

## A COMPREENSÃO DOS SINTOMAS HISTÉRICOS FEMININOS A PARTIR DE UMA RETOMADA HISTÓRICA

Amanda Luiza Matiello <sup>1</sup>  
Larissa Lima de Menezes <sup>2</sup>  
Janaina Mazutti dos Santos <sup>3</sup>

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a trajetória histórica da compreensão da histeria feminina, partindo das análises de Freud acerca do sofrimento psíquico até a fragmentação sintomática clínica nos manuais diagnósticos atuais. A escolha desse tema se justifica pela importância de entender como a histeria foi percebida ao longo dos anos e como seu sofrimento também foi interpretado de diferentes maneiras dependendo do contexto histórico-cultural de cada época. Também será discutido sobre a relação estreita entre a feminilidade e a histeria e como ambas apresentaram diferentes formas de expressão ao longo do tempo. Conclui-se que, mesmo com a fragmentação da histeria em diferentes diagnósticos médicos, permanece como verdade a importância da escuta do sofrimento e da associação livre como principal meio de acesso ao inconsciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Histeria feminina; Psicanálise; Psiquiatria

## UNDERSTANDING FEMALE HYSTERICAL SYMPTOMS FROM A HISTORICAL PERSPECTIVE

**ABSTRACT:** This work aims to conduct a literature review on the historical trajectory of the understanding of female hysteria, starting from Freud's analyses of psychic suffering to the clinical symptomatic fragmentation in current diagnostic manuals. The choice of this theme is justified by the importance of understanding how hysteria has been perceived over the years and how its suffering has also been interpreted in different ways depending on the historical and cultural context of each era. The close relationship between femininity and hysteria will also be discussed, as well as how both have presented different forms of expression over time. It concludes that, even with the fragmentation of hysteria into different medical diagnoses, the importance of listening to suffering and free association as the main means of accessing the unconscious remains true.

**KEYWORDS:** Female hysteria; Psychoanalysis; Psychiatry.

## COMPRENDER LOS SÍNTOMAS DE LA HISTERIA FEMENINA DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

<sup>1</sup> Discente do curso de Psicologia - UNIPAR; E-mail: [amanda.matiello@edu.unipar.br](mailto:amanda.matiello@edu.unipar.br);

<sup>2</sup> Discente do curso de Psicologia - UNIPAR; E-mail: [larissa.menezes@edu.unipar.br](mailto:larissa.menezes@edu.unipar.br);

<sup>3</sup> Docente do curso de Psicologia - UNIPAR; E-mail: [janaina.santos@prof.unipar.br](mailto:janaina.santos@prof.unipar.br);

**RESUMEN:** Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre la trayectoria histórica de la comprensión de la histeria femenina, desde los análisis freudianos del sufrimiento psíquico hasta la fragmentación sintomática clínica en los manuales de diagnóstico actuales. La elección de este tema se justifica por la importancia de comprender cómo se ha percibido la histeria a lo largo de los años y cómo su sufrimiento se ha interpretado de diferentes maneras según el contexto histórico y cultural de cada época. También se analizará la estrecha relación entre feminidad e histeria, así como las distintas formas de expresión que ambas han presentado a lo largo del tiempo. Se concluye que, incluso con la fragmentación de la histeria en diferentes diagnósticos médicos, la importancia de escuchar el sufrimiento y la libre asociación como principales vías de acceso al inconsciente sigue vigente.

**PALABRAS CLAVE:** Histeria femenina; Psicoanálisis; Psiquiatría.

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos pilares para o surgimento da psicanálise foi a compreensão da influência que o psiquismo tem sobre o corpo. Ainda no final do Século XIX, Freud percebeu que certos fenômenos patológicos não tinham causas fisiológicas, mas eram influenciados diretamente pelo psiquismo (Freud, 1890). Ou seja, existem doenças e sintomas cuja origem está relacionada ao psiquismo do sujeito.

