

O SINTOMA PARA FREUD: UMA ANÁLISE DAS MANIFESTAÇÕES NAS NEUROSES HISTÉRICA, FÓBICA E OBSESSIVA

Camila Guarda Calis¹

Lucas Matheus Raquel Lopes²

Tainara Fernanda do Prado Soares³

Janaina Mazutti dos Santos⁴

RESUMO: Este artigo tem como objetivo historicizar o conceito de sintoma desde a medicina até a Psicanálise de Freud, considerando as reformulações realizadas pelo autor ao longo da construção da teoria psicanalítica. O estudo consiste em uma revisão bibliográfica orientada pela perspectiva psicanalítica, que busca compreender o sintoma, sua função e incidência nas neuroses histérica, fóbica e obsessiva. Evidencia-se que o sintoma não se reduz a um fenômeno patológico, mas constitui uma formação de compromisso que expressa conflitos psíquicos e, simultaneamente, opera como tentativa de solução. Na histeria, manifesta-se por meio de conversões somáticas; na fobia, organiza-se em torno de objetos externos investidos de angústia; e, na neurose obsessiva, aparece em rituais e inibições relacionados ao desejo. Neste sentido, a Psicanálise não visa eliminar o sintoma, mas possibilitar ao sujeito se haver com ele por meio da associação livre.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Sintoma; Neurose; Inconsciente.

THE SYMPTOM FOR FREUD: AN ANALYSIS OF THE MANIFESTATIONS IN HYSTERICAL, PHOBIC, AND OBSESSIVE NEUROSES

ABSTRACT: This article aims to historicize the concept of symptom from medicine to Freud's psychoanalysis, considering the reformulations made by the author throughout the construction of psychoanalytic theory. The study consists of a bibliographic review guided by a psychoanalytic perspective, which seeks to understand the symptom, its function, and its incidence in hysterical, phobic, and obsessive neuroses. It is evident that the symptom is not reduced to a pathological phenomenon, but constitutes a compromise formation that expresses psychic conflicts and, simultaneously, operates as an attempt at resolution. In hysteria, it manifests itself through somatic conversions; in phobia, it is organized around external objects invested with anxiety; and, in obsessive neurosis, it appears in rituals and inhibitions related to desire. In this sense, psychoanalysis does not aim to eliminate the symptom, but to enable the subject to deal with it through free association.

¹ Acadêmica de Psicologia, Universidade Paranaense; camila.calis@edu.unipar.br

² Acadêmico de Psicologia, Universidade Paranaense; lucas.lopes.98@edu.unipar.br

³ Acadêmica de Psicologia, Universidade Paranaense; tainara.soares@edu.unipar.br

⁴ Mestre em Educação pela Universidade Oeste do Paraná. Docente de Psicologia, Universidade Paranaense; janaina.santos@prof.unipar.br

KEYWORDS: Psychoanalysis; Symptom; Neurosis; Unconscious.

EL SÍNTOMA PARA FREUD: UN ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES EN LAS NEUROSIS HISTÉRICAS, FÓBICAS Y OBSESIVAS

RESUMEN: Este artículo pretende historicizar el concepto de síntoma desde la medicina hasta el psicoanálisis freudiano, considerando las reformulaciones realizadas por el autor a lo largo de la construcción de la teoría psicoanalítica. El estudio consiste en una revisión bibliográfica guiada por una perspectiva psicoanalítica, que busca comprender el síntoma, su función y su incidencia en las neurosis histéricas, fóbicas y obsesivas. Es evidente que el síntoma no se reduce a un fenómeno patológico, sino que constituye una formación de compromiso que expresa conflictos psíquicos y, simultáneamente, opera como un intento de resolución. En la histeria, se manifiesta a través de conversiones somáticas; en la fobia, se organiza en torno a objetos externos investidos de ansiedad; y, en la neurosis obsesiva, aparece en rituales e inhibiciones relacionadas con el deseo. En este sentido, el psicoanálisis no busca eliminar el síntoma, sino capacitar al sujeto para afrontarlo mediante la libre asociación.

PALABRAS CLAVE: Psicoanálisis; Síntoma; Neurosis; Inconsciente.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o conceito de sintoma na teoria de Sigmund Freud, tomando como foco suas manifestações nas neuroses histérica, fóbica e obsessiva, além de diferenciá-lo do sintoma conceituado e tratado pela medicina. Conforme Gil (2017), a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (p. 44), sendo apropriada quando se busca compreender fenômenos teóricos e conceituais já estudados, ampliando perspectivas de análise. A escolha do tema deste trabalho advém da observação de que, na clínica contemporânea, o sofrimento psíquico tem se apresentado sob diferentes formas, tornando necessária a compreensão das distinções entre a concepção de sintoma para a medicina tradicional e para a psicanálise. Diante da predominância contemporânea de discursos diagnósticos voltados à medicalização e à eliminação do sintoma, torna-se pertinente questionar de que modo a concepção freudiana de sintoma, especialmente nas neuroses, permanece relevante para a compreensão do sofrimento psíquico na atualidade. Para tanto, buscou-se evidenciar brevemente o conceito da neurose; revisar o desenvolvimento conceitual do sintoma ao

longo da obra de Freud; e descrever como o sintoma se manifesta nas três organizações neuróticas estudadas.

A etimologia da palavra “sintoma” remonta ao grego *symp̄toma*, que indica a ocorrência simultânea de acontecimentos, uma coincidência. Conforme Silva e Rudge (2016), a medicina passou a utilizar o termo para estabelecer uma relação de causa e efeito entre um sinal apresentado e um agente patogênico, orientando o diagnóstico e o tratamento de uma patologia. Ou seja, o sintoma é compreendido como um indício que aponta para a presença de uma doença. No campo psiquiátrico, representado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o sintoma é definido como um conjunto de experiências subjetivas e manifestações observáveis que indicam a presença de um transtorno mental.

No entanto, a psicanálise compreende que o sintoma não pode ser reduzido a uma manifestação patológica, nem entendido apenas como efeito de uma causa orgânica. Ele é tomado como uma formação dotada de sentido, que expressa conflitos inconscientes (FREUD, 1925).

O sintoma se torna íntimo do sujeito, fazendo com que, muitas vezes, seja impossível eliminá-lo. O sintoma é paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que satisfaz, também, provoca sofrimento. Assim, o sintoma revela elementos da história subjetiva do sujeito que podem emergir, pois embora afastados da consciência, tais conteúdos permanecem ativos no inconsciente e podem expressar-se por meio de sonhos, chistes, atos falhos e outras formações do inconsciente (FREUD, 1915/2010). Nesse campo, o sintoma não é apenas um sinal a ser eliminado, mas algo a ser escutado, na medida em que carrega uma mensagem singular do sujeito.

