



As mulheres e a doença: aproximações preliminares

Women and disease: preliminary approaches.

*Alexandra Esteves*¹

RESUMO

Em Portugal, não abundam os trabalhos, no âmbito da história das mulheres, sobre as doenças específicas do sexo feminino, embora o parto e os riscos que lhe são inerentes estejam muito presentes na literatura médica, designadamente nos séculos XVIII e XIX. Sem haver a pretensão de colmatar essa lacuna, pretendemos, com o presente artigo, dar a conhecer, entre outros aspetos, as enfermidades que mais afetavam a mulher em diferentes contextos, o modo como a sociedade e a medicina encaravam a condição feminina e era justificada a pretensa inferioridade da mulher face ao sexo masculino, que terapias eram usadas para combater os males de que padeciam, que produtos e processos usados para a prática do aborto. Para a consecução dos objetivos estabelecidos, recorreremos, essencialmente, à literatura médica e a estudos que versam sobre a temática que constitui objeto do nosso trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher. Doença. Literatura Médica. Terapias.

ABSTRACT

In Portugal, there is no abundance of work, within the scope of women's history, on specific diseases of the female sex, although childbirth and the inherent risks are very present in medical literature, particularly in the 18th and 19th centuries. Without intending to fill this gap, we intend, with this article, to make known, among other aspects, the diseases that most affected women in different contexts, the way society and medicine viewed the female condition and it was justified the alleged inferiority of women to men, what therapies were used to combat the ills they suffered, what products and processes used to practice abortion. In order to achieve the established objectives, we essentially resort to medical literature and studies that deal with the theme that is the subject of our work.

KEYWORDS: Woman. Disease. Medical Literature. Therapies.

* * *

¹ Professora auxiliar com agregação. Universidade Católica Portuguesa. Lab2PT, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. estevesalexandra@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0660-9485>

Introdução

Os estudos sobre as doenças e as epidemias que grassaram em Portugal apareceram sobretudo nos anos 90 do século passado e intensificaram-se nos começos da centúria seguinte, na sequência do surgimento de vários surtos pandémicos.

Todavia, apesar do aumento significativo dos trabalhos publicados sobre a história das mulheres, que se verificou a partir do 25 de abril de 1974, e tirando a importância dada ao parto e aos riscos que comportava, as doenças tidas como especificamente femininas não têm sido muito estudadas (NETO, 2001, p. 26). Esta circunstância pode ser explicada pela centralidade conferida à trilogia mulher, sexualidade e família. De facto, a saúde da mulher era, e continua ser, considerada fundamental para garantir a continuidade familiar, assente na procriação saudável. Por conseguinte, havia que evitar tudo o que pudesse complicar esse processo, nomeadamente as enfermidades. Até ao século XIX, a literatura médica focou-se nesta relação entre a saúde da mulher e a constituição da família, estendendo-se, após esta centúria, a outras matérias relacionadas com o sexo feminino.

1. A doença

Desde sempre, as sociedades procuraram debelar a doença, conscientes de que esta fragiliza o ser humano, prejudica o seu modo de vida e põe em risco a sua subsistência, entre outras consequências. Na tentativa de conseguirem concretizar esse propósito, recorreram a vários processos, meios e explicações, incluindo a intervenção do sobrenatural.

As perceções sobre as enfermidades sofreram transformações ditadas por diversos fatores, em particular pela religião e pelo desenvolvimento da medicina. A conceção mágico-religiosa perdurou até ao século XVIII, se bem que ainda se descortinem sinais da sua permanência nos dias de hoje (BRUCHHAUSEN, 2007). Há mais de 600 anos que a Igreja aprendeu a conviver com a medicina secular, mas, mesmo assim, os crentes não deixaram de recorrer aos santos em busca de cura para os seus males, de fazer peregrinações e cumprir promessas. Procura-se, assim, num todo holístico,

conciliar duas vertentes cada vez mais encaradas como complementares e não como antagônicas.

É de notar que o Cristianismo aparece como uma religião curativa. Essa dimensão está patente nos milagres de Cristo, na importância atribuída à oração e à penitência no processo de cura, na concepção do hospital como lugar de tratamento das dores do corpo e das feridas da alma, na associação entre a doença e o pecado. Um dos exemplos mais paradigmáticos desta visão da doença acontecia com a lepra, que, mais do que uma enfermidade, era entendida, pelos seus portadores, como um castigo pelos pecados cometidos. Os gafos eram expulsos das comunidades, obrigados ao isolamento em montanhas e cavernas, onde acabavam por sucumbir à fome, ao frio e aos efeitos da moléstia de que padeciam.

A medicina grega trouxe importantes alterações relativamente à concepção mágico-religiosa da doença. Destacam-se duas figuras: Hipócrates e Galeno. O primeiro, considerado o pai da medicina, defendia uma visão racional da enfermidade, afastada da leitura mágico-religiosa. Na sua perspetiva, a saúde do indivíduo residia no equilíbrio entre quatro humores: a bÍlis amarela, a bÍlis negra, a fleuma e o sangue. A doença resultava, obviamente, do desequilíbrio entre os humores. Galeno reviu a teoria humoral e contribuiu para a sua consolidação, ao considerar que a enfermidade nasce no interior do organismo, sendo causada por fatores endógenos e não exógenos ao indivíduo. Podia ser explicada pela sua constituição física, pela alimentação, por uma mudança ambiental, entre outros fatores.

Na época medieval, persiste a visão hipocrática/galénica, associada à Igreja, que se torna presente na assistência na doença, através dos seus mosteiros, ordens religiosas e da fundação de hospitais e albergarias. Os hospitais, em particular, iam-se afirmando como espaços onde se proporcionava algum conforto físico e espiritual a quem precisava e não apenas como lugares de cura. Assim, estamos num tempo em que as concepções naturalistas de Hipócrates e Galeno competiam com a concepção da doença como castigo.

O paradigma do pior dos castigos, a peste negra, chega em 1348. Praticamente toda a Europa foi afetada pela peste bubônica, ainda que de forma desigual, e com efeitos difíceis de calcular, dada a dificuldade de avançar com números exatos. Outras doenças infecciosas grassavam com alguma regularidade, provocando, por vezes, a morte, como a papeira e o sarampo.

A Idade Média era extremamente rica em terapêuticas, embora, como salienta Jean-Charles Sournia, fossem “tão abundantes como ineficazes” (SOURNIA, 1995, p. 111). Era reconhecida a importância das dietas alimentares, as qualidades medicinais do vinho e dos banhos de vapor e de várias substâncias medicamentosas de origem vegetal e animal e à base de dejetos humanos e animais. A ciência médica tinha um cariz essencialmente teórico, distanciando-se do saber prático, que era encarado com desdém e considerado inferior. Assim, as intervenções cirúrgicas estavam a cargo de cirurgiões e barbeiros, menos considerados socialmente.

Os tempos modernos trazem consigo um conjunto de mudanças. É o século do Renascimento e dos Descobrimentos. Deste movimento, de que portugueses foram precursores, resultam progressos na botânica, na zoologia e na medicina. Destacam-se os nomes de Amato Lusitano, Garcia da Orta, Ambrósio Nunes, Francisco Sanches, entre outros (FERREIRA, 1990, p. 148).

