAÍZES HISTÓRICAS

Até o momento, a historiografia tem demonstrado a evolução da patologização dos corpos femininos ao longo dos séculos. Embora a compreensão da histeria tenha mudado com o tempo, a patologização e a estigmatização dos corpos femininos persistiram em diferentes graus.

[7] A disforia pré-menstrual (DPM) e a disfunção sexual feminina são condições que impactam a qualidade de vida das mulheres, embora se manifestem de maneiras diferentes. A DPM, uma forma grave de síndrome pré-menstrual, caracteriza-se por sintomas emocionais e físicos intensos, como irritabilidade, depressão e ansiedade, que ocorrem na fase luteal do ciclo menstrual, prejudicando a vida cotidiana. Por outro lado, a disfunção sexual feminina envolve dificuldades relacionadas à resposta sexual, incluindo falta de desejo, dificuldade em atingir a excitação ou o orgasmo, e dor durante a relação sexual. Enquanto a DPM está ligada diretamente ao ciclo menstrual e é reconhecida como um transtorno psiquiátrico, a disfunção sexual feminina tem causas multifatoriais, englobando fatores físicos e psicológicos.

Historicamente, a visão moderna sobre o corpo e a saúde das mulheres tem sido moldada pela influência do movimento feminista e por uma abordagem mais inclusiva e fundamentada em evidências. Nesse contexto, as pesquisas continuam a explorar as implicações históricas e contemporâneas da patologização dos corpos femininos, ressaltando a necessidade de uma abordagem centrada na mulher, inclusiva e baseada em evidências na saúde feminina.

A questão dos padrões de beleza irreais tem sido um tema recorrente na literatura científica. A indústria da moda e a mídia frequentemente promovem imagens de corpos femininos que são inatingíveis para a maioria das mulheres. De acordo com Moreira (2020), desde a infância, as mulheres são ensinadas a valorizar sua aparência, tanto para si mesmas quanto para os outros. Diferentes culturas ao redor do mundo colocam os corpos de mulheres e meninas no centro da atenção, associando beleza a qualidades como bondade e sexualidade.

Historicamente, a imagem corporal no início do século XX foi influenciada por uma variedade de fatores, incluindo o trabalho de figuras proeminentes como Walter C. Head, Albert T. Newell, William H. Sheldon e David M. Krueger, cujas pesquisas abordaram a relação entre aparência física e saúde.

Walter C. Head, um psicólogo americano, realizou em 1917 um estudo pioneiro que investigou as atitudes em relação ao peso e à forma corporal. Seus achados revelaram uma tendência entre as mulheres de desejarem ser mais magras, com a magreza sendo amplamente vista como um ideal de beleza. Outro pesquisador relevante foi Albert T. Newell, que, na década de 1920, conduziu estudos sobre a satisfação corporal. Newell descobriu que muitas mulheres estavam insatisfeitas com suas formas corporais e enfrentavam pressão social para se conformarem a um ideal de beleza específico (KING, 2018).

Na década de 1940, William H. Sheldon introduziu a teoria dos tipos corporais, que classificava os corpos em três categorias: endomorfos, mesomorfos e ectomorfos[8]. Essa teoria teve um impacto significativo na forma

[8] Os somatotipos, classificados como endomorfos, mesomorfos e ectomorfos, descrevem diferentes tipos de constituição corporal. Endomorfos tendem a acumular mais gordura e possuem uma estrutura óssea mais larga, com facilidade para ganhar peso, mas também para desenvolver musculatura com o treino certo. Mesomorfos são naturalmente atléticos, com uma

como as pessoas passaram a perceber e buscar determinados padrões corporais. Posteriormente, na década de 1950, o psicólogo David M. Krueger conduziu pesquisas sobre a insatisfação corporal e desenvolveu o conceito de "distúrbio da imagem corporal", sugerindo que muitas pessoas têm uma percepção distorcida de seu próprio corpo (KING, 2018).