Com isso, apresentamos como o sintoma é conceituado para Freud e suas manifestações em cada uma das neuroses apresentadas, evidenciando como ele se organiza de maneira singular em cada caso e qual a importância da clínica psicanalítica contemporânea mediante seu tratamento. Esta exposição teórica busca demonstrar a permanência e a relevância da concepção freudiana de sintoma para a psicanálise, considerando que, embora as formas de sofrimento tenham se transformado ao longo do tempo, o inconsciente continua a se manifestar por meio das formações sintomáticas. Dessa maneira, o sintoma permanece revelando, de forma singular, aspectos da relação do sujeito com o desejo, com o sofrimento psíquico e com os conflitos inconscientes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 O sintoma para Freud

Embora Freud tivesse formação em medicina e inicialmente estivesse vinculado a uma perspectiva neurológica, seus estudos sobre as neuroses o levaram a reconhecer que nem sempre os sintomas possuíam causa orgânica identificável, estando relacionados a conflitos inconscientes. Em *Estudos sobre a histeria*, Freud afirma que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Freud, 1893-1895/1996, p. 43), indicando que os sintomas estavam ligados a experiências psíquicas recalçadas.

Nessa perspectiva, a neurose não se define apenas pela presença de sintomas, mas por um modo específico de organização psíquica, marcado pelo conflito entre os desejos inconscientes e as exigências da realidade, do Eu e do Supereu.

Segundo Freud (1915/2010), esse processo estrutura-se a partir do recalque, mecanismo responsável por afastar da consciência representações incompatíveis com o Eu. Entretanto, o que é recalcado não desaparece, retornando de maneira disfarçada por meio de sintomas, sonhos, atos falhos e outras formações do inconsciente.

“A essência do recalque consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância. Temos motivos para supor que, antes da formação de um sintoma, a representação psíquica passa por vicissitudes que culminam em manter afastada da consciência a representação incompatível” (Freud, 1915/2010, p. 85).

Assim, a neurose constitui uma forma singular de resposta do sujeito diante de conflitos psíquicos que não puderam ser simbolizados de outra maneira, fazendo com que o sintoma neurótico expresse uma tentativa do aparelho psíquico de lidar com exigências pulsionais em oposição às defesas do Eu (Freud, 1926/2014). Nessa perspectiva, o sintoma manifesta-se como expressão substitutiva de um conflito psíquico inconsciente. A partir disso, iremos adentrar no conceito de sintoma para Freud ao longo de sua obra, pontuando três momentos distintos.

O primeiro momento da formulação freudiana acerca do sintoma ocorre antes de 1900, em *Estudos sobre a Histeria*, período em que Freud, influenciado por suas experiências clínicas com Breuer, compreende o sintoma como efeito de conflitos psíquicos ligados a desejos sexuais reprimidos. Os sintomas histéricos manifestavam-se no corpo sob a forma de paralisias, dores e cegueiras sem causa orgânica aparente.

Inicialmente, Freud considerava que os sintomas surgiam a partir de experiências traumáticas reais. Entretanto, posteriormente afirma: “não acredito mais em minha neurótica” (Freud, 1897/1996, p. 308), reconhecendo que os relatos de suas pacientes também envolviam fantasias inconscientes produtoras de sintomas. Assim, o sintoma deixa de ser entendido apenas como consequência de um trauma real e passa a ser compreendido como resultado da forma pela qual o acontecimento foi elaborado psiquicamente, de modo que “os sintomas neuróticos são o resultado de um conflito” (Freud, 1917/2014, p. 388).

Freud também percebe que os sintomas não surgiam imediatamente após o evento traumático, permanecendo ativos no psiquismo como força em constante operação. Nesse sentido, afirma que “os sintomas têm um sentido e se relacionam com as vivências do paciente. Descobrir esse sentido significa resolver ou remover os sintomas” (Freud, 1917/2014, p. 361). Dessa forma, o sintoma passa a ser entendido como expressão do inconsciente e das dinâmicas de recalçamento, funcionando como expressão do conflito inconsciente e suas formas de defesa.

O segundo momento ocorre entre 1900 e 1920, quando Freud publica *A interpretação dos Sonhos* (1900) consolida a Psicanálise, e amplia sua compreensão acerca do sintoma. Nesse momento, Freud passa a considerar que, assim como os sonhos, os sintomas também constituem formações do inconsciente. Ao afirmar que “o sonho é a realização (disfarçada) de um desejo (suprimido ou reprimido)” (Freud, 1900/1996, p. 166), Freud estabelece uma lógica que posteriormente será estendida aos sintomas neuróticos, compreendendo-os como formações simbólicas que carregam sentidos inconscientes e necessitam de interpretação.

Dessa forma, o sintoma é resultado de um recalçamento que se manifesta de forma despedaçada, sendo sustentada por sua força dupla: “as duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado” (Freud, 1917/2014, p. 387), evidenciando, portanto, que o sintoma, ao mesmo tempo em que revela o conflito inconsciente, ele também oculta.

Em *Os Caminhos da Formação dos Sintomas* (1915), Freud descreve como o sintoma se forma na neurose. Um dos componentes do conflito, que gera o sintoma, é a libido insatisfeita, a qual foi repelida pela realidade e agora procura outras formas de

satisfazer-se. Se a realidade permanecer intransigente, a libido toma o caminho da regressão para tentar encontrar satisfação em uma organização ou objeto que havia abandonado. A libido retira-se do Eu, pois ele a intercepta e procura uma saída que são as fixações situadas na trajetória de seu desenvolvimento, fixações das quais o Eu se protegeu por meio da operação de recalçamento.

O escape da libido, em condições de conflito, torna-se possível pela presença de fixações; a catexia regressiva dessas fixações consegue contornar a repressão e ocasiona a descarga ou satisfação da libido. Pelo caminho indireto, via inconsciente e antigas fixações, a libido finalmente consegue achar sua saída até uma satisfação real – embora seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconhece como tal (FREUD, 1915/2014b).

O terceiro momento ocorre a partir de 1920, quando Freud passa a relacionar o sintoma não apenas ao recalque, mas também à compulsão à repetição e à pulsão de morte. Em *Além do princípio do prazer* (1920), afirma que “o objetivo de toda vida é a morte” (Freud, 1920/2010, p. 161) e que “as pulsões conservadoras ou regressivas tendem à restauração de um estado anterior de coisas” (Freud, 1920/2010, p. 171). Nessa perspectiva, o sintoma passa a ser entendido também como forma de satisfação pulsional, mesmo que produza sofrimento.