Tratava-se do começo de um novo tempo, marcado pelos movimentos da Reforma Protestante e da Reforma Católica, pela invenção da imprensa e pelo experimentalismo. Neste contexto, o suíço Paracelsus colocou em causa a concepção humoral, ao sustentar que a doença era provocada por agentes exteriores ao organismo. Todavia, até bem entrado o período moderno, permanece a perspetiva humoral da doença e da cura enquanto processo individualizado. Persiste, igualmente, a ideia da possibilidade de transferência da doença e da cura através de “simpatias” (LINDEMANN, 2002, p. 17). Mesmo os académicos não ficavam imunes à influência da astrologia e da magia sobre a saúde humana. Aliás, nessa época, até as mentes mais brilhantes se rendiam à astrologia e à feitura de cartas

astrológicas, aceitando que elementos celestiais interferiam na condição física do indivíduo e podiam causar-lhe doença.

No século XVII, emerge a concepção mecânica do corpo e a evolução do conhecimento anatómico leva à deposição da teoria humoral. Entre os avançados registados, são de destacar, no domínio da fisiologia, a descoberta da circulação do sangue e, no campo da terapia, o uso da quina. Todavia, isto não se traduziu em resultados imediatos na área da medicina, nem trouxe alterações no modo de encarar a doença ou da chegada da morte, pois ambas continuavam a ser interpretadas, essencialmente, como um castigo divino. Ainda não tinha chegado o tempo em que a morte, a morte romântica era ansiada.

Em setecentos, o hospital continua a ser olhado como um espaço ambivalente, onde convivem a pobreza e a doença². É nesta altura que, em França, surge o modelo do hospital geral, para onde eram enviados os marginais, ou seja, vadios, mendigos, delinquentes, prostitutas, estropiados e alienados. O hospital torna-se, assim, o lugar dos excluídos, entre os quais estavam os doentes, principalmente os de poucos recursos. Os tratamentos centravam-se nas purgas, sangrias e ventosas e nas dietas alimentares. Na Idade Moderna, ainda era muito difícil entender a doença, a sua origem e a sua letalidade. As crianças eram afetadas por inúmeras enfermidades, como a varíola, a tuberculose, as várias “febres”, entre muitas outras, que contribuíam para elevada taxa de mortalidade que se registava nessa faixa etária.

O regime alimentar ou os conflitos bélicos não explicam, por si sós, o aparecimento de doenças que afetavam todos os grupos sociais da era moderna. Há um aspeto fundamental e cuja relevância será cada vez mais reconhecida à medida que se aproxima a contemporaneidade. Trata-se da inexistência de cuidados com a higiene pública e pessoal da maioria da população europeia. A ausência de saneamento era causa de várias moléstias, sobretudo intestinais. Especialmente nas grandes cidades, as autoridades não

² No entanto, como refere Maria Marta Lobo, na Idade Moderna, os hospitais já mostravam preocupações com a limpeza e a higiene (ARAÚJO, 2014).

conseguiam garantir o fornecimento de água potável aos seus habitantes. A sua filtragem não será aplicada antes do século XIX. Era nas fontes e nos poços que a população se abastecia de água, muitas vezes inquinada, pelo que o perigo para a saúde pública era real. As casas dos mais pobres mantinham o minimalismo da era medieval. Mais do que lares, eram lugares propiciadores de todo o tipo de doenças: o ar era pesado e irrespirável; as lareiras estavam quase sempre acesas para cozinhar ou aquecer os corpos; os animais, potenciais focos transmissores de doença, partilhavam o espaço com os moradores; os colchões, quase nunca abertos e batidos, estavam carregados de pulgas e piolhos. E o que dizer da roupa? Mais uma vez, voltando-nos para a base da sociedade, verificamos que era escassa e raramente era lavada. O corpo também não tinha grande apreço pela água. Até ao século XVIII, a população ignorava a importância do banho (ÓRTEGO AGUSTIN, 2009; CORBIN, 1990). Assim se entende a proliferação de doenças dermatológicas, como a sarna e a tinha.

Para além da mortandade no campo de batalha, os conflitos bélicos tinham outras consequências, que agravavam o quadro acima descrito. As movimentações dos exércitos provocavam a destruição de habitações, de culturas e campos de cultivo, e os acampamentos militares eram focos de várias doenças, como a sífilis, a difteria, a disenteria e o tifo. Habitualmente, os contingentes militares eram seguidos por meretrizes que transportavam consigo a sífilis, que, dada a sua propagação, atingia proporções verdadeiramente epidémicas.

A preocupação com a saúde pública das populações, no sentido de evitar a disseminação de certas moléstias, não se notará antes do século XVIII e do aparecimento do movimento higienista. Para as controlar havia que agir sobre os agentes causadores: os elementos de contágio e os fatores ambientais. Sobre os primeiros, já se atuava na Idade Média, através, por exemplo, das quarentenas e isolamentos. No que respeita aos segundos, será preciso esperar pelo século XIX, embora se fizessem fumigações nas cidades modernas para purificar o ar.

No século XVIII, surge um novo hipocratismo, assente na valorização do ambiente, das causas externas como fatores originadores de moléstias. Simultaneamente, vai decaindo o peso da concepção supersticiosa da doença e da cura. O mesmo sucede com a leitura miasmática, baseada na existência de ares corrompidos por elementos poluídos, como, por exemplo, os corpos em putrefação, responsáveis pelo aparecimento de enfermidades e pelo seu alastramento. O facto de nos primórdios de setecentos se colocar a tónica no ambiente terá impacte sobre a saúde dos povos, o mesmo é dizer sobre a saúde pública. O Homem podia não só conhecê-lo de forma mais aprofundada como também contribuir para o seu melhoramento, através de ações como as que foram elencadas por James Riley: limpeza; instalação de redes de esgotos; valorização da circulação do ar e práticas de enterramento dos mortos mais recomendáveis sob o ponto de vista sanitário.

Simultaneamente, desenvolvem-se iniciativas caritativas e de cariz filantrópico, que se propõem auxiliar os mais carenciados, nomeadamente em matéria de assistência na doença. Com o claro propósito de contribuir para o crescimento demográfico, são criadas associações de apoio à maternidade, mas que faziam depender a prestação de ajuda do cumprimento de um conjunto de requisitos ditados pelos valores então vigentes. Por exemplo, apenas aceitavam auxiliar mulheres casadas. Ainda dentro de uma política de apoio médico aos mais necessitados, assistir-se-á, no quadro setecentista, à criação de dispensários, que se generalizam no século seguinte. A Inglaterra viu nascer o seu primeiro dispensário em 1769, destinado a crianças pobres (LINDEMANN, 2002, p. 194). Estas instituições terão um papel fulcral na doação de substâncias medicamentosas aos pobres, fora do ambiente hospitalar, além de funcionarem como lugares de aconselhamento médico e higiénico.

Ainda no século XVIII, os Estados começam a cuidar da limpeza das ruas e praças e a erradicar possíveis focos de moléstias, como os charcos de água, pântanos e lodaçais. O ar, por ser facilmente contaminado, tinha que circular, especialmente nos locais onde se juntava um elevado número de indivíduos, caso de cadeias, asilos e hospitais. No que respeita às medidas sanitárias

relacionadas com os enterramentos, a sua aplicação era condicionada pela religiosidade das populações. A prática de sepultamento no interior dos lugares de culto e nos adros das igrejas estava muito enraizada e era difícil de mudar.