Dessa forma, os padrões de beleza irreais e a patologização dos corpos femininos são fenômenos profundamente interconectados na sociedade contemporânea. A mídia, a indústria da moda e a cultura popular promovem ideais de beleza muitas vezes inatingíveis, que enfatizam a magreza extrema, a juventude eterna e características físicas específicas, como pele impecável, corpos esculpidos e traços faciais "perfeitos". Para Santolin (2015), quando as mulheres não se enquadram nesses padrões, seus corpos são frequentemente tratados como anormais ou problemáticos, levando à patologização de características naturais e à medicalização desnecessária. Esse ciclo reforça estereótipos prejudiciais, colocando pressão sobre as mulheres para que modifiquem seus corpos para atender a esses ideais, muitas vezes à custa de sua saúde física e mental.

Machado *et al.* (2021) argumentam que a proliferação das mídias sociais tem intensificado a disseminação de imagens retocadas e corpos "perfeitos", aumentando a pressão sobre as mulheres para que se ajustem a esses padrões. Essa pressão pode levar a problemas de saúde mental, como distúrbios alimentares e baixa autoestima.

Dentro da perspectiva dos padrões impostos, a sexualidade feminina é frequentemente medicalizada e tratada como um problema. Isso se manifesta na promoção de medicamentos destinados a aumentar o desejo sexual feminino, na patologização de condições como a disfunção sexual feminina e na medicalização excessiva do ciclo menstrual, exemplificada pela venda de produtos que visam "regular" sintomas naturais.

musculatura bem desenvolvida e um metabolismo eficiente, o que facilita tanto o ganho de massa muscular quanto a perda de gordura. Já os ectomorfos são caracterizados por corpos mais delgados e dificuldade em ganhar peso e massa muscular, devido ao metabolismo acelerado. Embora essas categorias ofereçam um panorama geral das tendências corporais, muitas pessoas apresentam uma combinação dessas características, influenciadas por fatores genéticos, estilo de vida e treinamento (Castro *et al.,* 2017).

Um exemplo claro dessa medicalização é a comercialização de produtos como o "Viagra feminino", que sugere que a falta de desejo sexual nas mulheres é um problema médico a ser resolvido com medicamentos, ignorando a complexidade inerente à sexualidade feminina e as influências sociais e psicológicas que a cercam.

É fundamental reconhecer que o exercício da autoridade médica sobre o comportamento sexual tem raízes históricas profundas. Se antes a religião determinava a conduta sexual moralmente aceitável, em uma sociedade cada vez mais secular, essa tarefa foi assumida pela ciência médica. Conforme Rago (1998), na segunda metade do século XIX, os médicos começaram a se interessar por áreas comportamentais anteriormente reservadas às autoridades religiosas e moralistas, incluindo criminalidade, consumo de álcool e drogas, e questões sexuais.

Embora Philip Larkin afirme que as relações sexuais se tornaram mais abertas a partir de 1963, a base para a definição do comportamento sexual foi estabelecida cerca de um século antes. Nesse período, uma nova geração de sexólogos introduziu categorias diagnósticas como homossexualidade, heterossexualidade, histeria e ninfomania, além de diversas parafilias (Weeks, 2002). Esses rótulos foram criados para estabelecer normas sobre o que era considerado comportamento sexual aceitável, distinguindo as "perversões" do sexo "heterossexual, procriativo e monogâmico", tido como normativo.

A longa tradição de associar a doença à punição pelo pecado continuou quando a sexualidade feminina foi medicalizada e transformada em uma questão de morbidez. William Acton, um médico inglês do século XIX, patologizou a sexualidade feminina, sugerindo que qualquer interesse sexual excessivo ou atividade sexual fora dos limites socialmente aceitos era anormal e indicativa de uma condição médica, como a "ninfomania". Acton defendia a abstinência sexual como um meio de preservar a saúde das mulheres e considerava a satisfação sexual feminina secundária à função reprodutiva (KEHL, 2007).

As visões de William Acton tiveram um impacto significativo na compreensão da sexualidade feminina e moldaram a maneira como o corpo das mulheres foi percebido e tratado tanto pela comunidade médica quanto pela sociedade em geral. Essas ideias reforçaram estereótipos de gênero, negaram

a agência e o prazer sexual das mulheres, e contribuíram para a patologização de experiências sexuais que não se alinhavam às normas estabelecidas.