Essa noção foi decisiva para compreender a histeria, um fenômeno clínico caracterizado por sintomas no corpo aparentemente inexplicáveis – paralisias, cegueiras, dores no corpo sem causa evidente – que, por isso, foram frequentemente desacreditados pela medicina (Tavares, 2017). Freud foi um dos primeiros a reconhecer a verdade desse sofrimento e dedicou seu trabalho clínico a compreender mais sobre o psiquismo.

Com os relatos de suas pacientes histéricas, o autor postula que alguns conteúdos permanecem inconscientes pois são considerados inaceitáveis (Freud, 1905 [2017]). Contudo, esses conteúdos não são eliminados, eles apenas permanecem recalçados no inconsciente e, muitas vezes, se manifestam de forma distorcida por meio dos sintomas (Freud, 1905 [2017]). Foi durante seu trabalho na clínica que Freud desenvolveu o método da associação livre, prática que consistia em solicitar que o paciente falasse livremente, sem julgamento ou seleção de pensamentos, para que assim fosse possível trazer esse material recalçado à consciência (Freud, 1913 [2017]).

Apesar desses avanços, o que se vê hoje nos manuais médicos é a fragmentação da histeria em diversos sub diagnósticos psiquiátricos que continuam não tendo explicações claras ou tratamento específico de acordo com a psiquiatria (Mello, 2024). Ou seja, ainda que o termo tenha sido excluído dos manuais diagnósticos, como o

DSM-V (2014), as expressões do sofrimento dos sintomas histéricos persistem, mas, agora, sob novas denominações médicas, como por exemplo a fibromialgia e os transtornos somatoformes.

O objetivo deste trabalho é, portanto, historicizar a histeria enquanto manifestação de sintomas corporais a partir de sofrimentos psíquicos, verificando como ela foi compreendida ao longo do tempo até chegar aos manuais diagnósticos atuais. A escolha desse tema se justifica pela importância de entender a trajetória dos sintomas histéricos e as diferentes formas de percepção desse sofrimento ao longo do tempo. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de partir de obras já publicadas e elaborar novas interpretações e articulações conceituais (Gil, 2002).

Para a construção da base teórica, buscou-se primeiramente os escritos de Freud visando conceituar a histeria, conversão histérica, sintoma e feminilidade. No item “Histeria e sintoma para Freud” foram utilizados como base os textos “Estudos sobre a histeria” (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]) e “Compreender Freud” (Sédad, 2011), para elucidar os primeiros casos de histeria analisados por Freud, que o motivaram a estudar sobre o sofrimento psíquico e, assim, formular o que depois viria a ser a teoria psicanalítica. Além disso, o texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1910-1927 [2016]) foi fonte para explicar a conversão dos sintomas no corpo.

No tópico “Feminilidade para Freud” os principais textos base foram “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1910-1927 [2016]) e “Amor, sexualidade, feminilidade” (Freud, 1898-1935 [2018]). Com eles, buscou-se explicar as origens da sexualidade humana durante a infância, focando no desenvolvimento psicosssexual feminino. Além disso, “Neurose, psicose, perversão” (Freud, 1910-1927 [2016]) e “Édipo” (Costa, 2010) foram suporte para aprofundar a compreensão da estruturação clínica do sujeito com o objetivo de esclarecer sobre a formação da neurose histérica.

Por fim, no item “A fragmentação da histeria na psiquiatria”, os textos “O desaparecimento da histeria em psiquiatria: uma busca do DSM-I ao DSM-5-TR” (Mello, 2024) e “Histeria: o que mudou na pós-modernidade?” (Silva *et al*, 2019) foram essenciais para entender a trajetória conceitual da histeria até os manuais diagnósticos atuais. O artigo “Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo ‘fibromialgia’ e o quadro clínico ‘histeria’ descrito por Freud no século XIX” (Marques; Slompo; Bernardino, 2006) foi usado como base para entender a fibromialgia como uma das possíveis fragmentações dos sintomas histéricos no DSM. Já os textos “Feministas,

pacientes e analistas: as mulheres na origem da psicanálise” (Martins, 2024) e “Manifesto Antimaternalista” (Iaconelli, 2023) embasaram a discussão sobre a feminilidade e suas diferentes formas de expressão ao longo da história.