Havia quem considerasse Portugal um país fechado à inovação, nomeadamente no ensino da medicina. No entanto, esta perspetiva não corresponde, de todo, à realidade, até porque vários autores mostram que havia circulação de conhecimento. Sendo verdade que no século XVII raramente se abriam cadáveres humanos e certas descobertas, como a circulação do sangue e estudos anatómicos, ainda estavam pouco divulgadas, alguns médicos procuraram fazer a conciliação entre o saber clássico, de cariz teórico, e a inovação, embora persistisse o recurso a sangrias, purgas e clisteres. Todavia, já a partir do século XVI, assiste-se à aplicação de novas terapias, com a inclusão de substâncias medicamentosas cujos componentes provinham de diferentes regiões do mundo.

2. A mulher e a doença

A relação entre a mulher e a doença ao longo da história pode ser perspectivada de dois modos: por um lado, considerando as doenças que recorrentemente afetavam o sexo feminino e o foram acompanhando ao longo dos séculos, sendo algumas específicas da mulher, outras comuns aos homens; por outro, atendendo às enfermidades que foram invocadas para provar a inferioridade da mulher e a sua subordinação ao sexo masculino. Estas últimas foram aproveitadas para construir um discurso de inferiorização da mulher, particularmente no século XIX, num contexto de crescente reconhecimento da autoridade médica e de medicalização da própria sociedade. Serviram, ainda, para contrariar a declaração de Vítor Hugo, segundo a qual o século XVIII tinha sido o século dos homens e o seguinte seria o das mulheres (VAQUINHAS, 1995). Mas não foi. Então, para justificar a menorização da mulher, recorreu-se ao seu corpo e à exposição das características da sua anatomia. Instala-se a ideia da mulher como um homem inacabado, que se materializa num órgão reprodutor incompleto, que,

por sua vez, se repercute no comportamento e na aptidão intelectual diferentes dos que são apanágio dos elementos do sexo masculino. Por isso, as mulheres não poderiam, por exemplo, frequentar a universidade ou ter posições públicas idênticas às do homem. As que tentavam contrariar esta situação ficavam expostas à doença, nomeadamente à histeria.

A ideia da mulher como um homem incompleto foi sendo construída ao longo dos séculos, alimentada por juristas, teólogos e médicos (LOPES, 2017). Fundada no pecado original, a inferioridade intelectual, moral e espiritual da mulher era justificada pela sua anatomia e visível nas suas manifestações, como as dores do parto ou a menstruação, marcas de castigo e de impureza, respetivamente, e, ao mesmo tempo, símbolos da malignidade e perversidade que lhes foi imputada ao longo dos períodos medieval e moderno. A mulher surge associada à carne, à impureza e à sujidade.

A melhor forma de a mulher contrariar as tendências e os males que lhe eram atribuídos seria através do recato, do isolamento e da clausura. No século XVIII, houve alguma abertura à sociabilidade feminina, sobretudo nos grupos sociais mais elevados, mas era encarada com desconfiança por alguns setores da sociedade. Na centúria oitocentista, na sua obra intitulada *Principais causas da degenerescência phisica, moral e intelectual*, o médico Tibúrcio Ferraz declarava que homens e mulheres têm papéis distintos na sociedade, considerando que estas, pela sua fraqueza e sensibilidade, deveriam estar confinadas ao recato do lar e dedicar-se à educação dos filhos. No entanto, no Portugal de oitocentos, contrariando essa linha de pensamento, a mulher trabalhava no campo, ao lado do homem, e empregava-se na indústria. Na opinião daquele clínico, esta circunstância levava à degenerescência da raça portuguesa, pois entendia que “*Todas estas deixão de ser mulheres para parecerem homens: degenerão do typo de beleza, perdem os atrativos e, frequentemente, desmoralizão-se pelo abandono completo da torrente de libertinagem e de uma vida de penúria (...)*” (FERRAZ, 1893, p. 116).

Nas teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto entre 1837 e 1899, eram vários os trabalhos que, direta ou indiretamente, aludiam à

construção das diferenças de gênero e à inferioridade feminina. Havia quem defendesse, por exemplo, que o crânio da mulher era mais leve para justificar o atraso do seu sistema nervoso; a sua laringe era menos desenvolvida, emitia sons mais agudos, que a impediam de exercer funções que requerem liderança; a maternidade era a atividade para a qual estava fisicamente vocacionada

Na sua tese sobre a instrução feminina, o médico português Manuel Barrigas declara que a mulher é rica em capacidades afetivas, provenientes, precisamente, da sua função maternal, mas “*não deixa de ser inferior em atributos adquiridos, em poder de racionalização e em tenacidade intelectual*”. Mais: atribui-lhe uma inconstância “*nervosa, um erectismo organico facilmente desequilibrável*” (BARRIGAS, 1888, p. 37). Em suma, imputa à mulher uma certa instabilidade mental, resultante da sua própria anatomia, que a condiciona. Por conseguinte, entende que a mulher não deve ser sobrecarregada com tarefas que vão além das suas possibilidades e que são próprias do sexo masculino. Defende ainda que, dadas as limitações das suas aptidões cerebrais, o trabalho intelectual esgota a mulher e facilita a propagação de doenças nervosas e mentais e, inclusive, pode levar à esterilidade. O médico vai mais longe quando afirma que “*Nem me parece que haja pae ou mae que prefira a vaidade idiota de ter na família uma filha doutora, à satisfação de crear uma mulher robusta e vigorosa*” (BARRIGAS, 1888, p. 45). Achava que em Portugal, felizmente, poucas mulheres conseguiam aceder a cursos superiores e que o exemplo alemão de fechar as universidades ao sexo feminino devia ser seguido.

Outro médico, Domingos José dos Santos Guerreiro, na sua tese sobre a histeria, advogava que a sexualidade feminina consistia numa suspensão de desenvolvimento, que teria impacto sobre o resto do organismo, nomeadamente sobre o crânio e o seu conteúdo. Logo, esta inferioridade anatómica conduziria à inferioridade funcional e intelectual. Sustentava que “*O nível intelectual feminino é evidentemente pouco elevado*” (GUERREIRO, 1897, p. 38). E, em pleno século XIX, lança a pergunta: “*Qual é o nome*

feminino celebre nas sciencias, ou nas artes, na musica, na pintura ou nas letras?” (GUERREIRO, 1897, p. 38) .

No século XVIII, vários autores, nomeadamente clínicos, também tinham uma perspetiva muito pouco abonadora da condição feminina, como era o caso do médico e religioso Manuel de Azevedo, que, na sua obra *Correcção de abusos introduzidos contra o verdadeiro methodo da medicina, e Farol medicinal para Medicos, Cyrurgioens e Boticarios*, publicada em 1705, retrata as mulheres solteiras, viúvas e, em particular, as velhas como perigosas, por invejarem a beleza das mais jovens, um sentimento que, segundo o autor, pela sua força, podia matar (AZEVEDO, 1705, p. 29). A primeira parte desta obra é dedicada a questões do sobrenatural, nomeadamente ao mau-olhado e às suas consequências para a saúde. Por ser considerado um tema a tratar no âmbito da medicina, cabia aos médicos identificar os autores de maus-olhados, que seriam, habitualmente, mulheres, sobretudo as velhas e menstruadas, instigadas pela inveja, pela ira e pelo desejo de vingança (BARREIROS, 2014, p. 46).