Logo, os estereótipos de gênero desempenham um papel crucial na forma como o corpo feminino é interpretado. Nesse contexto, a responsabilidade pela saúde sexual tem sido percebida de maneira desigual entre homens e mulheres. Davidson e Hall (2001) relatam que, ao longo do século XX, mulheres solteiras foram consistentemente vistas como "reservatórios de infecção". Em 1962, materiais de promoção da saúde direcionados aos homens sugeriam que uma mulher poderia parecer perfeitamente limpa, mas ainda assim abrigar milhões de germes invisíveis de gonorreia ou sífilis, ou até mesmo de ambas as doenças. No final do século XX, o programa nacional de triagem proposto pelo Reino Unido para *Chlamydia trachomatis*[9] recomendava que apenas as mulheres fossem testadas, reforçando essa visão.

No período do Brasil Colônia, a preocupação com a propagação de doenças, como a sífilis, também influenciou a percepção da sexualidade feminina. Freyre (2019) cunhou o termo “sifilização” para explorar a ideia de que a sífilis desempenhou um papel significativo na formação da sociedade brasileira. Ele argumentou que a doença foi introduzida pelas camadas colonizadoras, especialmente pelos colonizadores portugueses, e se espalhou amplamente através das relações sexuais, sobretudo entre as classes sociais mais privilegiadas.

Especificamente em relação às mulheres negras durante o período colonial, elas eram frequentemente vistas como responsáveis por corromper a vida sexual da sociedade brasileira. Segundo Baseggio e Silva (2015, p. 23), “o contato entre negras e brancos e brancas e negros ocorria de forma muito mais ativa do que entre negros e negras”. Nesse contexto, as mulheres negras foram estigmatizadas como portadoras e propagadoras de infecções sexualmente transmissíveis, associando-as a uma suposta promiscuidade sexual e imoralidade. Essa associação negativa reforçou estereótipos racistas que

[9] A *Chlamydia trachomatis* é uma bactéria que causa infecções sexualmente transmissíveis e afeta homens e mulheres sexualmente ativos, especialmente aqueles que não utilizam preservativos. Ela é um bacilo Gram-negativo e tem preferência por células epiteliais colunares do corpo humano.

desumanizavam as mulheres negras, colocando-as em uma posição de inferioridade.

Na contemporaneidade, Prestes e Paiva (2016) ressaltam que o racismo institucionalizado, a discriminação e a falta de acesso a cuidados de saúde adequados impedem que as mulheres negras obtenham serviços básicos de saúde, agravando as disparidades e vulnerabilidades enfrentadas por essa população.

O acesso aos serviços de saúde das mulheres enfrenta uma problemática atual, que se entrelaça com a contínua patologização do corpo feminino. Em diversos contextos, as escolhas reprodutivas das mulheres são alvo de restrições e regulamentações excessivas. Exemplos incluem limitações ao acesso a um aborto seguro, a falta de uma educação sexual abrangente e o estigma associado ao uso de contraceptivos. Segundo Makenzius *et al.* (2019), esse estigma muitas vezes envolve a percepção negativa de que as mulheres que utilizam métodos contraceptivos são promíscuas ou irresponsáveis. Portanto, tais restrições e preconceitos refletem a perpetuação da patologização das escolhas e da autonomia das mulheres sobre sua própria saúde reprodutiva.

Em alguns países, como Egito, Haiti e Iraque, as leis e regulamentos são restritivos, proibindo o acesso ao aborto seguro; no regime do Talibã, há até mesmo restrições ao uso de contraceptivos. Essas políticas negam às mulheres o direito de tomar decisões autônomas sobre suas vidas reprodutivas, sendo frequentemente fundamentadas em estigmas e na patologização das escolhas reprodutivas das mulheres.