Diante disso, para compreender a trajetória histórica da histeria, é necessário ter em mente que existem três dimensões distintas que permeiam esse percurso: a neurose histérica para Freud, os sintomas conversivos enquanto expressão do sofrimento psíquico no corpo e as classificações baseadas em categorias descritivas contidas nos manuais diagnósticos como o DSM. Essa distinção será essencial para acompanhar como um mesmo fenômeno clínico foi compreendido de formas tão diferentes ao longo do tempo.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Histeria e sintoma para Freud**

O interesse de Freud pela histeria surge influenciado por seu estágio sob as orientações de Jean-Martin Charcot que, assim como Freud, também era médico neurologista. Entre 1885 e 1886, em Paris, o autor passou a acompanhar as aulas práticas e teóricas no hospital de Salpêtrière (Sédât, 2011). Em uma delas, sobre doenças neurológicas e mentais, Freud se interessou especialmente pela histeria, com base nos estudos de seu orientador (Sédât, 2011).

Charcot foi quem tirou a histeria do campo puramente neurológico, ou seja, ele observou que o acometimento não tinha uma causa física, mas era provocado por algo psíquico, em contraposição à lógica médica tradicional de sua época, que postulava que toda afecção se originaria de lesões no cérebro ou degenerações (Sédât, 2011). Além disso, com o uso da hipnose, o médico deu a ela o *status* de um método científico, não apenas algo místico, como também uma forma de provocar e “curar” sintomas histéricos (Sédât, 2011).

Graças a Charcot, Freud deixou suas pesquisas no campo da histologia e da anatomopatologia e se aprofundou no campo da diferenciação das patologias psíquicas e físicas (Sédât, 2011). Para além de Charcot, os estudos de Freud com Josef Breuer, também foram essenciais para pensar a histeria, principalmente no texto “Estudos sobre a histeria” (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]) que relata casos de pacientes mulheres, rompendo com a lógica da medicina tradicional. Os casos que se destacaram como

fundamentais para o desenvolvimento da técnica psicanalítica e para a descoberta e análise dos sintomas da histeria são o de Anna O. e o de Elisabeth von R.

O caso Anna O., paciente de Breuer, ocorreu entre 1880 e 1882. A paciente começou a apresentar sintomas histéricos com vinte e um anos de idade. Pouco antes, em julho de 1880, seu pai, a quem era profundamente apegada, adoeceu gravemente. A jovem demonstrava notável inteligência, destacando-se pela intuição, senso crítico e dotes poéticos, além de sua rápida aprendizagem (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]). Sua vida foi em um ambiente monótono e familiar puritano, o que levaria a compensar a ausência de ocupação com devaneios sistemáticos que ela chamava de “Teatro Particular”, no qual ela, então, projetava essa energia em fantasias, principalmente os desejos sexuais reprimidos pelo contexto moral. Com o passar do tempo, entretanto, o que antes era fantasia de fuga da realidade, tornou-se sintomas corporais, como paralisias e alucinações (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]). Os autores explicam:

Essa moça, cheia de vitalidade intelectual, levava uma vida extremamente monótona no ambiente de sua família de mentalidade puritana. Embelezava sua vida de um modo que provavelmente a influenciou de maneira decisiva em direção à doença, entregando-se a devaneios sistemáticos que descrevia como seu “teatro particular”. Enquanto todos pensavam que ela estava prestando atenção, ela se imaginava vivendo contos de fada; mas estava sempre alerta quando lhe dirigiam a palavra, de modo que ninguém se dava conta de seu estado (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016], p. 31).