Dessa forma, foi possível perceber que o sofrimento tem um papel que estrutura o psiquismo, fazendo com que o sintoma adquira uma nova dimensão, passando de “mensagem cifrada do inconsciente” para expressão de uma satisfação pulsional que resiste à análise. Esse avanço teórico decorre da constatação clínica de que, em muitos casos, a interpretação simbólica não era suficiente para dissolver o sintoma. Em *Inibições, sintomas e angústia* (1925), Freud afirma: “o sintoma é o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido [...] continuamente renova suas exigências de satisfação” (Freud, 1925/1996l, p. 103).

Assim, após 1920, o sintoma é compreendido em sua ambiguidade estrutural, ou seja, ao mesmo tempo em que mantém sua face de mensagem passível de interpretação, é também sustentado por uma satisfação inconsciente que o torna resistente à cura. Essa perspectiva se aprofunda em *Análise terminável e interminável* (1937), quando Freud reconhece os limites da clínica e menciona que “aparentemente, algumas pessoas não podem decidir-se a desligar catexias libidinais de um determinado objeto e descolá-los

para outro” (p. 315). Dessa forma, Freud evidencia que alguns investimentos libidinais permanecem resistentes no aparelho psíquico, revelando que o sintoma não desaparece apenas pela conscientização do conflito, justamente por envolver-se em modos de satisfação pulsional.

Com isso, o sintoma deve ser entendido como uma formação complexa, estruturada pelo recalque, pela satisfação substitutiva, tratando-se, portanto, de um fenômeno que articula inconsciente, Eu e Supereu, funcionando como formação de compromisso entre desejo e defesa.

“Mas se o Eu — que dispõe não apenas da consciência, mas também dos acessos à inervação motora e, portanto, à realização das tendências psíquicas — não está de acordo com essas regressões, instaura-se o conflito. A libido é como que barrada e precisa fugir para algum lugar onde possa dar vazão à energia investida, conforme a exigência do princípio do prazer. Tem de subtrair-se ao Eu.” (Freud, 1917/2014, p. 388).

Dessa forma, a formação do sintoma é resultado de um conflito entre as exigências pulsionais e a defesa do Eu, frequentemente mediada pelo Supereu. Nesse processo, “o prazer que se espera da satisfação é transformado em desprazer” (Freud, 1926/2014, p. 14), desse modo o sintoma ocorre em dois tempos: por um lado, ele obedece ao Supereu, que funciona como punições; por outro, preservam satisfações substitutivas para o desejo recalcado.

Assim, o sintoma surge como compromisso paradoxal: ao mesmo tempo em que representa a realização substitutiva de um desejo inconsciente, também produz sofrimento e limitações ao sujeito. Freud destaca ainda a tendência do Eu a adaptar-se à presença do sintoma, incorporando-o à sua organização psíquica: “o sintoma gradualmente se torna o representante de importantes interesses, adquire valor para a afirmação de si, entrelaça-se cada vez mais intimamente com o Eu, torna-se imprescindível para ele” (Freud, 1926/2014, p. 21-22).

Desse modo, o sintoma não deve ser entendido apenas como manifestação patológica, mas como elemento que articula sofrimento, defesa e desejo. Os sintomas criam substitutos para satisfações frustradas, realizando uma regressão da libido a épocas anteriores do desenvolvimento. Freud afirma que “os neuróticos estão ancorados em algum ponto de seu passado, em um período no qual sua libido não se privava de satisfação, no qual eram felizes, o sintoma repete essa forma infantil de satisfação”

(Freud, 1915/2014, p. 367-368). Assim, o sintoma revela-se como expressão regressiva da libido, permitindo ao sujeito reencontrar modos infantis de satisfação de forma substitutiva e inconsciente.

Além disso, o sintoma é sobre determinado, ou seja, não decorre de uma única causa traumática. Para Freud, os sintomas possuem sentido inconsciente e relacionam-se diretamente à vida do sujeito: “Os sintomas neuróticos têm, portanto, um sentido, como as parapraxias e os sonhos e, como estes, têm uma conexão com a vida de quem os produz” (Freud, 1916/1996b, p. 265). Dessa forma, o sintoma não apenas revela aspectos inconscientes do sujeito, mas também funciona como via de satisfação pulsional, ainda que essa satisfação seja vivenciada sob a forma de sofrimento. Mesmo sendo fonte de desprazer, o sintoma oferece ao sujeito um ganho secundário, tornando sua retirada mais difícil, já que sua permanência também opera como forma de evitar a angústia.

Essa concepção introduz uma importante problemática para a clínica psicanalítica: se o sintoma não representa apenas sofrimento, mas também satisfação inconsciente, o que significa tratá-lo? Diferentemente da perspectiva médica tradicional, Freud compreende que “o sintoma é [...] um derivado bastante desfigurado da realização de desejo inconsciente libidinal” (Freud, 1917/2014, p. 389). Assim, o tratamento psicanalítico não visa apenas eliminar sintomas, mas possibilitar que o sujeito encontre sentido em seu sofrimento e elabore sua relação com o desejo inconsciente. Freud, em *Sobre a Psicoterapia* (1905), já indicava que o papel do analista não é o de suprimir sintomas, mas o de possibilitar que o sujeito tenha contato com os conteúdos inconscientes que inferem seu sofrimento.

2.2 O sintoma na neurose histérica

No campo das neuroses, Freud identifica diferentes formas de organização psíquica, dentre as quais podemos destacar a histeria, a neurose fóbica e a neurose obsessiva. Embora compartilhem o recalque como mecanismo central de funcionamento, se diferenciam na maneira como o conflito psíquico se manifesta e o modo singular da formação dos sintomas. Em *Conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (1917/2024, p. 387) afirma que “os sintomas neuróticos resultam de um conflito que surge em torno de uma nova maneira de satisfação da libido”, constituindo

formações de compromisso entre os desejos inconscientes e as forças defensivas do Eu. Por isso reitera-se que, cada neurose expressa modos singulares de relação com o desejo, a angústia e as defesas psíquicas, evidenciando diferentes destinos para os conteúdos recalçados. Para tanto, torna-se importante compreender as especificidades de cada organização neurótica e os modos pelos quais o sintoma se organiza em cada uma.

