Injustiça epistémica na saúde do sexo feminino: O impacto de um desmerecimento histórico

Rafaela Queiroz de Sousa
Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Portugal)
rafaelaqsousa@gmail.com

Resumo: Este trabalho analisa a persistência de preconceitos de género na medicina contemporânea, estabelecendo um paralelismo entre o diagnóstico histórico de "histeria" e a atual psicologização do sofrimento feminino sob o rótulo da "ansiedade". Através de uma revisão bibliográfica que articula a história da medicina analisada a partir de Andrew Scull e Elinor Cleghorn, com a filosofia de Miranda Fricker, o capítulo explora os conceitos de injustiça epistémica testemunhal e hermenêutica. Argumenta-se que a exclusão histórica do sexo feminino (coloquialmente também referido como "mulheres" ao longo do capítulo) da investigação científica e a eleição do corpo masculino como padrão universal resultaram numa lacuna de dados que compromete o diagnóstico de patologias, como as doenças cardiovasculares e a neurodivergência (em concreto, autismo) no sexo feminino. O texto demonstra que, embora o termo "histeria" tenha sido abandonado, os seus pressupostos permanecem ativos, manifestando-se na desvalorização do relato da dor e numa gestão sintomática baseada numa intervenção farmacológica saturada. Conclui-se que a correção destas assimetrias exige uma realojamento do investimento em investigação e uma reeducação do olhar médico, reconhecendo a especificidade do corpo feminino não como um ruído metodológico, mas como uma dimensão biologicamente relevante.
Palavras-chave: Injustiça epistémica; Saúde da mulher; Histeria; Investigação médica; Viés de género.

Abstract: This work analyzes the persistence of gender bias in contemporary medicine, establishing a parallel between the historical diagnosis of "hysteria" and the current psychologization of female suffering under the label of "anxiety." Through a literature review that articulates the history of medicine, analyzed through the works of Andrew Scull and Elinor Cleghorn, with the philosophy of Miranda Fricker, this chapter explores the concepts of testimonial and hermeneutical epistemic injustice. It is argued that the historical exclusion of the female sex (colloquially also referred to as "women" throughout the chapter) from scientific research and the election of the male body as a universal standard resulted in a data gap that compromises the diagnosis of pathologies such as cardiovascular diseases and neurodivergence (specifically, autism) in females. The text demonstrates that although the term "hysteria" has been abandoned, its assumptions remain active, manifesting in the devaluation of pain reports and in a symptomatic management based on saturated pharmacological intervention. It concludes that correcting these asymmetries requires a reallocation of research investment and a re-education of the medical gaze, recognizing the specificity of the female body not as a methodological noise, but as a biologically relevant dimension.
Keywords: Epistemic injustice; Women's health; Hysteria; Medical research; Gender bias.

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

1. Introdução

A medicina deve ser imparcial e adequada. No entanto, a sua história está repleta de sintomas femininos ignorados, mal interpretados ou patologizados. Durante séculos, a histeria foi o diagnóstico padrão para aquilo que não se compreendia no corpo feminino e, apesar deste diagnóstico ter caído em desuso clínico, os efeitos simbólicos e sociais da terminologia persistem. A figura da mulher histérica, instável e emocionalmente incontrolável não se restringe apenas ao passado, mas perdura na aplicação da medicina atual. A exclusão das mulheres nos ensaios clínicos, a desvalorização sistemática dos relatos de dor e até mesmo o aconselhamento desproporcionado de tratamentos psicologizantes em vez de físicos são apenas alguns exemplos de como a injustiça epistémica está profundamente enraizada na medicina e na investigação científica.

Este capítulo propõe-se a explorar a relação entre a história da histeria e as estruturas de conhecimento que ainda hoje moldam a prática médica, comprometendo, de forma sistemática, o acesso das mulheres a cuidados de saúde adequados. Através de um ensaio teórico-argumentativo sustentado na articulação crítica entre história da medicina e filosofia epistémica, este capítulo parte da reconstrução histórica da histeria no Ocidente, traçada por Andrew Scull, em conjunto com a análise da medicina de uma perspetiva da mulher apresentada por Elinor Cleghorn, articulando-se com a análise filosófica de Miranda Fricker sobre os conceitos de injustiça epistémica testemunhal e hermenêutica, com o objetivo de compreender como se mantêm estes mecanismos de desvalorização em torno da experiência clínica feminina. Simultaneamente, são abordadas contribuições contemporâneas, como as de Alyson McGregor (*Sex Matters*) e Caroline Criado-Perez (*Invisible Women*), que oferecem evidência empírica e estatística sobre a persistência da desigualdade de género na medicina moderna. As suas obras mostram que a exclusão das mulheres não deriva apenas de uma herança histórica, mas também de uma realidade metodológica atual. É a partir desta articulação que se argumenta que a histeria e os seus pressupostos epistemológicos funcionaram como condição de possibilidade das lacunas que persistem na medicina contemporânea. O objetivo é mostrar como as raízes históricas, o contexto social e as estruturas de poder epistemológico que contribuem para a injustiça epistémica na saúde das mulheres não são acidentais. São, sim, a expressão de um sistema médico que continua a privilegiar certos corpos, saberes e vozes em detrimento de outros.