Nesta perspectiva de controle, cabe considerar que Michel Foucault (1982) desenvolveu o conceito de "biopoder", que se refere ao uso do poder estatal para regular e controlar a vida e os corpos dos indivíduos. Esse conceito é particularmente relevante para entender as políticas restritivas sobre saúde reprodutiva, que frequentemente envolvem intervenções governamentais e institucionais que limitam a capacidade das mulheres de tomar decisões autônomas sobre sua própria reprodução.

Além disso, Foucault (1988) discutiu o conceito de "medicalização", referindo-se ao processo pelo qual questões sociais e comportamentos são transformados em problemas médicos. Assim, as características e experiências

das mulheres são interpretadas como desviantes ou problemáticas de acordo com normas médicas e sociais. Esse processo pode resultar em uma medicalização excessiva da saúde feminina, levando à imposição de tratamentos e intervenções médicas desnecessárias.

Um exemplo notável desse controle social é a menopausa. A patologização ocorre quando as mudanças naturais que o corpo das mulheres experimenta durante essa fase são interpretadas como problemas médicos que precisam ser tratados ou corrigidos. Esse fenômeno está intimamente ligado à medicalização da menopausa, uma tendência de considerar os sintomas e experiências dessa fase como condições médicas que demandam intervenção clínica.

Historicamente, a medicalização da menopausa começou a se intensificar no final do século XIX e início do século XX, período em que a medicina ocidental adotou uma abordagem mais intervencionista em relação à saúde feminina (TRENCH; SANTOS, 2005). Na sociedade contemporânea, essa prática é amplamente promovida pela indústria farmacêutica, que busca comercializar tratamentos hormonais para aliviar os sintomas associados à menopausa, como ondas de calor, insônia e alterações de humor (SAMPAIO; MEDRADO; MENEGON, 2021). Essa abordagem tende a enfatizar a necessidade de intervenção médica para gerenciar a menopausa, frequentemente desconsiderando as experiências individuais e ignorando outras opções de cuidados, como terapias não farmacológicas e abordagem integral.

É importante destacar que a medicalização da menopausa, frequentemente decorrente de sua patologização, pode ter impactos significativos na vida das mulheres. Medrado e Lima (2020) observam que essa abordagem pode contribuir para a percepção equivocada de que a menopausa é uma condição anormal ou problemática, o que, por sua vez, pode aumentar a ansiedade e o estresse associados a essa fase natural da vida. No entanto, é crucial reconhecer que, para algumas mulheres, os tratamentos hormonais podem oferecer alívio significativo dos sintomas incômodos da menopausa. Contudo, a dependência excessiva desses tratamentos deve ser cuidadosamente avaliada, devido aos potenciais riscos à saúde, como efeitos colaterais indesejados e preocupações com o aumento do risco de câncer.

Assim, o tratamento deve ser individualizado, considerando tanto os benefícios quanto os riscos, e sempre respeitando a autonomia e o bem-estar da mulher.

À luz dos contextos históricos, as políticas restritivas sobre saúde reprodutiva como mecanismos de controle do corpo feminino remontam à era colonial e ao período de expansão imperial, quando as potências colonizadoras frequentemente impunham políticas de controle da reprodução às populações colonizadas. Mandú (2002) relata que essas políticas incluíam medidas coercitivas, como esterilização forçada, controle de natalidade e políticas de assimilação cultural, que buscavam impor a visão de mundo e a hierarquia racial dos colonizadores sobre as populações indígenas e minorias étnicas.

No século XX, políticas de saúde reprodutiva se expandiram em diversas partes do mundo, com o objetivo de promover o planejamento familiar e melhorar o acesso a contraceptivos. Em muitos contextos, essas políticas tiveram um papel positivo ao capacitar as mulheres a tomar decisões informadas sobre suas vidas reprodutivas, ajudando a melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil. No entanto, é importante reconhecer que, em alguns países, essas políticas assumiram um caráter coercitivo, envolvendo práticas como esterilizações forçadas, abortos compulsórios e políticas de eugenia. Essas abordagens foram utilizadas para controlar a reprodução de grupos considerados "indesejáveis" ou "inferiores", o que representa uma grave violação dos direitos humanos. Assim, embora o planejamento familiar e o acesso a contraceptivos possam ter efeitos benéficos, é fundamental que essas políticas sejam implementadas de maneira ética e respeitosa, garantindo a autonomia e os direitos das pessoas envolvidas.