Inicialmente, as pacientes descritas por Freud como histéricas eram mulheres restritas a participarem do mundo ao qual estavam destinadas, sendo direcionadas aos cuidados domésticos e, a partir desta limitação, produziam seus sintomas histéricos (Backes, 2007). Nessa perspectiva, os sintomas histéricos deixam de ser atribuídos a causas orgânicas e passam a ser compreendidos como expressões de conflitos inconscientes, articulando o corpo, a sexualidade e o inconsciente como dimensões inseparáveis do sujeito.

Em *Estudos sobre a histeria*, Freud e Breuer (1893-1895, p. 43) observam que as pacientes histéricas sofrem de reminiscências, muitas vezes ligadas a experiências de natureza sexual, especialmente da infância, que permanecem recalçadas por entrarem em conflito com as exigências morais do eu. Essa dinâmica relaciona-se diretamente à constituição da sexualidade e ao modo como o sujeito lida com o excesso de energia libidinal, que se intensifica em algumas fases do desenvolvimento. Segundo Freud:

“Durante o desenvolvimento da puberdade, e em consequência dela, ainda vem juntar-se ao excedente original aquele forte aumento da excitação que advém do despertar da sexualidade, das glândulas sexuais. Um enorme quantum de excitação nervosa livre encontra-se então disponível para fenômenos patológicos: mas, para que estes ocorram na forma de manifestações patológicas histéricas, é preciso ainda, evidentemente, uma outra particularidade do indivíduo.” (FREUD, 1893-1895, p. 239).

Esse trecho evidencia que a inquietação histérica tem como base também, um excesso de excitação sexual, intensificado com o despertar da puberdade, momento em que o sujeito se depara com a constituição de sua sexualidade.

O autor destaca que “investigava-se cada vez mais os traumas psíquicos de que derivavam os sintomas histéricos, chegava-se finalmente a vivências que pertenciam à infância do paciente e diziam respeito à sua vida sexual” (FREUD, 1895, p. 351). Quando o excesso desses traumas não encontra vias simbólicas de elaboração, tende a se converter em sintoma, funcionando como resposta do aparelho psíquico ao

desequilíbrio entre a pulsão e os mecanismos de defesa que buscam conter o desejo. O sintoma ultrapassa uma compreensão puramente fisiológica, configurando-se como expressão simbólica do conflito psíquico, na qual o desejo reprimido busca uma forma disfarçada de satisfação. Já o recalque, impede que o conteúdo sexual se torne consciente, mas não suprime sua energia, o que faz com que esta retorne de maneira distorcida, convertendo o desejo em sofrimento corporal.

Assim, a histeria evidencia a estreita relação entre sexualidade e sintoma. O corpo se torna o meio privilegiado de expressão de um desejo que não pôde ser simbolizado, “Portanto, essas formações mentais, retidas no estado de inconsciência, buscam uma expressão adequada a seu valor afetivo, uma descarga, e a encontram, na histeria, mediante o processo da conversão, em fenômenos somáticos” (FREUD, 1895, p. 61). A conversão histérica funciona, portanto, como uma tentativa inconsciente de dar destino à energia sexual recalcada, traduzindo o conflito entre o desejo e as interdições morais em manifestações corporais. Contudo, Freud afirma que o excesso de excitação sexual, por si só, não basta para produzir a histeria, sendo necessário “uma outra particularidade do indivíduo” (FREUD, 1893-1895/2016, p. 239). Ou seja, a manifestação do sintoma depende das questões de cada sujeito, especialmente da maneira como o Eu organiza suas defesas diante do desejo e do recalque. Sendo assim, é a organização psíquica e não apenas a intensidade da pulsão que determina a formação do sintoma.

Essa concepção marca uma virada fundamental no pensamento freudiano: a histeria deixa de ser vista como uma doença do corpo para ser compreendida como um modo de expressão do inconsciente. Como afirma Freud (1895/2016, p. 61) os conteúdos inconscientes “buscam uma expressão adequada a seu valor afetivo e a encontram, na histeria, mediante o processo da conversão, em fenômenos somáticos”. Nesse sentido, o sujeito histérico é tomado por algo que não pode dizer, mas que o corpo insiste em mostrar.

Além disso, Freud (1890/1996) já havia destacado que o sofrimento do histérico é autêntico, ainda que suas causas não sejam orgânicas. Ele afirma que “as dores nem por isso são menos reais ou menos intensas” (p. 18), indicando que o sintoma histérico é uma expressão verdadeira de um conflito psíquico. Ou seja, o corpo torna-se o espaço

onde o inconsciente se manifesta, permitindo ao sujeito experimentar fisicamente uma dor que é, em essência, simbólica.

Portanto, o sintoma histérico não se reduz a uma lembrança traumática ou a um evento isolado, mas expressa uma estrutura de desejo dividida entre o que o sujeito quer e o que lhe é impedido. O corpo, nesse contexto, é o palco onde se dramatiza essa contradição, transformando a dor psíquica em expressão somática. A histeria revela a tensão entre o desejo inconsciente e a lei que o reprime, fazendo do sintoma uma tentativa de conciliar o impossível de dizer com a necessidade de se fazer ouvir.

A partir dessa concepção, torna-se possível avançar na compreensão das formas contemporâneas de manifestação do sintoma. Ainda que as configurações clínicas tenham se transformado, a lógica de funcionamento do sintoma histérico, conforme descrita anteriormente como formação de compromisso e tentativa de tratamento do excesso pulsional, permanece operante (FREUD, 1926).

Autores contemporâneos destacam que as condições socioculturais incidem diretamente sobre os modos de subjetivação e, conseqüentemente, sobre as formas de sofrimento psíquico. Como aponta Joel Birman (2001, p. 45), o mal-estar contemporâneo está relacionado a transformações nas formas de organização da experiência subjetiva, nas quais se observa uma maior dificuldade na simbolização do excesso pulsional.

Juan-David Nasio (1990, p. 21) afirma que “sofrer segundo o modo histérico é sofrer conscientemente no corpo, ou seja, converter o gozo inconsciente e intolerável num sofrimento corporal”, evidenciando que a dimensão somática do conflito psíquico histérico continua a se manifestar na clínica, ainda que sob novas configurações.