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

2. Filosofia como Enquadramento Teórico

Embora a histeria seja, à primeira vista, uma questão histórica, a sua análise revela lacunas interpretativas que exigem um enquadramento filosófico. É aqui que o conceito de injustiça epistémica, formulado por Miranda Fricker (2007) se torna essencial:

> (...) the project of this book is to home in two forms of epistemic injustice that are distinctively epistemic in kind, theorizing them as consisting, most fundamentally, in a wrong done to someone specifically in their capacity as a knower. (Fricker, 2007, p. 1)

A autora procura identificar desigualdades específicas no domínio do conhecimento e introduz dois tipos diferentes de injustiça epistémica: injustiça epistémica testemunhal e hermenêutica. De acordo com Fricker, a primeira ocorre quando um sujeito é desvalorizado como fonte de conhecimento devido a preconceitos sociais. A sua credibilidade é reduzida apenas pela identidade que assume, seja por género, raça, classe ou sexo. A autora explica-nos que a segunda acontece quando há uma lacuna coletiva nos recursos disponíveis, o que impede um grupo de expressar adequadamente a sua experiência. Ambos estes tipos de injustiça epistémica são facilmente transcritos para o contexto da saúde da mulher. Na injustiça testemunhal, por exemplo, é quando a dor descrita por um indíviduo do sexo feminino (em qualquer tipo de patologia) é considerada, de forma consciente ou não, como exagerada, emocional ou mesmo pouco fiável, simplesmente pelo seu sexo. Por sua vez, na injustiça hermenêutica, podemos usar a endometriose como um exemplo prático: antes de ser amplamente reconhecida, as pacientes que sofriam de dores incapacitantes não dispunham de termos e conceitos para descrever o seu mal-estar, ficando sujeitas a interpretações médicas redutoras ou psicologizantes.

No quadro da histeria, estes dois tipos de injustiça estão entrelaçados. O sexo feminino foi sistematicamente, ao longo dos séculos, desacreditado como testemunha do seu próprio corpo (injustiça testemunhal) e, ao mesmo tempo, não existia uma linguagem médico-científica que lhe permitisse dar sentido às suas experiências (injustiça hermenêutica). A histeria torna-se, assim, um terreno privilegiado para observar este fenómeno.

3. Histeria como Construção Histórica e Epistémica

O conceito de injustiça epistémica fornece-nos o vocabulário necessário para descrever esta exclusão estrutural. Contudo, é a análise feita por Andrew Scull (2009) e Elinor Cleghorn

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

(2021), que nos permite compreender como ela se construiu e que imaginário médico e cultural é que lhe deu origem:

> Hysteria is a pathological condition with a fascinating and tortuous medical and cultural history. If the malady seems to change its shape and its form over the centuries, who can be surprised? For here is a disorder that even those who insist on its reality concede is a chameleon-like disease that can mimic the symptoms of any other, and one that somehow seems to mold itself to the culture in which it appears. (Scull, 2009, p. 6)

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças na edição ICD-9, publicada no ano de 1977, a histeria era descrita como uma condição de cariz neurótico e psicopatológico predominantemente diagnosticada em mulheres. Tal como mencionado por Scull, os significados e tratamentos atribuídos a esta "doença" alteram-se ao longo dos séculos, sempre moldados por contextos históricos, políticos e culturais.

3.1. Útero Errante na Medicina Hipocrática

As suas raízes remontam à Grécia Antiga: no *Corpus Hippocraticum* [1], onde encontramos a concepção de que o útero era a origem de todas as doenças. Não é por acaso que o termo "histeria" provém do grego *hysteria,* útero. Scull resume que:

> It was not just that the female of the species was differently constituted from the male; she was also fundamentally inferior: (...). Her body was more readily deranged - for example, by puberty, pregnancy or parturition, by menopause, or by suppressed menstruation, all of which could impose profound shocks on her internal equilibrium (...); or by the womb wandering about internally in search of moisture (...). (Scull, 2009, p. 13)

Scull explica que é a partir destas noções, constantemente revistas e trabalhadas por Galeno e outros comentadores ocidentais e orientais, que os entendimentos clássicos de histeria se desenvolveram.

Elinor Cleghorn mostra como estas conceções se traduziram em práticas clínicas: mulheres jovens e solteiras eram aconselhadas ao casamento e à gravidez como forma de "cura", enquanto as mulheres casadas eram orientadas para relações sexuais regulares e estimulação genital como tratamento - práticas que estiveram na origem dos primeiros dildos. Tudo isto assenta na ideia de "útero errante":

> The womb hungered for intercourse and pregnancy in a way that was always beyond the control of the woman it resided within. To govern a woman's biological destiny, physicians pushed the message that *the womb wants what it wants*. From Hippocratic diagnoses like 'suffocation of the womb' came the idea that an unfulfilled, unemployed uterus could move out of place, wreaking havoc upon the organs

[1] Latim para Coleção Hipocrática.

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

> it reached, including the heart and liver, and causing a startling array of symptoms. (Cleghorn, 2021, p. 27)

Scull faz também menção da adoção destas práticas mencionando que havia uma certa tradição de conectar o sexo com a histeria e muitas vezes com a própria sexualidade, referindo que comentadores romanos mantinham esta concepção presente na sociedade, pois "sexual deprivation could cause the disorder" (Scull, 2009, p. 14), recomendando-se o casamento para as mulheres solteiras e gravidez para aquelas casadas.