Cabe ressaltar ainda a influência do patriarcado, como pontuam Fernandes *et al.,* (2018):

> A conformação social brasileira, marcada pelo patriarcado, comprometeu e ainda compromete a autonomia de mulheres em diversos aspectos de suas vidas. Em se tratando das decisões reprodutivas, as condições de vida e certas imposições sociais determinam suas condutas e levam muitas mulheres a vivenciarem o planejamento reprodutivo de maneira irreflexiva e/ou imperativa (FERNANDES *et al.,* 2018, p. 2).

O patriarcado, como sistema de dominação social e política fundamentado na supremacia masculina, exerce um papel crucial na

patologização do corpo feminino. Lerner (2019) define o patriarcado como um sistema que impõe normas e expectativas rígidas sobre as mulheres, abrangendo sua aparência, comportamento e funções reprodutivas.

Essas normas impostas pelo patriarcado frequentemente resultam na patologização do corpo feminino, onde as características e experiências associadas às mulheres são vistas como desviantes ou problemáticas em relação a uma norma masculina estabelecida. Processos como menstruação, gravidez e menopausa são comumente estigmatizados ou tratados como fontes de problemas e doenças, contribuindo para uma visão distorcida e limitada da diversidade das experiências corporais femininas.

Além disso, a estigmatização da saúde mental feminina é outra manifestação desse sistema. Silva e Garcia (2019) argumentam que as questões de saúde mental enfrentadas pelas mulheres são muitas vezes minimizadas, estigmatizadas ou atribuídas a características inerentes ao gênero feminino. Isso inclui transtornos como depressão pós-parto, transtornos alimentares e transtornos de ansiedade, que podem ser patologizados e tratados com falta de sensibilidade e compreensão.

Cabe ressaltar que:

> [...] a visão dos psiquiatras da primeira década do século XX sobre o sexo feminino estava ainda profundamente impregnada de pressupostos do século anterior. As práticas formadas por essa visão continuavam a apontar o corpo das mulheres como mais predisposto a sofrer abalos mentais e morais, em decorrência de uma 'fraqueza natural' (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008, p. 237).

Ao longo do século XX, ocorreram avanços significativos na compreensão da saúde mental das mulheres e na luta por direitos e igualdade de gênero. A conscientização sobre questões como depressão pós-parto, violência doméstica, traumas relacionados ao gênero e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde mental aumentou substancialmente. Movimentos feministas desempenharam um papel crucial ao destacar a importância da saúde mental das mulheres como uma questão de direitos humanos e justiça social.

Na sociedade contemporânea, a saúde mental das mulheres continua sendo um campo de estudo relevante e uma área de preocupação. Esforços estão sendo realizados para combater o estigma, garantir o acesso a serviços

de saúde mental adequados e integrar uma perspectiva de gênero nas políticas e práticas de saúde mental (CAPONI; MAZON; BIANCHI, 2023).

Em suma, o presente tópico abordou diversas formas históricas e contemporâneas de patologização dos corpos femininos. Reconhecer e combater essas tendências é fundamental para promover a aceitação e a celebração da diversidade dos corpos femininos, além de assegurar igualdade de acesso e tratamento adequado em todas as áreas da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a evolução histórica da medicalização e estigmatização dos corpos femininos, torna-se evidente a necessidade de questionar e desafiar os estereótipos e preconceitos que envolvem as mulheres. Ao longo dos séculos, teorias médicas e sociais contribuíram significativamente para essa estigmatização, gerando impactos negativos nas esferas social, cultural e individual.

Na Grécia Antiga, emergiu o primeiro transtorno mental atribuído exclusivamente às mulheres: a histeria. Desde então, a percepção do corpo feminino tem sido moldada por padrões de beleza irreais, amplamente promovidos pela indústria da moda e pela mídia. Esses padrões inatingíveis impõem pressões e expectativas que comprometem a saúde, o bem-estar e a autonomia das mulheres.