Diferentemente da histeria clássica, em que o sintoma se organizava predominantemente pela via da conversão e da elaboração simbólica, como indicam Silva e Mendes (2018) ao analisarem a clínica contemporânea da histeria, observa-se um deslocamento das manifestações clássicas de conversão para formas de sofrimento, frequentemente inscritas no corpo ou em suas condutas. Como observa Mees (2008), ao discutir as transformações do corpo na histeria contemporânea:

“O corpo em desarmonia com o desejo histérico vem sendo suplantado por um corpo que deve calar. Se antes o silêncio sobre o feminino era respondido pela histórica com um corpo aos gritos, nas conversões, cegueiras, paraplegias, etc., aos poucos, ao longo do século XX, ele vem sendo sedado da fome, da dor,

dos desconfortos, enfim, de seus clamores (observe-se que os antidepressivos são receitados, além do controle do afeto, também para dietas alimentares, tensão pré-menstrual, dores de cabeça e dores crônicas, fadiga crônica e sintomas gástricos)” (MEES, 2008, p. 88)

Manifestações como quadros ansiosos, sintomas depressivos e queixas somáticas persistentes podem, em determinados casos, ser compreendidos como sintomas que surgem como uma via de expressão somática de angústias que não encontram elaboração simbólica suficiente (MEES, 2008). Como aponta Birman (2001), trata-se de um deslocamento nos modos de subjetivação, em que a mediação simbólica se mostra fragilizada, incidindo sobre as formas de expressão do sofrimento psíquico. Fato este que além de incidir, em grande parte das vezes, o corpo, pode ser notado no modo de agir de cada sujeito, como excesso de trabalho, vícios e maneiras repetitivas de reagir nas situações.

Nesse sentido, Freud demonstra que o sintoma neurótico não possui uma forma única de organização. Embora a histeria revele o conflito psíquico sobretudo pela via corporal e pela conversão, conforme mencionado, outras neuroses apresentam diferentes modos de elaboração. Como, por exemplo, na neurose obsessiva, em que o conflito inconsciente se expressa predominantemente por meio de pensamentos compulsivos, dúvidas, rituais e formações defensivas marcadas pela ambivalência e pelo controle.

2.3 O sintoma na neurose obsessiva

No contexto da neurose obsessiva, o sintoma assume uma forma particular, carregada de significados inconscientes, manifestando-se como expressão dos desejos recalcados. Freud, em *Inibições, sintomas e angústia*, afirma que “o sintoma é indício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é consequência do processo de repressão...” (Freud, 1926/2014, p. 14). Assim, o desejo inconsciente, geralmente marcado pela ambivalência, é reprimido, mas retorna sob a forma de pensamentos compulsivos, dúvidas, rituais e atos obsessivos. Trata-se de um sintoma que simultaneamente tenta satisfazer o desejo recalcado e anulá-lo, evidenciando o predomínio da culpa e da atuação do Supereu.

Na neurose obsessiva, o sintoma adquire uma função que vai além do compromisso entre desejo e defesa, passando a ter valor narcísico para o Eu, tornando-se um elemento de afirmação identitária.

“...sintomas — a da neurose obsessiva e a da paranoia — tornam-se bastante valiosas para o Eu, não porque lhe proporcionem vantagens, mas porque lhe trazem uma satisfação narcísica que não obteria de outra forma. Os sistemas construídos pelos neuróticos obsessivos lisonjeiam seu amor-próprio com a ilusão de que, por serem particularmente limpos ou escrupulosos, são indivíduos melhores que os demais;” (Freud, 1926,2014 p.22).

Nesse contexto, o Eu não apenas tolera o sintoma, mas o incorpora, atribuindo-lhe um valor relacionado à autoimagem de superioridade moral. Freud (1923/2011) afirma que “na neurose obsessiva, o sentimento de culpa faz-se ruidosamente consciente, dominando o quadro clínico” (p. 66), evidenciando a intensa atuação do Supereu sobre o sujeito obsessivo. Nesse sentido, Freud (1909/2013) menciona que “...os neuróticos obsessivos se revelam como indivíduos nos quais as exigências morais atingiram um grau excepcionalmente elevado” (p. 225), assim, nota-se que o sintoma na neurose obsessiva está profundamente relacionado ao narcisismo secundário e ao ideal do Eu, revelando a severidade das exigências morais impostas pelo Supereu.

Freud afirma que os sintomas obsessivos “ou são interdições, medidas de precaução, penitências, de natureza negativa, portanto; ou, pelo contrário, satisfações substitutivas, frequentemente em camuflagem simbólica” (Freud, 1926/2014, p. 35). Inicialmente, os sintomas apresentam-se voltados à defesa e à punição; contudo, o desejo inconsciente encontra vias de expressão dentro do próprio sintoma, fazendo com que o sujeito obedeça e desobedeça simultaneamente. A neurose obsessiva é marcada pela ambivalência, ou seja, pela coexistência de sentimentos contraditórios, como amor e ódio. Freud descreve que:

“...a maioria dos sintomas do paciente adquire, além do seu sentido original, também aquele diretamente contrário, um atestado do poder da ambivalência que, não sabemos por quê, tem grande papel na neurose obsessiva. No caso mais grosseiro o sintoma é em dois tempos, ou seja, ao ato que realiza determinado preceito segue-se imediatamente outro que o cancela ou anula, embora ainda não ouse efetuar o que lhe é contrário. Duas impressões surgem de imediato deste breve panorama dos sintomas” (Freud, 1926/2014, p. 35).

Essas formações evidenciam a ambivalência estrutural do obsessivo: ao mesmo tempo em que obedecem ao Supereu severo, preservam satisfações substitutivas para o desejo recalcado.

Na neurose obsessiva, o sintoma permanece ligado ao conflito entre desejo inconsciente e defesa psíquica. Freud afirma que “o reprimido produz derivados que podem penetrar na consciência, desde que se afastem suficientemente do reprimido original ou mediante deformações” (Freud, 1915/2010, p. 91), evidenciando o retorno do recalado e a compulsão à repetição. Embora a situação inicial da neurose obsessiva esteja relacionada às exigências libidinais do complexo de Édipo, Freud afirma que “a organização genital da libido se revela fraca e pouco resistente” (Freud, 1926/2014, p. 35), fazendo com que a libido regreda ao estágio sádico-anal, relacionado ao controle, retenção e ambivalência.

Na neurose obsessiva, a culpa desempenha um papel fundamental, sendo um sintoma central dessa organização neurótica. Essa culpa, nem sempre advém de algo que o sujeito fez, mas de algo que ele desejou e reprimiu, e que permanecem ativos no inconsciente, assim o Supereu, tendo conhecimento do desejo reprimido, dirige acusações ao Eu, enquanto este, sem compreender totalmente a origem da culpa, busca se punir ao realizar rituais para aliviar esse julgamento interno.