Scull e Cleghorn relembram que estas interpretações surgem numa época em que as mulheres ocupavam uma posição social precária em comparação ao homem, sendo consideradas propriedades dos seus pais e mais tarde, quando casadas, dos seus maridos. Eram completamente reduzidas à sua função reprodutiva e a sua saúde, por sua vez, era inteiramente definida pelo útero. Como sintetiza Cleghorn, "their sole purpose was to bear and raise children, women's health was entirely defined by their uteruses." (Cleghorn, 2021, p. 25).

3.2. Impacto da Religião na Patologia

Estas visões prolongam-se pela Idade Média. A mulher continuava a ser vista como inferior em relação ao homem e, considerando o ambiente religioso medieval, esta conceção da biologia feminina intensificou-se, até se transformar na crença de que as mulheres não eram apenas frágeis, mas potencialmente demoníacas: (Cleghorn, 2021, p. 43).

> It was a tradition that firmly located an array of strange bodily symptoms that others might be tempted to attribute to the supernatural - to bewitchment, or to possession by devils - to the material universe, and to disorders of the female body. (Scull, 2009, p. 15)

Na realidade, com a pressão religiosa da sociedade da época, "accusing women of witchcraft was a powerful way for social and religious authorities to maintain male dominance and supremacy in their villages and towns." (Cleghorn, 2021, pp. 51-52). De acordo com o Parlamento Britânico (s.d.), em 1542 foi aprovado o *Witchcraft Act*, que definia a prática de feitiçaria como um crime punível com morte. A aprovação desta lei retirava o poder de julgamento das mãos da Igreja, para a responsabilidade dos tribunais civis. Um pouco mais de um século depois desta lei ser passada, surge o caso de Mary Glover, mencionado e desenvolvido por ambos os autores.

Mary Glover era uma jovem de catorze anos, que começou a demonstrar uma variedade de sintomas depois de uma interação, tornada altercação, com Elizabeth Jackson, uma vizinha mais velha, descrita e acusada por muitos como uma possível bruxa. Mary apresentava

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

dificuldade de fala, espasmos, convulsões, dores abdominais, sensação de sufocação na garganta, estados de inconsciência aparentes. Dado as crenças da altura, "the alarmed townspeople forced the old woman to visit Mary" (Cleghorn, 2021, p. 53), numa tentativa de compreender se a causa da desgovernação da Mary seria Jackson. De acordo com os relatos, "Mary apparently fell into her strongest fit yet." (Cleghorn, 2021, p. 54).

Dentro do contexto histórico da época, era inegável a culpa que a velha senhora tinha nesta situação, ao qual ela foi julgada e, sendo poupada da sentença de morte, foi-lhe apenas dado como pena um período de encarceramento. Apesar da pena aplicada, Mary continuou a demonstrar sintomas durante as semanas que se seguiram. De acordo com o Parlamento Britânico (s.d.), as acusações formais contra bruxas eram feitas a mulheres geralmente mais velhas e pobres, sendo a Elizabeth Jackson um perfeito exemplo disto. Cleghorn analisa este detalhe:

> Whatever the truth, the old woman of Beckenton was incriminated because of her age, bodily appearance, low social status and temperament. There's very little information about what she was like, other than her erratic and supposedly vengeful behaviour. Like so many women accused of witchcraft, she was probably going through the menopause. (...) Menopause was both a physical and a psychological pathology; women undergoing the change were seen as unstable, querulous, ill-tempered and intent on doing harm. (Cleghorn, 2021, p. 54)

Esta análise de Cleghorn ilumina o enquadramento cultural e médico da época, levando a que a credibilidade de Jackson fosse deslegitimada não em função de provas concretas, mas por quem ela era. Tornam-se visíveis as duas formas de injustiça epistémica descritas por Fricker: a injustiça testemunhal, quando o testemunho de Jackson foi desacreditado, e a injustiça hermenêutica, quando a experiência feminina da menopausa só podia ser compreendida por aspectos externos, como bruxaria, influência demoníaca ou humores. Tudo isto negava às mulheres um enquadramento adequado da sua própria realidade. Apesar de o caso de Jackson não ser diretamente ligado à histeria, ele não surge como exceção ao longo da história do Ocidente e torna-se fulcral de ser mencionado e analisado.

Regressando ao caso de Mary Glover, os tribunais primeiro declararam que todas as ações e sintomas que a jovem demonstrava eram devido a uma possessão, previamente incitada por Jackson. Com esta acusação, um médico chamado Edward Jorden foi chamado para apresentar uma defesa em nome de Jackson. Jorden defendeu também esta possibilidade da panóplia de sintomas serem derivados de uma possessão, mas mais tarde explicou que Mary "was not possessed of supernatural powers at all, because Glover was suffering from a natural

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

disease called *Passio Hysterica,* a condition very similar to 'suffocation of the womb'" (Cleghorn, 2021, p. 55).

Scull analisa a defesa formulada por Jorden, mais tarde também elaborada e publicada no seu panfleto *A Briefe Discourse of a Disease Called The Suffocation of the Mother,* publicado em 1603:

> In support of his claims, Jorden was quick to point to women's great susceptibility to disease, and to their particular susceptibility to the 'suffocation of the mother', and because of the womb's close connections with "the braine, heart, and liver... and the easie passage which it hath into them by the Vaines, Arteries and Nerves." (Scull, 2009, pp. 16-17)

Mary Glover era a própria testemunha do seu corpo, mas os seus sintomas foram constantemente analisados e reinterpretados por terceiros, sendo esses terceiros médicos, clérigos ou juízes, todos eles homens (i.e., do sexo masculino). Isto é um claro exemplo de injustiça testemunhal. A jovem não tinha conceitos médicos apropriados para descrever a própria experiência - conceitos que apareceram séculos mais tarde - e o diagnóstico da época, "sufocação da matriz", era um conceito dominado por concepções medicinais antigas e culturais, moldadas por ideias sobre o útero, considerando-o desequilibrado ou imprevisível.