No contexto contemporâneo, essa tendência de controle sobre o corpo feminino manifesta-se em diversas áreas, como na saúde reprodutiva. Restrições ao acesso ao aborto seguro, a ausência de educação sexual abrangente e a estigmatização em torno de métodos contraceptivos refletem a contínua interferência nas escolhas e na autonomia das mulheres em relação à sua saúde reprodutiva.

Ademais, a saúde mental das mulheres também sofre com essa abordagem. Transtornos como a depressão pós-parto, os distúrbios alimentares e os transtornos de ansiedade frequentemente são tratados com falta de sensibilidade e compreensão. No entanto, movimentos feministas têm lutado

pelos direitos e pela igualdade de gênero, destacando a importância da saúde mental das mulheres como uma questão de direitos humanos e justiça social.

Diante das manifestações contemporâneas da medicalização dos corpos femininos, é imperativo reconhecer e combater tendências como a estigmatização de processos naturais do corpo feminino, a imposição de normas rígidas de beleza e saúde, e a restrição da autonomia das mulheres sobre suas escolhas reprodutivas. A promoção da aceitação e celebração da diversidade corporal, bem como a garantia de igualdade de acesso e tratamento adequado em todas as áreas da saúde, são essenciais para enfrentar essas questões.

Em conclusão, este estudo ressalta a importância de compreender os processos históricos e contemporâneos que contribuem para a patologização dos corpos femininos. Ao fornecer subsídios para intervenções mais eficazes e respeitosas na saúde e no bem-estar das mulheres, busca-se fomentar o debate acadêmico e a conscientização sobre a necessidade de questionar e desafiar os estereótipos e preconceitos relacionados aos corpos femininos. Somente assim será possível construir uma sociedade mais igualitária e inclusiva, onde todas as mulheres possam viver com saúde, bem-estar e autonomia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tatiane de. Influência: um problema Político-Terapêutico na Genealogia da Psicanálise. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 1155-1174, 2018.

AQUINO, Tomás. **Suma teológica**. La Editorial Católica, 1947.

BASEGGIO, Julia Knapp; SILVA, Lisa Fernanda Meyer da. As condições femininas no Brasil colonial. **Maiêutica-História**, v. 3, n. 1, 2015.

BOGOUSSLAVSKY, Julien. The mysteries of hysteria: a historical perspective. **International Review of Psychiatry**, v. 32, n. 5-6, p. 437-450, 2020.

CAPONI, Sandra; MAZON, Marcia da Silva; BIANCHI, Eugenia. Gênero e saúde mental em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, p. e93286, 2023.

CASTRO, Marcela Rodrigues et al. Relationship between body image and somatotype profile in young women. **Motricidade**, v. 13, n. 2, p. 27-35, 2017.

CELSUS, Aulus Cornelius. **A Translation of the Eight Books.** Longman, 1840.

CHENIAUX JUNIOR, Elie. Avaliacao diagnostica do transtorno disforico pre-menstrual. **J. bras. psiquiatr**, p. 117-126, 2000.

COSMACINI, Giorgio. The long art: the history of medicine from antiquity to the present. **Rome: Oxford University Press**, p. 0-0, 1997.

COSTA, Carlos Alberto Ribeiro; BRITTO, Renata Gonçalves de. Histeria, feminino e corpo: elementos clínicos psicanalíticos. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 7, n. 13, p. 300-314, 2018.

COSTA, Teresinha. **Édipo**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2010.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **u. Chi. Legal f.**, p. 139, 1989.

DAVIDSON, Roger; HALL, Lesley A. (Ed.). **Sex, sin and suffering: Venereal disease and European society since 1870**. Routledge, 2003.

DELLA MIRANDOLA, Giovanni Pico. **Oratio de hominis dignitate**. Edizioni Studio Tesi, 1994.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 231-242, 2008.

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte et al. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

FOUCAULT, Michel. Histoire de la médicalisation. **Hermès**, n. 2, p. 11-29, 1988.