“Ocorre que o afeto não considerado na percepção da ideia obsessiva aparece em outro lugar. O Supereu se comporta como se não tivesse havido repressão, como se o impulso agressivo lhe fosse conhecido em seu teor exato e com seu pleno caráter afetivo, e trata o Eu com base nessa premissa. O Eu, que, por um lado, sabe-se inocente, deve, por outro lado, perceber que tem um sentimento de culpa e carregar uma responsabilidade que não pode explicar para si mesmo. (Freud, 1926/2014, p. 40).

A repressão impede o Eu de acessar o desejo inconsciente, mas não elimina sua força psíquica. Em *Os caminhos da formação dos sintomas*, Freud afirma que “a libido é como que barrada e precisa fugir para algum lugar onde possa dar vazão à energia investida” (Freud, 1917/2014, p. 388). Dessa forma, o Supereu continuamente dirige acusações ao Eu em razão desses conteúdos reprimidos, fazendo com que o sujeito seja dominado por manifestações do inconsciente e pela necessidade de realizar atos compulsivos como forma de neutralizar a angústia. Freud afirma que “os atos obsessivos servem predominantemente de proteção contra a tentação, de defesa contra o mal esperado e de alívio da angústia” (Freud, 1926/2014, p. 43). Assim, os rituais obsessivos constituem tentativas defensivas do aparelho psíquico diante do conflito entre desejo inconsciente e exigências morais impostas pelo Supereu.

Freud, no texto *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909), teoriza a neurose obsessiva baseada no caso clínico conhecido como o “Homem dos Ratos”. O caso, descreve um jovem advogado atormentado por pensamentos, sentimentos de culpa e rituais compulsivos, relacionados ao medo de que pessoas amadas fossem submetidas a punições. Freud evidencia que, na neurose obsessiva, existe um conflito entre impulsos ambivalentes de amor e hostilidade que coexistem ao mesmo objeto, nesse sentido, afirma que “o amor intenso é acompanhado por um ódio inconsciente da mesma intensidade” (Freud, 1909/2013, p. 237), evidenciando a ambivalência afetiva presente na neurose obsessiva. Esse conflito ambivalente, vinculado aos conteúdos recalçados, transformam-se em sintomas obsessivos, e articula-se com o funcionamento do Supereu e da culpa inconsciente.

“Ele amava seu pai com ternura e reverência, mas também alimentava contra ele impulsos hostis extremamente intensos, que eram reprimidos com horror. O mesmo conflito ambivalente aparecia em relação à dama por quem estava apaixonado, pois ao lado de um amor exageradamente intenso surgiam desejos inconscientes de dano e punição” (Freud 1909/2013, p.239).

Ao analisar o caso, Freud percebe que os sintomas obsessivos não surgem de maneira aleatória, mas articulam-se aos desejos inconscientes recalçados, sobretudo os conteúdos que entram em conflito com as exigências morais do sujeito. Dessa maneira, o ritual obsessivo manifesta-se como uma tentativa de defesa diante da angústia e da culpa inconsciente, Freud afirma que “os sintomas da neurose obsessiva representam compromissos entre os impulsos recalçados e as defesas do Eu” (Freud, 1909/2013, p. 205). Assim, o sintoma obsessivo evidencia a relação entre defesa e satisfação, ainda que produza sofrimento, preserva a ligação do sujeito com o desejo. O ritual obsessivo, ainda que exaustivo e angustiante, preserva a ligação do sujeito com o desejo recalçado e com a instância punitiva que o sustenta. Sendo assim, o formato como o sintoma obsessivo aparece pode mudar com o tempo, manifestando-se de outras formas, porém sua estrutura permanece marcada pelo conflito entre desejo, culpa e repressão.

A organização obsessiva é o que a clínica psicanalítica busca escutar. Dessa forma, a escuta psicanalítica dirige-se não apenas ao conteúdo manifesto do sintoma, mas à sua lógica inconsciente, marcada pela ambivalência, culpa, repetição e regressão ao estágio anal. Assim, o tratamento psicanalítico busca possibilitar ao sujeito

compreender o sentido inconsciente do sintoma, abrindo espaço para formas de elaboração que rompam com a compulsão à repetição.

Entretanto, embora a neurose obsessiva se organize predominantemente por meio da culpa, da ambivalência e das formações compulsivas como tentativa de controle da angústia, na neurose fóbica, por exemplo, a angústia passa a se deslocar para objetos e situações externas, que passam a representar simbolicamente o perigo psíquico inconsciente. Dessa forma, a fobia revela outro modo de elaboração defensiva diante do desejo, da castração e da angústia.

2.4 O sintoma na neurose fóbica

Na neurose fóbica, o sintoma fixa-se sob a forma de um medo dirigido a um objeto ou situação externos, mas sua lógica não se esgota nesse objeto aparente. O objeto fóbico não é a causa originária da angústia, e sim o ponto no qual ela se fixa após um processo de deslocamento. Para Freud, especialmente em *Inibição, sintoma e angústia*, a fobia aparece como uma tentativa do Eu de lidar com uma ameaça interna, transformando-a em um perigo externo, localizado e, por isso, aparentemente mais manejável. Nesse sentido, a angústia de castração ocupa lugar central, pois indica o modo como o sujeito vivencia a ameaça ligada à perda, à interdição e ao limite imposto ao desejo (FREUD, 1926/2014, p. 48-50).

É importante distinguir, neste ponto, angústia e medo. O medo dirige-se a um objeto reconhecível: um animal, um lugar, uma situação ou uma cena específica. A angústia, por sua vez, apresenta-se de modo mais indeterminado, como sinal de perigo psíquico. Na fobia, ocorre justamente a passagem da angústia ao medo: aquilo que inicialmente se apresenta como ameaça interna e difusa é deslocado para um objeto externo. Assim, o sujeito deixa de se confrontar diretamente com a angústia e passa a temer algo situado no mundo exterior. Por isso, Freud afirma que “o incompreensível medo dos cavalos é o sintoma, a incapacidade de sair à rua é uma inibição, uma restrição que o Eu impõe a si próprio, para não despertar o sintoma da angústia” (FREUD, 1926/2014, p. 23).

A fobia, portanto, não deve ser compreendida apenas como medo excessivo ou irracional, mas como uma construção defensiva, o objeto fóbico tem uma função psíquica: ele organiza a angústia, dá-lhe forma e permite que o Eu estabeleça uma

estratégia de evitação. Ao localizar a ameaça em um objeto externo, o Eu consegue construir uma defesa mais estável diante de um perigo que, em sua origem, pertence ao campo do desejo inconsciente. É nesse sentido que Freud afirma que “a angústia das fobias de animais é, portanto, uma reação afetiva do Eu ao perigo; e o perigo que nelas é sinalizado é aquele da castração” (FREUD, 1926/2014, p. 48). A angústia de castração, então, não se reduz ao medo literal de uma perda corporal, mas expressa a experiência psíquica da interdição, da renúncia pulsional e da entrada do sujeito na ordem dos limites.