Apesar de todo o propósito de médicos como Jorden ser chamar à atenção para ideais religiosos que impediam avanços médicos ou científicos, as intenções não podiam ser propriamente chamadas de feministas ou revolucionárias. De acordo com Cleghorn, a maior parte das mulheres que eram diagnosticadas por Jorden com a mesma doença que Mary eram sempre jovens mulheres ou mulheres mais velhas e os tratamentos ideais para cura eram relações sexuais, casamento ou gravidez, tal como prescrito anteriormente no *Corpus Hippocratium*:

> During the Antiquity and throughout the Middle Ages, dissection of human cadavers was forbidden on religious and cultural grounds. (...) Galen had studied women's organs during surgeries, but his vision of the female anatomy was mostly based on dissections of monkeys and pigs, as well as sheep, goats and dogs. (...) Galen essentially disproved the 'wandering womb', but he was resolute that the female genitalia were weaker, smaller and colder facsimiles of the mighty penis and testes. (Cleghorn, 2021, pp. 59-60)

Esta descrição de Cleghorn evidencia que muito do conhecimento médico antigo sobre o corpo feminino era fundamentalmente especulativo e enviesado, reproduzindo mais concepções culturais e sociais do que propriamente fatos empíricos. A afirmação de que os "genitais femininos eram comparativamente mais fracos, menores e mais frios" mostra como visões culturais e morais se infiltraram facilmente no discurso médico, moldando interpretações científicas de acordo com estereótipos de género. As mulheres não tinham como compreender

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

a sua própria biologia fora do quadro galénico, pois os conceitos disponíveis eram dominados por homens e pressupostos sobre a inferioridade feminina.

Mesmo quando a experiência clínica e direta das mulheres poderia fornecer informação relevante, esta era sistematicamente desacreditada, sendo entendida como "bruxaria" ou "possessão demoníaca". Isto apenas mostrava que o conhecimento médico da altura favorecia certas vozes, masculinas e académicas, em detrimento daquelas que pertenciam ao próprio objeto de estudo, as mulheres.

Scull chama a atenção para a relevância do género quando abordamos o assunto da histeria, mencionando que "it is perhaps fitting that the first prominent English patient to be considered hysteric should be a young unmarried girl" (Scull, 2009, p. 23). Este curto e simples argumento do autor mostra como a histeria não pode ser analisada apenas como uma doença clínica, sendo visível que a medicina, longe de ser neutra, foi desenvolvida com bases de narrativas sociais de género, que atravessam séculos.

No entanto, mesmo tendo Jorden trazido atenção pública para este diagnóstico, pouca relevância teve na comunidade médica e científica nos anos seguintes, como mencionado por Scull:

> A *Briefe Discourse* of a *Disease Called the Suffocation of the Mother* had but a short half-life and then disappeared from view, never reprinted, seldom cited, left to the gnawing criticism of the mice. With it went any serious interest in the disease it claimed to identify, and that interest would not revive for several decades. (Scull, 2009, p. 21)

3.3. Histeria como Doença do Sistema Nervoso

Posteriormente, por parte dos dois autores, surge a referência a Thomas Willis, um médico inglês que fez grandes contribuições para a neurologia, psicologia e psiquiatria durante a segunda metade do século XVII. De acordo com Cleghorn:

> He encountered severed girls and women suffering from bizarre symptoms that appeared to be hysteric - convulsions, intense melancholy, unexplained pains, violent manias and even inexplicable fits of leaping. As a follower of Galen, he assumed such symptoms were caused by foul humours emanating from their uteruses. But his interest in the causes of extreme behavioural and emotional states shifted as he became fascinated by the way the mind and body communicated. (Cleghorn, 2021, p. 78)

Após estudar o corpo humano, em especial o cérebro e o sistema nervoso, concluiu que a causa destes sintomas histéricos não eram aflições do útero, mas sim "disorders of the nerves and spirits" (Cleghorn, 2021, p. 79). O tratamento aplicado focava-se em "getting the disease out of the body", através de, por exemplo, sangramentos. Willis cunhou o termo "neurologia"

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

e, com os estudos que fez, a histeria tornou-se uma "female malady, perhaps the quintessential female malady" (Scull, 2009, p. 30).

Em vez de quebrar com a visão de inferioridade biológica da mulher, essa mudança de compreensão da histeria por parte de Willis consolidou-a como a doença feminina por excelência, perpetuando os mecanismos de deslegitimação testemunhal e hermenêutica já existentes há séculos. Isto é algo que Cleghorn menciona, explicando que as mulheres eram "universally believed to be utterly at the mercy of feelings, were always predisposed to illnesses and diseases incited by emotional lability" (Cleghorn, 2021, p. 81).