A questão da sexualidade estava muito presente na literatura médica setecentista, aparecendo relacionada com a constituição da família, na qual a mulher tinha um papel essencial, pelo que era necessário cuidar do seu corpo, essencialmente na perspetiva da maternidade. Era indispensável proteger a anatomia feminina de um conjunto de males, para que pudessem gerar filhos robustos. Neste sentido, exigia-se uma cautela acrescida com as doenças venéreas, em particular com a sífilis, não só por afetar a mulher, mas também porque, segundo alguns autores, ser ela a principal culpada pela sua disseminação. Na prefácio da obra *Doutrina das Enfermidades Venéreas*, da autoria de Jozé Jacob Plenck, datada de 1786, traduzida para português por Manoel Joaquim Henriques Paiva, com várias anotações do mesmo, consta o seguinte, a propósito do gálico: “*Por quanto esta enfermidade he tão contagiosa, que hum aso mulher immunda, basta para infeccionar muitas famílias, Villas e Cidades (...)*”. Tratando-se de uma doença transmissível sexualmente, estigmatizava os infetados, especialmente as mulheres. A sua origem era motivo de debate no século XVIII, sendo associada à descoberta do

Novo Mundo, donde teria sido transportada para a Europa. Havia quem contestasse esta teoria, defendendo uma origem pré-colombiana. Ou seja, desde tempos bem distantes, a doença marcava presença e causava vítimas no continente europeu. De facto, Plínio faz-lhe referência, chamando-lhe *mentagra*.

As meretrizes eram consideradas as principais responsáveis pela transmissão da sífilis. Já no século XV, Ruy Diaz D'Ysla, médico castelhano que trabalhou no Hospital Real de Todos-os-Santos e estudou a doença, defendeu que as prostitutas deviam ser examinadas, semanalmente, por um cirurgião, e aquelas a quem fosse diagnosticada a sífilis impedidas de exercer o seu mister durante um ano e, para evitar transgressões, deviam permanecer enclausuradas no hospital, em casa ou na cadeia (LEMOS, 1889, p. 244).

Em 1603, o médico Rodrigo de Castro escreveu sobre a febre puerperal. Trata-se de uma doença antiga, que remonta ao tempo de Hipócrates, cuja origem é controversa e que motivou vários tratados médicos e teorias sobre as suas causas. Achava que a explicação da doença estava na supressão dos lóquios ou no seu fluxo abundante. Esta tese também será defendida por Zacuto Lusitano, em 1640 (BRITO, 1870, p. 20). No século seguinte, é posta de parte, defendendo-se a teoria das metástases leitosas.

Com raízes judaicas, Rodrigo de Castro nasceu em Lisboa, em 1546 (CARNEIRO, 2008, p. 147). Estudou cirurgia em Salamanca e dedicou-se à prática médica em Lisboa e Évora. Na capital do reino, estudou as enfermidades femininas. Obrigado a sair do país, acusado de judaísmo, julgase que se terá instalado em Antuérpia, dadas as referências às doenças das mulheres desta cidade (LEMOS, 1889, p. 259). Em 1596, encontrava-se em Hamburgo, onde casou com Catarina Rodrigues, uma judia, que morreu jovem, vítima de febre puerperal, deixando-o viúvo com dois filhos. A morte prematura da esposa tê-lo-á incentivado a estudar a enfermidade que a vitimou. Segundo Maximiano de Lemos, esta circunstância terá levado o médico a concluir que, além das enfermidades comuns aos dois sexos, as mulheres são afetadas por doenças específicas.

É da sua autoria a obra *De universa mulierum medicina*, datada de 1603, mas editada várias vezes ao longo da centúria de seiscentos. Uma das partes desta obra é dedicada à anatomia e à fisiologia do aparelho reprodutor feminino, enquanto outra trata das doenças e dos respetivos tratamentos. Nesta, aborda a menstruação, defendendo uma posição contrária à dos autores que tinham uma perspetiva negativa sobre o sangue menstrual. Esta posição pejorativa face à menstruação resultava do estabelecimento de uma associação misógina, que ligava a menstruação à ideia de toxidade e poluição. Tudo isto se relacionava com a procriação: os médicos temiam os efeitos do sangue menstrual sobre o feto, no momento da conceção; os religiosos menosprezavam a menstruação, na medida em que as relações sexuais que tivessem lugar durante esse período visavam o prazer e não a procriação (MCCLIVE, 2015). Considerava-se, por exemplo, que o sangue menstrual, que se acreditava ser o alimento do feto no ventre materno, causaria doenças, como o sarampo, quando o sangue era muito fino, e a varíola, vulgarmente conhecida como “bexigas”, quando se apresentava demasiado grosso (REINHIPO, 1683). Tratava-se de duas patologias frequentes, que atingiam, por vezes, proporções epidémicas, causando um elevado número de vítimas.

Na terceira parte da sua obra, Rodrigo de Castro, que não considerava a mulher inferior ao homem, aborda as relações sexuais e a conceção. Seguidamente, ocupa-se do parto e do leite materno, analisando a influência da lua e do sol no parto. Segundo Maximiano de Lemos, este médico entendia que “*a mulher se alivia á mesma hora que concebe e que é essa a razão da frequência dos partos nocturnos (...)*” (LEMOS, 1889, p. 263). Achava as mulheres da Península Ibérica menos férteis, mais frágeis, e, por isso, os seus partos eram dolorosos. Era um defensor da amamentação. Defendia que a esterilidade resultava de diferentes causas, nomeadamente de causas naturais que se relacionavam com o homem (a falta de atividade do esperma) ou com a mulher (doenças uterinas). Não esquece as patologias que podiam ocorrer durante a gravidez, as enfermidades das puérperas e das mulheres que amamentavam, além de valorizar o papel das amas-de-leite, cuja escolha devia ser cautelosa.

Na descrição das circunstâncias que envolviam as enfermidades, Rodrigo de Castro descreve algumas práticas das grávidas e das mães do norte e do sul da Europa dos séculos XVI e XVII, nomeadamente o enfaixamento do recém-nascido e o consumo, logo após o parto, de fatias douradas, certamente com o intuito de se restabelecerem e recuperarem rapidamente as forças. Entre as doenças que afetavam as puérperas, o médico destaca a loucura puerperal, tema que será tratado por vários clínicos nos séculos vindouros.

Não deixa de ser digno de nota que, já em 1878, Teófilo Ferreira escreve uma tese, apresentada à Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, intitulada *Mania Puerperal*. Na parte dedicada à história da doença exclui Rodrigo de Castro e declara o seguinte: “*E, comquanto os médicos e parteiros se hajam ocupado bastante dos efeitos perniciosos causados pelo leite, quando sae dos respectivos órgãos secretórios, pouco falam da alienação mental que aparece depois do parto, e mesmo durante e depois da lactação*” (Ferreira, 1878, p. 39). E acrescenta: “*Em Portugal nada se tem escrito que nos conste acerca da mania puerperal, pois tivemos o cuidado de percorrer quase todos os jornaes de medicina que se tem publicado e publicam ainda no paiz (...)*” (FERREIRA, 1878, p. 43). Segundo Teofólio Ferreira, apenas João Paes da Cunha apresentou, em 1840, no *Jornal da Sociedade das Sicencias Medicas de Lisboa* um trabalho sobre a loucura puerperal (FERREIRA, 1878, p. 43; NOGUEIRA, 1773; PASSOS, 1862).