Laplanche e Pontalis contribuem para aprofundar essa leitura ao compreenderem a castração como fantasia fundamental na organização da vida psíquica. A castração não aparece apenas como ameaça externa, mas como operador simbólico que introduz a falta e regula a relação do sujeito com o desejo. Desse modo, na fobia, o objeto temido funciona como substituto de um conflito inconsciente que não pode ser diretamente reconhecido pelo Eu. O medo manifesto encobre uma angústia mais profunda, ligada à posição do sujeito diante da lei, da interdição e das figuras parentais (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 73-75).

O deslocamento é, assim, um mecanismo decisivo na constituição do sintoma fóbico. A angústia, que inicialmente se vincula a uma representação inconsciente intolerável, é transferida para um objeto substitutivo. Esse objeto não é escolhido ao acaso, pois guarda relação simbólica com o conflito recalcado. O caso do pequeno Hans, apresentado por Freud em 1909, trata da fobia de uma criança de cinco anos que desenvolveu intenso medo de cavalos, o que a impedia de circular livremente pela rua. Para Freud, esse medo não estava ligado apenas ao animal em si, mas expressava conflitos inconscientes relacionados à dinâmica familiar da criança, especialmente ao desejo dirigido à mãe, à rivalidade com o pai e à angústia de castração. A partir desse caso, Freud demonstra que o objeto fóbico não é escolhido de modo aleatório: o cavalo adquire valor fóbico porque passa a condensar elementos ligados à figura paterna, à rivalidade edípica e à ameaça de castração (FREUD, 1909/2013, p. 25). No entanto, o caso não deve ser tomado apenas como exemplo isolado, mas como modelo clínico de uma lógica mais ampla: a fobia transforma uma angústia sem contorno em um medo delimitado.

Nessa perspectiva, a fobia pode ser lida como uma resposta do sujeito diante da dificuldade de simbolizar a falta. O objeto fóbico surge como uma espécie de solução paradoxal: ele causa sofrimento, mas também impede que a angústia apareça de forma desorganizada. Assim, o sintoma não é apenas expressão de fracasso do recalque; ele também representa uma tentativa de organização do aparelho psíquico (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 105-106).

Essa dimensão defensiva permite compreender a fobia como uma tentativa de estabilização do Eu. Ao evitar o objeto ou a situação temida, o sujeito cria uma forma de controle sobre a angústia. A evitação, nesse caso, não é mero comportamento sem sentido, mas uma estratégia psíquica que busca preservar o Eu de um encontro direto com aquilo que o ameaça. Por isso, a fobia articula sintoma e inibição: o sintoma aparece no medo deslocado, enquanto a inibição manifesta-se nas restrições impostas à vida cotidiana. O sujeito limita sua circulação, seus encontros e suas possibilidades de ação para manter a angústia sob certo domínio (FREUD, 1926/2014, p. 23; 48-50).

Nasio contribui para essa leitura ao destacar que o sintoma psicanalítico não é um fenômeno sem lógica, mas uma formação carregada de sentido inconsciente. Aplicada à fobia, essa ideia permite afirmar que o medo manifesto deve ser escutado como expressão simbólica de um conflito. O objeto fóbico é menos importante por sua realidade concreta do que por sua função na economia psíquica do sujeito. Ele representa, ao mesmo tempo, a ameaça e a proteção, pois permite ao Eu localizar o perigo e organizar defesas em torno dele (NASIO, 1999, p. 165-166).

Roudinesco e Plon apontam que a fobia pode ser compreendida para além do simples medo de um objeto externo, pois o objeto fóbico assume uma função simbólica na organização da angústia. Ele opera como um elemento que permite ao sujeito localizar uma ameaça que, em sua origem, é mais difusa e ligada ao campo do desejo e da falta. Assim, o objeto fóbico funciona como uma espécie de anteparo psíquico, pois, ao mesmo tempo em que causa medo, também delimita a angústia e oferece ao sujeito uma forma de estabilização diante dela (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 243-244).

Desse modo, a neurose fóbica pode ser compreendida como uma formação sintomática na qual o Eu transforma um perigo interno em ameaça externa. A angústia de castração, por ser difícil de simbolizar diretamente, desloca-se para um objeto que passa a concentrar o medo e organizar a relação do sujeito com a angústia, ainda que ao

preço de sofrimento e restrições. A fobia, portanto, não é apenas manifestação de medo, mas uma solução psíquica pela qual o sujeito tenta estabilizar sua relação com o desejo, a interdição e a falta (Freud, 1926/2014, p. 48-50).

No plano clínico, essa compreensão impede que o tratamento se limite à eliminação do medo manifesto. Para a psicanálise, o objeto fóbico deve ser interrogado em sua função simbólica, buscando compreender por que aquele objeto passou a representar uma ameaça para o sujeito. A associação livre permite estabelecer ligações entre o medo atual, as fantasias inconscientes, a história edípica e os modos singulares de lidar com a castração. Assim, a direção do tratamento não consiste apenas em suprimir o sintoma, mas em possibilitar que o sujeito elabore a angústia nele deslocada (Freud, 1912/2010, p. 147-162; Freud, 1926/2014, p. 50).

Assim, a fobia revela a relação entre angústia, defesa e sintoma. Ao mesmo tempo em que denuncia um conflito inconsciente, oferece ao Eu uma tentativa de solução. O sintoma fóbico, embora produza sofrimento e limite a vida do sujeito, também cumpre função de organização psíquica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esclareceu-se, então, a diferença fundamental entre o conceito de sintoma na medicina e na psicanálise. Enquanto a medicina busca explicações biológicas e indicadores objetivos, a psicanálise interpreta o sintoma como uma manifestação de processos psíquicos inconscientes, ligados a conflitos e desejos recalcados. Assim, a psicanálise não se limita à eliminação do sintoma, mas busca entender seu significado e promover a elaboração do conflito, que conseqüentemente, gera alívio para o sofrimento psíquico. Como mencionado, o sintoma se manifesta como um substituto de uma satisfação pulsional que não se concretizou. Dessa forma, Freud afirma que a formação do sintoma se dá por meio do mecanismo do recalque, enfatizando que, embora o Eu busque evitar o desprazer, as pulsões ainda buscam vias para irradiar, mesmo que de maneira distorcida.