A visão do médico inglês foi também defendida e aceite pela comunidade científica da época devido ao seu apoio por parte de Thomas Sydenham. Sydenham era também médico, porém recusava fazer análises do corpo humano através da dissecação, como Willis havia feito, devido às suas crenças puritanas. Quando Sydenham notou uma presença de sintomas da histeria também em homens, percebeu que não poderia ser o útero a fonte desta doença feminina e muito menos classificar-se como, apenas, uma doença feminina. No entanto, Sydenham classificou a versão de cada sexo com uma linguagem distinta: nomeou os sintomas apresentados em mulheres como "hysterical complaints" e aqueles apresentados em homens como "hypochondriacal complaints" (Scull, 2009, p. 33). Sydenham distinguiu-as entre si: as afeções histéricas caraterizavam-se por serem sintomas mais dramáticos e emocionais, sem causa física aparente, por sua vez, as afeções hipocondríacas estavam associadas à região do hipocôndrio, apresentando sintomas físicos e vagos, também sem causa aparente. Esta designação derivava da crença que as afeções hipocondríacas derivaram de "some obstruction of the spleen or viscera" (Scull. 2009, p. 32), pois o baço produzia humores mais negativos.

Scull levanta uma questão importante acerca da medicina da época:

> Seventeenth- and eighteenth-century physicians rarely laid hands on their patients, relying on head, not hand, as the basis of their diagnostic acumen, and leaving the stigmatizing manual tasks that were a necessary part of any direct examination of the patient's body to the lower-status surgeons. Inevitably, this neglect of the physical examination led to all manner of diagnostic errors. (Scull, 2009, p. 33)

A recusa em fazer um exame físico não era apenas um problema técnico, mas também um problema epistemológico e social: a medicina da época estava preocupada em reafirmar a autoridade médica, privilegiando o raciocínio abstrato em detrimento da observação do paciente. Isto abriu espaço para interpretações parciais, sustentadas em modelos teóricos ultrapassados. Neste contexto, a histeria prosperou como uma categorização diagnóstica porque oferecia uma

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

narrativa cultural pronta para preencher qualquer lacuna deixada pela ausência de contato com o corpo:

> The new doctrine of the nerves made it easy to extend the diagnosis to males, and both Willis and Sydenham had explicitly recognized the existence of male hysterics. For all that, women were still seen as contributing a disproportionate share to the ranks of the sufferers, a disparity that seemed easy to explain, for the female frame, and the female nervous system, were simply a frailer, lest robust version of the male. (Scull, 2009, p. 55)

O sexo feminino, em particular, sofria uma dupla desvantagem devido ao preconceito de género e a falta de credibilidade epistémica. O saber médico não dava voz às pacientes e desvalorizava-se por completo o testemunho das mesmas, sendo um bom exemplo da injustiça testemunhal apresentada por Fricker.

4. Do Século XIX ao Século XX: Um Progresso Contraditório

Com a evolução da farmacologia científica, a toma de medicamentos como forma de tratamento popularizou-se em meados do séc. XIX. Scull menciona que "hysterical patients", apesar de lucrativos para a indústria farmacêutica, "seldom seemed to get better" (Scull, 2009, p. 65). Robert Brudenell Carter, como outros colegas médicos, atendia um grande número de pacientes diagnosticados com histeria. E, conforme as frustrações destes pacientes (quase todos eles do sexo feminino) aumentavam, Brudenell decide mudar a sua visão sobre o que estava de errado com eles e qual a origem destas inclinações histéricas:

> Strong emotions could disrupt the equilibrium of the body (...). Here was the important source of the far greater frequency of hysteria among the female of the species. Men think, women feel. (...) at bottom, hysteria was a disorder rooted in the body. (Scull, 2009, pp. 67-68)

Brudenell concluiu que o primeiro ataque histérico talvez fosse "traced back to physiology", mas conforme a doença se desenvolvia, outros ataques "were provoked by the recall of the emotions that had produced the original attack, and could sometimes be deliberately induced by the patient" (Scull, 2009, p. 68). Na realidade, as mulheres "were effectively being blamed for inflicting such diseases on themselves, or at least for cultivating the mental states thought to trigger them" (Cleghorn, 2021, p. 95).

Mesmo com avanços médicos e científicos, a histeria continuou a funcionar como um mecanismo de deslegitimação epistemológica, mostrando como a ciência do século XIX podia reproduzir preconceitos profundamente enraizados. Em 1858, ainda no século XIX, o Parlamento Britânico passa o *Medical Act*, que garantia que a medicina era praticada apenas

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

por médicos qualificados. Isto foi uma limitação essencial para todo o conteúdo médico que temos atualmente, tendo em conta que as mulheres eram impedidas de receber educação na época.

Nessa mesma época, a histeria começou a ser atribuída a hábitos como a masturbação feminina. Os médicos concluíram que "any attention a woman paid to her own reproductive system and genital organs, had dire consequences for her physical and moral health" (Cleghorn, 2021, p. 112). Surge então a prática da clitoridectomia, que consistia na remoção total ou parcial do clitóris. Este procedimento deslegitimava o testemunho das mulheres e reforçava estereótipos sobre a sua suposta instabilidade emocional.

Outro método foi a *rest cure*, abordada publicamente por Charlotte Perkins Gilman em *The Yellow Wallpaper*, uma autobiografia. Gilman foi diagnosticada pelo seu marido médico com "slight hysterical tendencies" e o tratamento aconselhado foi confinamento social e proibição de "intellectual and creative activity" (Cleghorn, 2021, p. 153). O resultado era frequentemente a condução a uma deterioração da saúde mental, evidenciando que a interpretação médica desconsiderava completamente a experiência da paciente. Hoje em dia suspeita-se que Gilman na realidade havia sofrido de uma depressão pós-parto.