No entanto, em 1864, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo apresentou uma tese na Escola Médico-cirúrgica do Porto, intitulada *Breves Considerações sobre a Febre Puerperal destinadas a provar que ella não é essencial*, na qual alude à teoria de Rodrigo de Castro sobre a febre puerperal, que resultaria do derramamento dos lóquios ou de “matéria leitosa” nas cavidades e vasos impróprios. Uma metástase dos lóquios ou do leite seria a explicação para o aparecimento da enfermidade (MAGALHÃES, 1864, p. 21).

Rodrigo de Castro trata, ainda, de achaques do sexo feminino: o fluxo menstrual, a amenorreia, hemorragias menstruais. No que respeita aos tratamentos, preconizava a aplicação de esterco de burro em pó e banhos

sulfurosos. A propósito dos tumores mamários, considera a existência de diferentes tumores, entre eles o cancro, que acreditava ser uma doença transmissível. Alude também às enfermidades que afetavam as mulheres solteiras e viúvas, designadamente, a enxaqueca e as cólicas uterinas e outras debilidades que afetavam o útero. Aliás, Rodrigo de Castro dedicou-se ao estudo das patologias do útero, da *nymphæa*, metrites.

No século XIX, a loucura ou mania puerperal já será encarada como uma possível justificação para o infanticídio. Com os avanços registados nos domínios da medicina e da anatomia entre os séculos XV e XVIII, o feto deixou de ser tratado como uma espécie de apêndice da mãe e, por consequência, a tolerância em relação ao crime de aborto tendeu a desaparecer. A gravidez e o nascimento de uma criança deixaram de ser considerados acontecimentos privados, vividos entre mãe e filho, para ganharem uma dimensão pública. Por exemplo, os quadrilheiros tinham a obrigação de vigiar as mulheres grávidas para saberem o destino que era dado aos recém-nascidos (*Ordenações Filipinas*, 1870, p. 167).

O facto de o feto passar a ser visto como uma entidade autónoma levou a Igreja a importantes reflexões de carácter teológico e à redefinição da sua postura face ao aborto, à luz dos avanços científicos da época. O mesmo sucedeu com os diversos estados europeus, que introduziram alterações na legislação civil (GALEOTTI, 2007). As mudanças de atitude face aos crimes de aborto e infanticídio relacionam-se, igualmente, com a generalização do princípio segundo o qual um Estado seria tanto mais forte quanto maior fosse o número dos seus habitantes. Por isso, era necessário evitar a morte dos nascituros, que, no futuro, contribuiriam para a sua prosperidade. O nascimento de qualquer criança adquiria, assim, uma importância maior, pelas potencialidades que representava (GALEOTTI, 2007). Tratava-se, afinal, da adoção de uma política demográfica com repercussões relevantes na forma de encarar a relação da mãe com o recém-nascido e, conseqüentemente, dos crimes que contra ele fossem cometidos.

No século XVIII, as crianças passaram a beneficiar de especial atenção, deixando de ser vistas como pequenos adultos. Esta mudança ocorreu, num

primeiro momento, entre os estratos mais elevados da sociedade e, mais tarde, entre os membros dos grupos sociais mais baixos e nos meios rurais, onde o infanticídio era mais frequente e o desconhecimento ou a pouca utilização de meios contraceptivos contribuíam para que aquela prática fosse vista como uma solução para reduzir a dimensão do agregado doméstico (ARNOT, 2000). Até ao século XIX, não havia em Portugal legislação que visasse diretamente o infanticídio (SÁ, 1995).

Como se pode verificar, há uma clara associação do crime de infanticídio à mulher e a desonra aparece como fator determinante no seu cometimento. No século XVIII, Cesare Beccaria defendia que o excesso de virtuosidade imposto pela sociedade empurrava a mulher que tivesse infringido os preceitos morais para uma encruzilhada sem saída, levando-a a optar pela morte do fruto da transgressão, para evitar que a vergonha e a humilhação recaíssem sobre si e sobre o seu filho (BECCARIA, 1998, p. 135). De facto, o reforço da moral no domínio da sexualidade na época moderna, após a Reforma Protestante e a Reforma Católica, que se traduziu na forte condenação do adultério e na reprovação das relações sexuais fora do casamento, concorreram para o crescimento dos números dos crimes de infanticídio, aborto e abandono de crianças.

Na origem da prática do aborto e, em particular, do infanticídio, poderiam estar razões de natureza psicológica e do foro psiquiátrico (ARNOT, 2000; HOFFER, 1984). Aliás, em alguns países da Europa oitocentista, sobretudo na Inglaterra, a loucura que afetava algumas mulheres após o parto constituía o principal argumento de defesa quando eram submetidas a julgamento pelo crime de infanticídio (SPIERENBURG, 2008).

O desespero das mulheres está patente nos métodos que usavam para abortar ou para a matar os filhos logo à nascença. Para provocar a morte do feto, ainda no espaço intrauterino, as mulheres e os seus cúmplices, fossem pais ou amantes, recorriam a medicamentos, mezinhas ou a sangramentos. Se, por norma, o infanticídio era um crime individual, em que a protagonista era a mulher só, ou tendo como cúmplice apenas a mãe ou o companheiro, no aborto poderia haver um encadeamento de cumplicidades que resultava na

criação de uma autêntica rede de apoio à mulher que pretendia abortar. Nos casos que analisámos, os intervenientes eram vários: além da grávida e da família, havia a parteira ou o médico que executavam o aborto; a curandeira que fornecia as ervas abortivas a um familiar ou vizinho, que, por sua vez, as entregava ao marido, à mãe ou ao pai, contando com a conviência da restante família; ou ainda o boticário, que facilitava substâncias medicinais suscetíveis de provocar o aborto. A fama de algumas curandeiras extravasava as fronteiras do lugar onde residiam, sabendo-se a quem recorrer em caso de necessidade.

Entre as ervas e outras substâncias consideradas abortivas, destacavam-se o aloé, a sabina, a cravagem de centeio, o poejo e o óleo de raiz de algodão (CAMPOS, 2007, p. 37). Estes produtos atuavam como veneno ou teriam efeitos sobre os intestinos, provocando a expulsão do feto. No caso de não produzirem o resultado pretendido, as mulheres recorriam a métodos mais drásticos, como sangramentos, quedas violentas ou banhos quentes (SANTOS, 1935, p. 93; WALKOWITZ, 1990, p. 420). A documentação regista o caso de Catarina Afonso, uma curandeira de Barcelos, conhecida pelas mezinhas que dava a doentes de boubas, sem que para tal tivesse formação. Foi acusada de provocar a morte de doentes, pelo que foi presa e condenada a três anos de degredo em África. A pena acabou por ser substituída, em 1549, pelo desterro de dois meses no couto de Sabugal (VITERBO, 1915, p. 18).