FOUCAULT, Michel. The subject and power. **Critical inquiry**, v. 8, n. 4, p. 777-795, 1982.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. Global Editora e Distribuidora Ltda, 2019.

JORGE, Marco Antonio Coutinho; TRAVASSOS, Natália Pereira. **Histeria e sexualidade-Clínica, estrutura, epidemias: Trilogia sobre sexualidade contemporânea-vol. 2**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2021.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade**. Boitempo Editorial, 2017.

KING, Ian CC. Body image in paediatric burns: a review. **Burns & Trauma**, v. 6, 2018.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**. BOD GmbH DE, 2019.

LIMA, Cinthia Almeida. Breves considerações sobre o humanismo de Giovanni Pico Della Mirandola e Blaise Pascal. **REVELETEO-Revista Eletrônica Espaço Teológico**, v. 11, n. 20, p. 176-183, 2017.

MACHADO, Manuella da Silva et al. O impacto emocional imposto pela ditadura da beleza: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 34, p. e8705-e8705, 2021.

MAKENZIUS, Marlene et al. Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. **Reproductive health**, v. 16, p. 1-10, 2019.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 358-371, 2002.

MEDRADO, Ana Carolina; LIMA, Mônica. Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 29, n. 67, p. 70-84, 2020.

MIZOCK, Lauren; CARR, Erika. **Women with Serious Mental Illness: Gender-Sensitive and Recovery-Oriented Care**. Oxford University Press, 2020.

MOREIRA, Marília Diógenes. A construção da imagem corporal nas redes sociais: padrões de beleza e discursos de influenciadores digitais. **PERcursos Linguísticos**, v. 10, n. 25, p. 144-162, 2020.

MURIBECA, Maria das Mercês Maia. The problem of hysteria to the enigmatic allure of feminine seduction in Freud. **Estudos de Psicanálise**, n. 39, p. 67-79, 2013.

PRESTES, Clélia RS; PAIVA, Vera SF. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 673-688, 2016.

RAGO, Elisabeth Juliska. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. **cadernos pagu**, n. 15, p. 199-225, 2000.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. **Masculino, feminino, plural. Florianópolis: Ed. Mulheres**, p. 25-37, 1998.

SAMPAIO, Juliana Vieira; MEDRADO, Benedito; MENEGON, Vera Mincoff. Hormônios e mulheres na menopausa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e229745, 2021.

SANTOLIN, Cezar Barbosa; RIGO, Luiz Carlos. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. **Movimento**, p. 81-94, 2015.

SANTOS, Dulce O. Amarantes dos. Saúde e enfermidades femininas nos escritos médicos (séculos XIII e XIV). **Territórios e Fronteiras**, v. 6, n. 2, p. 7-20, 2013.

SCHMIDT, Eder. A Histeria de Kahoun a Viena. **Actas Freudianas**, v. 4, p. 78-99, 2008.

SCHMIDT, Eder. Thomas Sydenham e o Epistolary discourse: uma ponte entre duas histerias. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 53, n. 2, p. 181-192, 2019.

SIGERIST, Henry Ernest. **A history of medicine**. Oxford University Press, 1987.

SILVA, Thaiga Danielle Momberg; GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Mulheres e loucura: a (des) institucionalização e as (re) invenções do feminino na saúde mental. **Psicologia em Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 42-52, 2019.

SINGER, Charles. **Greek biology & greek medicine**. DigiCat, 2022.

TRENCH, Belkis; SANTOS, Claudete Gomes dos. Menopausa ou menopausas?. **Saúde e sociedade**, v. 14, n. 1, p. 91-100, 2005.

TRINCÃO, João Carlos Pinto. A histeria e a génese da Psicanálise. **Análise Psicológica**, v. 7, p. 251-264, 1989.

WEEKS, Jeffrey. **Sexuality and its discontents: Meanings, myths, and modern sexualities**. Routledge, 2002.

WILLIAMS, Elizabeth A. Hysteria and the court physician in Enlightenment France. **Eighteenth-Century Studies**, v. 35, n. 2, p. 247-255, 2002.

Recebido em 16/07/2023.

Aprovado para publicação em 31/07/2024.