4.1. Psicanálise e Prolongamento do Estereótipo

Apesar da gradual desvalorização destes tratamentos, a histeria manteve-se no diagnóstico médico ao longo do século XX, reinterpretada por Freud e Breuer à luz da psicanálise:

> 'Hysterics,' Breuer and Freud concluded 'suffer mainly from reminiscences', memories that lingered in repressed from in the unconscious, only to return to the surface with a vengeance years later in the disguised form of symptoms. (Scull, 2009, pp. 137-138)

Apesar da psicanálise enfatizar a história de vida da paciente e a sua mente, que retirava o foco do diagnóstico do corpo feminino, os diagnósticos e análises continuavam-se a focar em mulheres. Mantinha-se a ideia de uma patologia de género e a exclusão do testemunho da mulher como sujeito epistémico. O diagnóstico de histeria ao longo dos séculos ilustra como a linguagem médica atua da forma performativa. Ao rotular a mulher como histérica, o médico não se limitava a descrever sintomas, mas produzia efeitos concretos sobre o corpo e a vida da paciente. A própria palavra "histeria" configurava e configura o que podia ser pensado, dito e

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

experienciado, reforçando a desvalorização do testemunho feminino e tornando explícita a injustiça epistémica.

5. Herança da Histeria na Medicina Contemporânea

Atualmente, o facto de que os impactos sociais da associação da histeria ao sexo feminino, e que a base desta patologia foram os aspetos fracos, inconsistentes e erráticos da mulher, permitiram que ainda hoje a comunicação científica e médica tenha esse preconceito, ainda que inconscientemente. Embora o diagnóstico de histeria tenha sido oficialmente abandonado, os seus pressupostos epistemológicos permanecem ativos na prática médica contemporânea.

Tal como mencionado anteriormente, é na década de 70 que o diagnóstico de "histeria" é oficialmente retirado da Classificação Internacional de Doenças, mostrando que é a partir daqui que a medicina se torna mais objetiva e baseada em evidências, acabando por substituí-la por *novas* patologias investigadas e nomeadas corretamente. No entanto, o padrão de desconfiança dirigido ao testemunho feminino mantém-se, sustentando a teoria da injustiça epistémica apresentada por Miranda Fricker.

Ao longo da história e graças ao modelo patriarcal da sociedade, o sexo feminino foi constantemente afastado do meio médico e científico, uma lacuna de inclusão que permitiu que a pesquisa científica se focasse no corpo masculino. A exclusão das mulheres dos estudos clínicos mostrou-se como sendo epistemológica e não apenas uma escolha metodológica, sendo frequentemente justificada pela alegada "instabilidade" do corpo feminino:

> Female bodies (both the human and animal variety) are, it is argued, too complex, too variable, too costly to be tested on. Integrating sex and gender into research is seen as 'burdensome'. It is seen as possible for there to be 'too much gender', and for its exclusion to be acceptable on the basis of 'simplification' (...). (Criado-Perez, 2019, p. 202)

Como explicado por Criado-Perez, na sua obra *Invisible Women*, a caraterização do corpo feminino como instável não resulta de uma análise neutra da variabilidade biológica, mas da eleição implícita do corpo masculino como o padrão epistemológico. Este padrão vai de encontro com a instabilidade associada ao diagnóstico de histeria, à associação da mulher como desequilibrada perante o padrão perfeitamente normal e controlado do homem. Foi apenas com o National Institutes of Health Revitalization Act, em 1993 nos Estados Unidos da América que esta realidade se alterou. Esta lei federal tornou obrigatória a inclusão de mulheres e minorias étnicas em estudos clínicos financiados pelo NIH, bem como a análise dos resultados por sexo,

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

sempre que cientificamente apropriado. O objetivo era corrigir esta exclusão sistemática e de acordo com Steinberg et al. (2021), nas últimas duas décadas no país americano, 99,2% dos estudos realizados fizeram, de facto, menção ao sexo.

Apesar do seu impacto normativo, a implementação do NIH Revitalization Act não eliminou automaticamente as assimetrias epistemológicas na prática clínica, uma vez que a inclusão formal não garante por si só o abandono ou transformação de pressupostos previamente enraizados. Na realidade, Criado-Perez menciona que, quando as mulheres são de facto incluídas em ensaios clínicos "they tend to be tested in the early follicular phase of their menstrual cycle, when hormones levels are at their lowest - i.e. when they are superficially most like men." (Criado-Perez, 2019, p. 204). Isto comprova que a variabilidade hormonal do corpo feminino continua a ser tratada como um ruído metodológico a ser controlado e não como uma dimensão biologicamente relevante, continuando a empobrecer os recursos interpretativos disponíveis para compreender a experiência corporal feminina na sua totalidade. O corpo feminino é considerado simultaneamente demasiado variável para produzir conhecimento, mas suficientemente estável para receber intervenções terapêuticas baseadas em dados incompletos.