A presença de mulheres no âmbito da cirurgia e da medicina podia levá-las para o domínio da bruxaria e expô-las a acusações de feitiçaria e charlatanice. No entanto, acabaram por obter autorização para praticarem cirurgia, arte considerada menor até ao século XVIII, e fazerem alguns curativos³. A algumas também foi concedida permissão para tratar certas enfermidades, como, por exemplo, a raiva, recorrendo a benzimentos, ladainhas e orações. Em 1538, Isabel Gonçalves foi autorizada a curar indivíduos mordidos por cães raivosos (VITERBO, 1915, p. 90). Outras conseguiam licença do físico-mor para aplicar alguns remédios e mezinhas.

³ Isabel Alvares, residente na vila de Vimeiro, foi autorizada a usar a sua arte, na vila do Vimieiro, em 1552. Maria Anes, também teve licença para praticar cirurgia. Isabel de Duetes foi autorizada, em 1550, a praticar a cirurgia em todo o reino. (Viterbo, 1915, p. 51).

Veja-se, a título exemplificativo, o caso da castelhana Isabel de Mendonça, que residia em Lisboa, e pediu autorização para fazer uso da sua arte de destiladora, que aprendera em Nápoles. O seu pedido foi atendido pelo cirurgião-mor, que lhe deu permissão para usar a sua arte para curar tosses, doenças respiratórias e gástricas (VITERBO, 1915, p. 134). Ainda no século XVI, também foram dadas licenças para tratar doentes mentais (SILVA, 2016). A licença concedida podia circunscrever-se ao local de residência da requerente ou a todo o reino. Tratava-se, porém, de situações excepcionais e a intervenção da mulher nestas áreas só se vai generalizar na contemporaneidade. Até lá, a sua presença faz-se notar essencialmente na arte de partejar.

Em setecentos, a obstetrícia era uma área onde preponderavam as curiosas. O cirurgião só era chamado quando surgiam complicações. O parto era uma ocasião perigosa, que podia provocar a morte da parturiente, do feto ou de ambos. Detentoras de um saber de experiência feito, as parteiras foram sujeitas a críticas violentas, que tinham a ver, essencialmente, com a ausência de formação teórica. Esta falha, além de as fragilizar, servia de argumento para as culpabilizar pela morte da parturiente ou do feto. Com o propósito de minorar a falta de preparação e evitar situações arriscadas, publicavam-se manuais com as recomendações que deviam ser seguidas por estas mulheres. Na obra *Breves Instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias, feitas por ordem do Ministério, por Mr. Raulin*, considerava-se que as parteiras deviam ser decentes e com bons costumes e alertava-se para os riscos decorrentes da sua falta de formação (RAULIN, 1818, p. 7). Paulatinamente, assiste-se à crescente medicalização do parto, que se tornará mais evidente a partir do século XIX. O discurso de médicos e cirurgiões, que estavam empenhados na dignificação da sua profissão e, em particular, da obstetrícia, contribuiu para a construção da imagem pejorativa das parteiras (BARRETO, 2007, p. 220).

As puérperas ficavam mais expostas a certas enfermidades, como metrite, ovarite, peritonite, às quais se juntavam as inflamações mamárias, as feridas nos órgãos genitais, as hérnias e algumas doenças do foro mental,

como nevroses. De facto, os partos mais complexos podiam causar lacerações e ferimentos nos órgãos genitais, causados pelas mãos que fizeram o parto ou pela utilização de certos instrumentos, como fórceps. Para tratar estas situações aconselhava-se descanso, higiene, reforço da alimentação, sangrias, substâncias medicamentosas e determinadas bebidas. Outras consequências que podiam resultar do parto eram a incontinência urinária e o reviramento do útero (MAZAREM, 1839). Devia também ser encarada com preocupação a supressão menstrual e a falta de leite.

O famoso médico suíço André Tissot achava que as mulheres, além de partilharem uma série de enfermidades com os homens, tinham algumas específicas, relacionadas, principalmente, com a menstruação, a gravidez, o parto e as complicações dele decorrentes, ou seja, o fluxo excessivo de sangue, a inflamação do útero, a supressão repentina dos lóquios e o leite que se podia estragar (CALISTEO Y XIORO, 1778, p. 230). Considerava que as mulheres das aldeias, por falta de assistência, morriam mais durante o parto, enquanto as da cidade, por serem mais frágeis morriam sobretudo após o parto. Tal como outros médicos do seu tempo, julgava que, devido à falta de formação, as parteiras eram um perigo público, admitindo, inclusive, o uso de medidas coercivas para impedir que continuassem a exercer a sua função (CALISTEO y XIORO, 1778, p. 59). Julgava que as mulheres mais débeis ou aquelas que, por necessidade, tinham de regressar ao trabalho logo após darem à luz, como sucedia no campo, ficavam mais expostas a acidentes que podiam ser fatais (CALISTEO y XIORO, 1778, p. 242).

Tissot alertou para os efeitos de certas substâncias que eram dadas às mulheres no momento do parto e que funcionavam como autênticos venenos: vinho e vinho fervido com especiarias, açafraão, salva, café, aguarente, água de erva-doce, nozes, funcho, azeite de âmbar, entre outros produtos (TISSOT, 1786, p. 59). Em lugar de ajudarem as parturientes, provocavam inflamações no útero ou podiam originar hemorragias que matavam em poucas horas. Defendia que a mulher não devia ser alimentada durante o parto

“senaõ que hum pouco de caldo de pão de cada três horas, e agua de pão quanta o doente quizer”. De quatro em quatro horas dei-se-lhe huma ajuda de cozimento de malvas, e hum pouco de azeite (...)”
(TISSOT, 1786, p. 60).

A obra de Tissot inscreve-se numa literatura clínica que procurava chegar à população e educá-la, tendo em vista a preservação da sua saúde. O conteúdo de várias obras médicas que circulavam pela Península Ibérica na segunda metade do século XVIII era preenchido com recomendações de caráter preventivo e curativo, com o propósito de garantir a saúde e o bem-estar dos povos. Porém, o analfabetismo generalizado fazia com que esses conselhos chegassem apenas a uma minoria letrada. Uma das formas de atenuar essa limitação consistia na leitura pública, em voz alta, de obras variadas, incluindo as de natureza clínica, que se fazia em lugares de reunião. Mesmo assim, a informação médica só chegava a um público muito reduzido (ABREU, 2010).

Francisco da Fonseca Henriques também dissertou sobre a menstruação. Defendia que o sangue libertado pela mulher não era mau ou impuro nem diferente do restante que circulava no seu corpo; se a mulher fosse saudável, o sangue libertado seria saudável, mas se tivesse algum padecimento, o sangue estaria corrompido. Contesta a teoria que justifica a sujidade da mulher em tempos de menstruação e que a impediam de frequentar templos e condicionava práticas diárias associadas à higiene (HENRIQUES, 1731, p. 27).

João Curvo Semedo, nascido em 1635, e formado em Medicina pela Universidade de Coimbra, ficou conhecido pelos seus escritos médicos e pelos remédios que criou. Na sua obra *Observaçoes medicas doutrinaes de cem casos gravíssimos, que em serviço da pátria, & das nações estranhas escreve em língua portugueza, & latina*, publicada em 1707, dá conta dos resultados da observação de 33 mulheres, de diferentes grupos sociais. Concluiu que nove dessas mulheres tinham doenças próprias do sexo feminino e ser possível conferir a existência de uma terapêutica específica para a mulher. Um dos

casos mencionados diz respeito à sua esposa, que veio a falecer de complicações pós-parto, após ter dado à luz dois gémeos (SEMEDO, 1701).