Com o caso de Anna O., se elucidou o método catártico. Breuer notou que os sintomas graves diminuía ou desapareciam quando incentivava a paciente a narrar as alucinações e as histórias que a perturbavam, trazer luz à lembrança do fato que havia provocado o sintoma com o objetivo de reativar o afeto originalmente ligado àquela experiência reprimida. Analisando os sintomas, verifica-se que cada um estava ligado a um trauma, por exemplo: a paralisia do braço direito surgiu quando cuidava de seu pai enfermo e a paciente teve uma alucinação de uma cobra se aproximando dele. Ao tentar afastá-la, seu braço tornou-se dormente e paralisado. Nota-se, com isso, uma associação entre o sintoma físico e a experiência psíquica (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]).

Outro caso relevante é o de Elisabeth von R., paciente de Freud que tinha vinte e quatro anos quando iniciou o tratamento – em 1892 – e sofria há mais de dois anos de dores nas pernas e dificuldades para andar (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]). O

médico observou que, ao analisar suas pernas, Elisabeth não expressava dor, mas algo que parecia um prazer voluptuoso; a análise revelou que o sofrimento advinha do recalque de seu amor pelo cunhado, marido de sua irmã já falecida (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]). O momento traumático que levou à conversão histérica ocorreu quando, no leito de morte da irmã, um pensamento atravessou sua mente: “Agora ele está livre outra vez e posso me tornar sua mulher” (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016], p. 118). O mecanismo da histeria, foi a conversão de excitações psíquicas em dores físicas no corpo, um ato de defesa para livrar a paciente de uma condição mental insuportável (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]). A partir desse caso, emergiu o núcleo do que viria a constituir a concepção freudiana da histeria e, conseqüentemente, o nascimento da psicanálise. Nesse período, Freud se distancia do método da hipnose, ao perceber suas limitações na compreensão do sofrimento psíquico.

Freud identificou que os sintomas histéricos não eram meras manifestações físicas sem causa aparente, mas expressões simbólicas de conflitos internos. Para ele, a histeria tinha origem na repressão de desejos inconscientes, especialmente de natureza sexual, que não puderam ser integrados à consciência devido às exigências morais impostas ao sujeito desde a infância. Segundo Freud (1901/1905 [2016]), a histeria é classificada como uma neurose, cuja constituição está diretamente ligada às forças pulsionais de caráter sexual durante o desenvolvimento psicosssexual infantil – tema discutido posteriormente. De acordo com Poli (2007), é certo afirmar que Freud iniciou a formulação dos primeiros conceitos que viriam a compor a teoria psicanalítica com a escuta das mulheres de sua época e as manifestações de seu sofrimento incompreendidas pelo saber médico.

No corpo histérico, observam-se manifestações que ultrapassam o domínio biológico e adentram o campo do simbólico. Os sintomas se expressam de diversas formas físicas no corpo do sujeito como por meio de desejos, conflitos e afetos inconscientes insuportáveis para o sujeito admitir, conforme elucidado por Longhini (2022).

Freud (1893-1895 [2016]) descreve esses sintomas como substitutos deformados de processos inconscientes que, barrados pelo recalque, encontram no corpo uma via alternativa de expressão. Em outras palavras, o que é recalcado no inconsciente por ser insuportável ou proibido para o sujeito, retorna sob a forma de sintoma corporal, transformando o corpo em uma via de comunicação para o sofrimento. O autor explica

que, “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, 1901-1905 [2016], p. 34).

Ao escutar as histéricas, Freud deu início a psicanálise, teoria que passou por várias mudanças, uma delas sobre a própria histeria. O autor inicialmente postulou que a fonte do sofrimento histérico era advinda de um trauma sexual, porém, ao revisar sua análise teórica com o discurso das mulheres, percebeu a presença de narrativas fantasiosas nas memórias de suas pacientes. Após isso, a histeria passou a ser interpretada como uma fantasia inconsciente em busca de satisfação pulsional sexual, que foi recalçada pelo próprio sujeito (Jorge; Travassos, 2019).