À luz de Fricker, esta existência estrutural de injustiça epistémica hermenêutica manifestada através da ausência de dados adequados para compreender a experiência corporal feminina, conduz à gestão sintomática, sobretudo através de estratégias de contenção farmacológicas. De acordo com McGregor:

> Women are statistically more likely to be prescribed medications than men and are more likely to have prescriptions from multiple providers (...). Furthermore, women are more likely to have adverse reactions or interactions since most drugs are tested primarily (or even exclusively) on men. (McGregor, 2020, p. 70)

Neste contexto, não surpreende que as mulheres sejam mais frequentemente medicadas do que os homens, sobretudo com psicofármacos e analgésicos, numa lógica de contenção dos sintomas em vez de compreensão das suas causas. Evidências recentes indicam que a forma como profissionais de saúde interpretam a dor tem um viés de género profundo. Em Zhang et al. (2021) os observadores subestimaram a dor dos pacientes de sexo feminino em comparação com demonstrações de dor do sexo masculino, apesar de ambos os sexos terem relatórios idênticos. As mulheres foram também mais facilmente associadas a abordagens psicoterapêuticas, do que a intervenções analgésicas tradicionais. Este viés de percepção atua como um filtro epistémico: não molda apenas como a dor é compreendida, demonstrando um claro exemplo de injustiça epistémica testemunhal, mas influencia diretamente decisões

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

terapêuticas, contribuindo para que as mulheres recebam prescrições que podem não responder às causas subjacentes da dor.

5.1. Viés de Género no Diagnóstico Cardiovascular

De acordo com a *World Heart Federation* as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes de mulheres todos os anos, representando mais do que o dobro das mortes anuais em mulheres de todas as formas de cancro combinadas. Isto não é um resultado de apenas de uma combinação de fatores de risco como a menopausa, a gravidez, ou a maior prevalência de diabetes e obesidade, mas também deriva desta probabilidade estatística das mulheres serem receitadas e tomarem mais medicamentos do que os homens (Manteuffel et al., 2014).

Um fator de risco poucas vezes mencionado é o intervalo QT, um marcador eletrofisiológico associado ao risco de arritmias, que se apresenta, em média, mais prolongado nas mulheres do que nos homens. Como Criado-Perez explica:

> However, when such drugs are taken in combination over a period, the QT interval is increased to the point where the heart doesn't beat correctly after its elongated rest period. When this tipping point is reached, the heart just ... sputters out. (Criado-Perez, 2019, p. 202)

A diferença entre os corpos femininos e masculinos é mensurável, objetiva e conhecida, no entanto, o diagnóstico de doenças cardiovasculares permanece quase que inalcançável. A discrepância entre os sintomas apresentados pelas mulheres e o modelo clínico dominante conduz frequentemente à sua reinterpretação como manifestações de ansiedade, atrasando o diagnóstico e, muitas vezes, agravando o prognóstico. No início da sua obra *Sex Matters*, Alyson McGregor desenvolve um episódio no departamento de urgências no hospital em que trabalhava:

> Julie, the young woman I met that day, had visited her primary care doctor several times prior to coming to the emergency department and had also seen at least two other physicians in the previous forty-eight hours. She was experiencing discomfort in the region of her chest and shortness of breath that worsened markedly the more agitated she became. (...) Her other doctors had attributed Julie's symptoms to a combination of anxiety and stress to her heart due to her obesity. The vagueness of her descriptions when she talked about her symptoms, combined with her age and the fact that she had been clinically diagnosed with anxiety several years before, made her current discomfort seem like a no-brainer for her doctors. She was having panic attacks, and her weight was compounding the issue. End of story. (McGregor, 2020, pp. 15-16)

A autora desenvolve que os sintomas associados a enfartes do miocárdio em mulheres são muitas vezes descritos como atípicos e, de facto, a WHF confirma que muitas vezes a dor no peito (considerada um sintoma de reconhecimento da patologia), pode nem acontecer,

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

demonstrando sintomas como uma dor mais difundida, falta de ar, pressão ou aperto no peito. Estes sintomas são de facto associados com ansiedade, mas em grande parte dos casos (e tal como no caso da paciente descrito pela autora), quando o sofrimento feminino não encaixa nos modelos biomédicos dominantes, ele é psicologizado e a ansiedade surge como uma resposta interpretativa do modelo biomédico em reconhecer a especificidade da experiência feminina.

No fundo, a ansiedade, tal como a histeria no século XIX, funciona hoje, como uma categoria que absorve aquilo que a medicina não consegue explicar dentro dos seus modelos dominantes. Isto não acontece por uma completa falta de estudos, devido ao pequeno mas existente investimento, mas sim por causa de um viés clínico, histórico e social da mulher que foi construído ao longo dos séculos.

5.2. Subdiagnóstico do Autismo no Sexo Feminino

Além do diagnóstico de doenças cardiovasculares, a ansiedade atua também como um diagnóstico superficial que desvanece diagnósticos de neurodivergência, em concreto Perturbação do Espectro Autista (PEA). Em 2023, Dell'Osso e Carpita observam que, antes de chegar ao diagnóstico correto de autismo, as mulheres são frequentemente diagnosticadas com Perturbação de Personalidade Borderline, perturbações de comportamento alimentar, stress pós-traumático, depressão ou ansiedade. As autoras sublinham que critérios do DSM-5 ainda estão muito focados no fenótipo masculino, o que conduz a que as mulheres sejam diagnosticadas sobretudo quando apresentam sintomas que apresentem um alto comprometimento funcional ou apresentem sintomas considerados tipicamente masculinos. As autoras alertam para um risco de tratamentos inadequados, levando à toma de medicação não adequada e que não resolve a raiz do problema da paciente, conduzindo ao ciclo descrito ao longo dos últimos parágrafos.