As formas de sofrimento apresentadas pelos sintomas neuróticos evidenciam que este não é reduzido a uma causa isolada, mas deve ser compreendido como uma forma de lidar com as exigências da realidade psíquica, muitas vezes insuportáveis à consciência, que insistem em se manifestar por diferentes vias. Ainda que suas formas

de apresentação tenham se modificado ao longo do tempo, a lógica que sustenta a constituição do sintoma permanece operante, reafirmando a atualidade das formulações freudianas.

Na medicina tradicional, o tratamento busca, por vezes, mascarar os sintomas com medicamentos e soluções rápidas. Já na psicanálise, o sintoma, somado à escuta singular do sujeito, revela questões psíquicas a serem compreendidas como um modo de sofrimento e satisfação do sujeito, que precisam ser analisadas e ressignificadas mediante a fala do paciente e a escuta ética do analista. Dessa forma, as formulações freudianas sobre as neuroses permanecem atuais não apenas por seu valor histórico, mas porque ainda permitem compreender modos de sofrimento presentes na clínica contemporânea. A histeria, a neurose obsessiva e a fobia mostram que o sujeito encontra formas particulares de responder às exigências internas e externas, produzindo sintomas que dizem algo sobre sua relação com o desejo, com o outro e com a realidade. Esses sintomas, atualmente, se manifestam na clínica através de doenças de pele, sintomas gástricos, quadros ansiosos, compulsões, quadros depressivos e diferentes formas de sofrimento corporal e psíquico que, muitas vezes, aparecem desvinculados de causas orgânicas identificáveis. Nesse sentido, a psicanálise diferencia-se por compreender o sintoma como algo que não deve ser eliminado, mas como uma manifestação dotada de sentido, relacionada à história subjetiva do sujeito.

Ainda que tais manifestações se apresentem sob novas configurações, as modalidades das neuroses se mantêm, na medida em que o sintoma continua operando como uma formação de compromisso entre o desejo inconsciente e as defesas psíquicas do sujeito. Por isso, mesmo quando os sintomas aparecem na contemporaneidade sob formas menos associadas às conversões clássicas descritas por Freud, eles permanecem revelando impasses relacionados à angústia, ao recalque e às dificuldades de simbolização do sofrimento psíquico.

Assim, conclui-se que o sintoma, para Freud, não constitui apenas um sinal patológico, mas uma formação do inconsciente que expressa conflitos, desejos e modos particulares de satisfação pulsional. Nesse sentido, o sintoma torna-se íntimo do sujeito, fazendo com que, muitas vezes, seja difícil eliminá-lo, pois possui uma função psíquica em sua economia subjetiva. É paradoxal, visto que, ao mesmo tempo em que fornece uma satisfação substitutiva, também provoca sofrimento. Para tanto, a psicanálise

permanece atual justamente por sustentar uma escuta que não reduz o sofrimento humano a classificações diagnósticas ou soluções imediatas, mas reconhece no sintoma uma via singular de expressão da subjetividade.

Deste modo, tratar o sintoma para a clínica psicanalítica visa à possibilidade de transformá-lo, deslocá-lo e torná-lo mais suportável ao sujeito. Para a psicanálise, o sujeito que chega à análise vem representado por seu sintoma. Porém, esse sinal clínico é comparável a ponta de um iceberg que emerge. Enfatizando que o tratamento psicanalítico busca possibilitar que o sujeito encontre sentido em seu sofrimento por meio da associação livre e da escuta ética do analista, permitindo que o sintoma possa ser elaborado e possibilitando ao sujeito compreender os conflitos inconscientes que se manifestam em sua relação com o desejo, com a angústia e com a realidade psíquica.

REFERÊNCIAS

- BACKES, C., org. **A clínica psicanalítica na contemporaneidade** [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, 118 p. ISBN 978-85-386-0387-0. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ckhzg/epub/costa-9788538603870.epub>. Acesso em 16/05/2016.
- BARATTO, G. **A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 29, n. 1, p. 7-16, mar. 2009.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- COSTA, D; LANG, C. **Histeria ainda hoje, por quê?**. Psicologia USP. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420140039>. Acesso em: 12 abr. 2026.
- FIGUEIREDO, L. C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo, SP: Escuta, 2008.
- FREUD, S. (1909). **Notas sobre um caso de neurose obsessiva (“O Homem dos Ratos”)**. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. (1920/1996). **Além do princípio do prazer**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1909). **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

FREUD, S. (1915). **As pulsões e seus destinos**. In: FREUD, Sigmund. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Hanns. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1910). **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

FREUD, S. (1916-1917). **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Obras completas, v. 13).

FREUD, S. (1912). **Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1926). **Inibições, sintomas e angústia**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. (1914-1916). **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1923-1925). **O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas, v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. (1893-1895). **Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. (1901/1905). **Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos**. Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. **Totem e tabu (1913)**. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

FREUD, S. **Tratamento psíquico (Tratamento da alma) (1890)**. In: Obras incompletas, Freud Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica, 2024.

FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895). **Estudos sobre a histeria**. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 2.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MAIA, A. B.; MEDEIROS, C. P.; FONTES, F. **O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução**. Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 231-252, mar. 2012. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004. Acesso em: 29 abr. 2026.

MARQUES, M. A. M.; SOARES, S. V.. **O percurso do sintoma conversivo: da histeria de Freud aos dias de hoje**. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1–18, e1505, 2025. DOI: 10.25118/2763-9037.2025.v15.1505. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1505>. Acesso em: 4 maio. 2026.

NASIO, J. D. **A histeria: teoria e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

NASIO, J. D. **O prazer de ler Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

OLIVEIRA, M. d. S. V.; WINTER, C. F. C. **Manifestações da histeria na contemporaneidade**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 353-361, 2019. DOI: 10.1590/1809-44142019003011.

PIRES, N. **A Regência do sintoma**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Salvador, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1962000100003>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SYPNIEWSKI, F. R. **A etiologia da histeria: o percurso freudiano entre 1886 e 1896**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/80168>. Acesso em: 20 de abr. 2026.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Camila Guarda Calis: realização de leituras, desenvolvimento de análises, discussão teórica dos conceitos, redação do texto e revisão ortográfica.

Lucas Matheus Raquel Lopes: realização de leituras, desenvolvimento de análises, discussão teórica dos conceitos, redação do texto e revisão ortográfica.

Tainara Fernanda do Prado Soares: realização de leituras, desenvolvimento de análises, discussão teórica dos conceitos, redação do texto e revisão ortográfica.

Janaina Mazutti dos Santos: Orientadora da pesquisa para a elaboração do artigo e da produção textual, correção do manuscrito e revisão crítica do conteúdo.