De entre as doenças que tratou, destacam-se aquelas que decorrem da singularidade do aparelho reprodutor e da sexualidade da mulher. Atente-se no diagnóstico de um caso de amenorreia. Tratava-se de uma mulher de 20 anos de idade que não tinha menstruação há vários meses e se queixava de dores em várias partes do corpo. Para explicar a supressão do sangue menstrual, João Curvo Semedo considerou várias hipóteses: “grossura dos humores”, “aperto dos caminhos”, algum tumor, problema de fígado ou baço. Para fazer o diagnóstico, fez a palpação paciente e verificou que tinha a barriga dura, considerando ser esta a causa da amenorreia. A cura do mal incluiu sangrias, xaropes e outras mezinhas (SEMEDO, 1701, p. 283-293).

Uma das doenças que marcou a Idade Moderna e perdurou nos tempos seguintes foi a varíola. A frequência com que atingia as crianças levou a que fosse encarada com alguma normalidade e até como uma espécie de ritual que assinalava a passagem para a idade adulta. As preocupações com as “bexigas” não se deviam apenas às mortes que podiam provocar, mas também às marcas que podiam deixar, sobretudo no rosto, e que as tornava estigmatizantes, em particular para a mulher, que, naturalmente, procurava escondê-las para que a sua imagem não fosse prejudicada. Para evitar as cicatrizes, recorria-se a mezinhas e técnicas preventivas, como furar “as bexigas” com um alfinete de ouro ou de prata quando estivessem “maduras” (REINHIPO, 1683).

Os valores associados à mulher, como a respeitabilidade, a honra e a pureza, afastavam-na do hospital, por ser um espaço partilhado com o sexo masculino. Por isso, preferia ser tratada em casa. No recato do lar, era tratada por médicos, cirurgiões, sangradores e barbeiros; aplicavam-se mezinhas e soluções caseiras para aliviar o sofrimento. Tratava-se de meios disponíveis apenas para mulheres de elevada condição social, devido aos custos que acarretavam. Todavia, em Portugal, a mulher minhota era uma exceção a esta tendência. A sua presença nos hospitais está bem documentada (ESTEVES, 2015). Muitas vezes, os médicos atuavam como último recurso, intervindo quando o quadro clínico da paciente já se tinha agravado não só pela doença,

mas igualmente pelos tratamentos aplicados, nomeadamente sangrias excessivas, realizadas por barbeiros e sangradores, que a debilitavam e, não raras vezes, pioravam o seu quadro clínico. A este propósito João Curvo Semedo escreveu o seguinte:

“Muitos sucessos desgraçados acontecem a alguns enfermos porque fiaõ as suas vidas de qualquer Medico novato, ou barbeiro ignorante, sendo que aos taes doentes lhes seria melhor carecer totalmente de Medico, que governarse pelo conselho de quem não tem letras, nem experiencia” (SEMEDO, 1701, p. 388).

Este médico era um crítico do recurso, que considerava excessivo, às sangrias. Embora também as fizesse, procurava conciliá-las com a aplicação de remédios (SANTOS, 2005, p. 51). As sangrias eram muito frequentes no Portugal setecentista, ao ponto de Júlio Dantas, na sua obra *Outros Tempos*, declarar o seguinte: *“Todo o bom viajante do século XVIII, neste sagrado recanto de Portugal, chama o padre para confessar à partida e o barbeiro para o sangrar à chegada”* (CERVEIRA, 1920, p. 33). Zacuto Lusitano, por seu lado, aconselhava as sangrias nas mulheres em situações de supressão de menstruação (amenorreia). Nesse caso, devia sangrar-se o pé, mas se se tratasse de grávidas, requeria-se alguma cautela, dado que a flebotomia excessiva podia causar aborto (MENDONÇA, 1878, p. 26).

Certas substâncias e ervas eram usadas para “curar” os males femininos. A atanásia servia para purgar as mulheres, pois considerava-se que *“sara todos os inchaços, e inflamação do membro da mulher com chagas, ou sem ellas (...)”* (GKISLEY, 1714, p. 62). O malvaísc⁴ era recomendado para desinchar os peitos das mulheres e a semente seca do endro seria útil para que as mulheres tivessem leite para amamentar os filhos (GKISLEY, 1714, p. 75). Refira-se, a propósito, que, já neste período, se defendia que era preferível alimentar as crianças com o leite materno. A salsa devia ser consumida nos

⁴ Malvaísc⁴ é uma planta medicinal, também conhecida como malva branca, usada para o tratamento de doenças respiratórias.

caldos de galinha que deviam ser dados à mulher depois do parto, para se restabelecer. O pó de raiz de jaro, misturado com vinho, teria um efeito purgante e podia contribuir para a formosura feminina. De facto, existiam ervas, mezinhas e substâncias destinadas, essencialmente, ao sexo feminino, para tratar a menstruação (estancar e provocar) e relacionadas com a gravidez e o parto (e.g. esterilidade, leite, peitos). Considerava-se, por exemplo, que a água de arruda devia ser tomada pelas puérperas.

Conclusões

Apresentadas as várias associações da mulher aos universos da doença e da medicina, constata-se que o sexo feminino não foi desconsiderado pelos profissionais de saúde, que no discurso e nas considerações que foram tecendo ao longo dos séculos XVI e XIX, refletiram a posição e a visão da sociedade sobre a mulher. Tida como menos apta para o exercício da medicina, a sua entrada no ofício acontecerá, de forma paulatina, a partir de finais do século XIX. Até lá, as obras e dissertações publicadas na área da medicina denotam as preocupações relativamente ao sexo feminino, que se centram na procriação e nas enfermidades que poderiam prejudicar o exercício da maternidade, como era o caso das doenças sexualmente transmissíveis, em particular a sífilis.

Referências

Fontes impressas

AZEVEDO, M. 1705. *Correcção de abusos introduzidos contra o verdadeiro methodo da medicina, e Farol medicinal para Medicos, Cyrurgioens e Boticarios. II. parte em tres tratados. O Primeiro, Da fascinaçam, olho ou quebranto, e que he enfermidade mortal, não só para os mininos, mas tambem para os de maior idade, com todos os sinaes para se conhecer, e os mais experimentados, e selectos remedios para se curar. O Segundo, Da mais breve e experimentada curação das Bexigas, e Sarampaõ. O Terceiro, De quanto proveito sejjam os purgativos de ouro preparado, cujas excellencias, e qualidades se veraõ, com as grandes experiencias, que por muitos, e diversos Medicos se fizerão com os ditos pòs.* Lisboa: Na Officina de Joam da Costa, A custa de Martim Vaz Tagarro, Mercador de Livros.

BARRRIGAS, M. F. C. L. 1888. *Um capítulo de Hygiene Social. A instrução superior da mulher*. Porto: Typographia Occidental.

BRITO, M. M. de Sousa P. e. 1870. *A natureza da febre puerperal*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira.

CALISTEO y XIORO, J. 1778. *Tratado de las enfermedades mais frequentes de gentes del campo por Tissot. Tercera edicion, corregida y aumentada*. Madrid: La Imprensa de Pedro Marin.