6. Conclusão

Da cardiologia à psiquiatria, o que se observa não é a mera persistência de diagnósticos errados, mas a continuidade de uma lacuna hermenêutica estrutural. Ao converter o sofrimento feminino em patologia psicológica sempre que este transborda os limites do modelo biomédico androcêntrico, a medicina contemporânea perpetua a herança contextual da histeria sob o rótulo da ansiedade. Esta injustiça epistémica não decorre necessariamente de uma negligência dos profissionais de saúde, mas de um sistema científico que ainda trata a variabilidade feminina

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

como ruído e o corpo masculino como norma. Superar este cenário exige, portanto, mais do que empatia clínica; requer uma reestruturação profunda do investimento em investigação e uma descolonização do olhar médico sobre o corpo feminino.

https://doi.org/10.21747/978-989-9370-06-7/mul2a4

Referências bibliográficas

Cleghorn, E. (2021). *Unwell Women:* A *Journey Through Medicine and Myth in a Man-Made World.* Weidenfeld & Nicolson.

Criado-Perez, C. (2019). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men.* Penguin Books.

Dell'Osso, L., & Carpita, B. (2023). What misdiagnoses do women with autism spectrum disorder receive in the DSM-5? *CNS Spectrums, 28*(3), 269–270. https://doi.org/10.1017/S1092852922000037

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Gilman, C.P. (2015). *The Yellow Wall-Paper*. Penguin Classics.

Manteuffel, M., Williams, S., Chen, W., Verbrugge, R. R., Pittman, D. G., & Steinkellner, A. (2014). Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *Journal of Women's Health*, *23*(2), 112–119. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3972

McGregor, A. (2021). *Sex Matters: How Male-Centric Medicine Endangers Women's Health and What We Can Do About It*. Quercus.

Parlamento Britânico. (s.d.). Witchcraft. UK Parliament. https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/private-lives/religion/overview/witchcraft/

Scull, A. (2009). *Hysteria: The Biography*. Oxford University Press.

Steinberg, J. R., Turner, B. E., & Weeks, B. T. (2021). Analysis of female enrollment and participant sex by burden of disease in US clinical trials between 2000 and 2020. *JAMA Network Open, 4*(6), e2113749. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.13749

World Heart Federation. (2025). *World Heart Report 2025*. https://world-heart-federation.org/resource/world-heart-report-2025/

Zhang, L., Lu, X., Bi, Y., & Hu, L. (2021). Gender biases in estimation of others' pain. *The Journal of Pain, 22*(9), 1048–1059. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.03.001

Biografias dos autores

Sujeto femenino y mercantilización del yo en la cultura digital: La escritura de Barbijaputa como espacio de indisciplina y resistencia

Ambra Pinello es Profesora Ayudante Doctora en la Università degli Studi di Palermo. Sus principales líneas de investigación son la poesía y la novela españolas contemporáneas, la traducción literaria y las relaciones entre cultura, prensa y poder, con especial atención a la percepción y narración mediática de la mujer. Co-directora de la red internacional MEMITÀ y redactora jefa de la sección de lingüística y literatura española e italiana de la revista científica *e-Scripta Romanica,* es también miembro del comité científico de las series editoriales de UniPAPress TransLitteræ y Memoria&Identità/Cultural& Linguistic Heritage y directora da la serie editorial Limen de la editorial Linea Edizioni. Entre las recientes publicaciones, el libro y *Scrittura letteraria e stampa di regime nella rivista bilingue italo-spagnola Legioni e Falangi/Legiones y Falanges (1940-1943)* (Peter Lang, 2020) y los artículos, en prensa y en volumen, "A contracorriente: cuestionamiento de los paradigmas dominantes y legitimación de lo diferente en la poesía de Gloria Fuertes" (*Verbeia*, 2025), "Del papel a la pantalla: la mujer en la prensa de María Brisso y en el entorno virtual de Barbijaputa" (Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, 2025), entre otros.

A representação das mulheres em discursos presidenciais portugueses e brasileiros

Glória Reis é licenciada em Ciências da Linguagem pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto e bolseira do PCI no Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG), financiamento disponibilizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O maior interesse de pesquisa envolve o estudo da fonologia das línguas indígenas da América do Sul, em especial as línguas da família Tupi. Enquanto estudante, foi editora da revista ElingUP, a revista digital de linguística dos estudantes da Universidade do Porto, já foi bolseira do programa de iniciação científica da FCT (Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal) e bolseira do programa de Novos Talentos da Fundação Calouste Gulbenkian. Já atuou profissionalmente na área de anotação semântica e, atualmente, possui o cargo de Assistente de Pesquisa do Doutor Dennis Albert Moore, no Museu Paraense Emílio Goeldi, onde trabalha diretamente com a investigação e documentação de línguas indígenas do Brasil.

Alexandra Guedes Pinto é Professora Associada com Agregação da Faculdade de Letras da Universidade do Porto; diretora da Licenciatura em Ciências da Linguagem; membro do Conselho Científico do Mestrado em Tradução e Serviços Linguísticos e do Doutoramento em Ciências da Linguagem; membro da Comissão Diretiva da Unidade de I&D Centro de Linguística da Universidade do Porto. Organizadora das Jornadas Internacionais de Análise do Discurso (JADIS) e diretora da Revista de Estudos do Discurso (REDIS). Membro da Direção da Associação Portuguesa de Retórica. Autora, coautora e organizadora de obras nas áreas dos Estudos do Discurso, da Pragmática e da Sociolinguística.