CERVEIRA B. 1920. *A sangria na terapêutica atual. Tese de doutoramento apresentada à faculdade de Medicina do Porto*. Porto: Tipografia Marques.

FERRAZ, M. T. 1893. *Breves considerações a respeito das principaes causas de degenerescencia phisica, moral e intelectual do povo portuguez*. Porto: Escola Médico-Cirurgica do Porto.

FERREIRA, T. *Mania Puerperal*. 1878. Lisboa: Typhografia Minerva, 1878.

GKISLEY, G. 1714. *Desengano para a Medicina, ou Botica para o todo o pay de famílias. Consite na declaração das qualidades, e virtudes de 260 hervas, com o uso dellas, também de ssesenta agoas ditlladas, com as regras da arte de destilação*, Lisboa: Oficina de Filippe de Souza Vilella.

GUERREIRO, D. J. dos S. 1897. *Breves considerações sobre o estado mental das hystericas*. Porto: Typographia da Real Officina de S. José.

HENRIQUES, F. da F. 1731. *Medicina Lusitana. Socorro Dephico. Aos clamores da Natureza Humana, para total profligação dos seus males*. Amesterdão: Casa de Miguel Diaz.

MAGALHÃES, F. B. A. de F. 1863. *Breves Considerações sobre a Febre Puerperal destinadas a provar que ella não é essencial*. Lisboa: Typ. da Sociedade Typographica Franco-Portugueza.

MAZAREM, J. da R. 1839. *Molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos*. Lisboa: Typ. de J. M. R. e Castro.

MENDONÇA, A. T. da. 1878. *Breves considerações sobre sangria*. Porto: Typographia Occidental.

NOGUEIRA, J. de M. 1773. *Da Influencia da Prenhez na organização da mulher na marcha das doenças que a podem afetar*. Porto: Imprensa Popular de matos Carvalho & Vieira Paiva.

Ordenações Filipinas. 1870. vol I. Rio de Janeiro: Edição de Cândido Mendes de Almeida.

PASSOS, F. P. S. 1862. *Algumas Considerações sobre Febre puerperal*. Porto.

REINHIPO, R. M. 1683. *Trattado único das bexigas e sarampo oferecido a D. João de Sousa*. Lisboa: Officina de João Galrão.

SEMEDO, J. C. 1701. *Observações medicas doutrinaes de cem casos gravíssimos, que em serviço da pátria, & das nações estranhas escreve em língua portugueza, & latina*. Lisboa.

TISSOT, S. A. 1786. A. D. *Aviso ao povo a'cerca da sua saúde*. (tradução de Manuel Joaquim Henrique de Paiva), Tomo II. Lisboa: Officina de Philippe da Silva e Azevedo.

VITERBO, S. 1915. *Noticias sobre alguns médicos portugueses ou que exerceram a sua profissão em Portugal*. Porto: Tip. a vapor da Enciclopédia Portuguesa.

Estudos

ABREU, J. L. N. de. 2010. “Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro”. *Asclepio*, vol. LX II (1), p. 225-250.

ARAÚJO, M. M. L. de. 2014. *Memória e quotidiano: as visitas e as devassas ao hospital de São Marcos de Braga na Idade Moderna*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga.

ARNOT, M. T. 2000. “Understanding women committing newborn child murder in Victorian England”, in D'CRUZE, S. (edit.). *Everyday Violence in Britain, 1850-1950. Gender and Class*. London: Pearson Education, p. 55-69.

BARREIROS, B. P. F. 2014. *Concepções do Corpo no Portugal do século XVIII: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública*. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa.

BARRETO, M. R. N. 2007. “A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia”. *Revista Gênero*, vol. 7 (2), p. 219-236.

BECCARIA, C. 1998. *Dos Delitos e das Penas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

BRUCHHAUSEN, W. 2007. “Health Care between Medicine and Religion: The Case of Catholic Western Germany around 1800”, in *Hygiea Internationalis: An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, vol. 7 (2), p. 197–194.

CARNEIRO, M. 2008. *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto.

CORBIN, A. 1990. “Os Bastidores”, in DUBY, G.; ARIÉS, P. (dir). *História da Vida Privada. Da Revolução à Grande Guerra*, vol. 4. Lisboa: Edições Afrontamento, p. 413-610.

ESTEVES, A. 2015. “A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha”. *Asclepio*, vol. 67 (1), p. 1-8.

FERREIRA, F. A. G. 1990. *História da Saúde e dos Serviços de Saúde Pública em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GALEOTTI, G. 2007. *História do Aborto*. Lisboa: Edições 70.

HOFFER, Peter C; Hull, N. E. H. 1984. *Murdering Mothers: Infanticide in England and New England 1558-1803*. New York and London: New York University Press.

LE MOS, M. 1889. *História da Medicina em Portugal*, Lisboa: Manuel Gomes Editor.

LINDEMANN, M. 2002. *Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna*. Lisboa: Replicação.

LOPES, M. A. 2017. “Estereótipos de "a mulher" em Portugal dos séculos XVI a XIX (um roteiro)” in ROSSI, Maria Antonietta (a cura di), *Donne, Cultura e Società nel panorama lusitano e internazionale (secoli XVI-XXI)*. Viterbo: Sette Città, p. 27-44.

McCLIVE, C. 2015. *Menstruation and Procreation in Early Modern France*. Farnham, Surrey: Ashgate.

NETO, M. S. 2001. “O papel da mulher na Sociedade portuguesa. Contributo para o seu estudo”, in FURTADO, Júnia Ferreira (Org.), *Diálogos Oceânicos. Minas Gerais e as novas abordagens para uma história do Império Ultramarino Português*. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 25-44.

ÓRTEGO AGUSTIN, M. A. 2009. “Discursos y prácticas sobre el cuerpo y la higiene en la Edad Moderna”, *Cuadernos de Historia Moderna. Anejos*, VIII, p. 67-92.

SÁ, I. dos G. 1995. *A Circulação de Crianças na Europa do Sul: o caso dos expostos do Porto no século XVIII*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.

SANTOS, A. dos. 1935. *O Crime de Aborto*. Lisboa: Livraria Clássica Editora.

SANTOS, G. S. dos. 2005. “A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime”. *Tempo*, v. 10 (19), p. 43-60.

SILVA, A. F. O. da. 2016. *Físicos, e cirurgiões medievais portugueses. Contextos socioculturais, práticas e transmissão de conhecimentos (1192-1340)*, Porto: CITCEM.

SPIERENBURG, P. 2008. *A History of Murder. Personal Violence in Europe from the Middle Ages to the Present* Cambridge, UK: Polity.

SOURNIA, J.-C. 1995. *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.

VAQUINHAS, I. 1995. “Miserável e gloriosa”: a imagem ambivalente da mulher no século XIX”, *A mulher na vida e obra de Camilo*, in *A mulher na vida e obra de Camilo*. Colóquio. Vila Nova de Famalicão, p. 35-52.

WALKOWTIZ, Judith R. 1991. “Sexualidades perigosas”, in FRAISSE, G., PERROT, M. (dir.). *História das Mulheres do Ocidente – O século XIX*, vol 4. Porto: Edições Afrontamento, p. 402-441.

Recebido em 31 de outubro de 2020
Aprovado em 17 de dezembro de 2020