Entende-se, assim, a histeria como uma doença cujos sintomas não têm suas causas justificadas por nenhum fator biológico, independente dos esforços que a medicina faça para desvendar sua origem (Freud, 1893-1895 [2016]). Ao longo dos séculos, esse acometimento foi alvo de diversos preconceitos da sociedade e entendimentos distorcidos sobre suas causas. De acordo com Jorge e Travassos (2021), a histeria já era associada diretamente às mulheres séculos antes de Cristo: seu nome é associado ao útero – *hysteros* em grego.

Sob essa lógica demarcada pelo contexto social, a histeria e a feminilidade estão historicamente relacionadas, uma vez que durante muito tempo acreditou-se que a causa da histeria era o próprio útero e a solução proposta como “tratamento” era o casamento e a gravidez.

Para além de uma relação histórica, Freud constatou uma tendência feminina à neurose histérica (Freud, 1901-1905 [2016]) em seus estudos. É importante considerar que tais formulações freudianas foram produzidas em um contexto histórico específico, marcado por concepções de gênero próprias de sua época – relação aprofundada nos tópicos seguintes – o que pode ter influenciado sua compreensão sobre a feminilidade e a histeria.

## **2.2 Feminilidade para Freud**

Para compreender a constituição da feminilidade, inicialmente, deve-se conhecer brevemente sobre a sexualidade infantil. No livro “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1901-1905 [2016]), Freud defende que, ao contrário do imaginário

popular, a sexualidade humana tem suas raízes na infância e as primeiras pulsões sexuais estão presentes no infante desde o nascimento. A pulsão, para Freud, é o representante psíquico de uma fonte de estimulação interna ao corpo que flui de forma contínua, diferenciando-se do estímulo externo por sua natureza constante e por ter como alvo a supressão dessa excitação orgânica (Freud, 1901-1905 [2016]). Estas pulsões são despertadas através dos cuidados com a criança, como alimentação, carinho e higiene. Um exemplo é o ato de sugar que, em um primeiro momento, foi estimulado pela necessidade de alimentação, mas ocorre mesmo quando a criança não tem esse objetivo (Freud, 1901-1905 [2016]).

Em “Amor, sexualidade, feminilidade” (1898-1935 [2018]), Freud esclarece que é através desses mesmos cuidados que a mãe (ou pessoa que desempenha essa função) se torna o principal objeto de amor da criança, uma vez que está suprindo todas as suas necessidades, tanto fisiológicas quanto afetivas. Desse modo, o primeiro objeto de desejo de toda criança é a mãe ou a pessoa que desempenha esse papel materno, em ambos os sexos.

O autor explica que com base nesses primeiros cuidados se desenvolve o Complexo de Édipo. Esse conceito aponta para o período em que há a necessidade de um momento de interdição entre a mãe e a criança. O filho precisa compreender que não terá a mãe, seu objeto de desejo, sempre para si; é um momento de cisão para impedir o chamado incesto simbólico (Costa, 2010). Essa intervenção é realizada pela figura do pai, que será responsável, portanto, por colocar limites no desejo da criança (Costa, 2010).

O Édipo é um momento crucial do desenvolvimento psicosssexual infantil, pois nele a criança se depara com a presença da lei, ou seja, os limites impostos aos seus desejos, especialmente sobre o “desejo incestuoso” de ter a mãe apenas para si mesmo (Costa, 2010). A forma como o sujeito responde a essa interdição determinará a forma com que seu psiquismo vai se organizar e, portanto, sua estrutura clínica: neurose, psicose e perversão (Costa, 2010).

Na neurose, estruturação da histeria, o sujeito reconhece a existência da lei que coloca limites aos seus desejos, gerando um conflito insuportável entre aquilo que se deseja e o que se entende como proibido (Nasio, 2007). Esse conflito é tão insuportável ao sujeito que não consegue ser mantido no estado de consciência, então, como forma de evitar o desprazer, essas ideias são recalcadas no inconsciente (Freud, 1905 [2017]).

Dessa forma, entende-se que o mecanismo de defesa da neurose é o recalque, que mantém esses conflitos no inconsciente, porém, ele falha em eliminá-los completamente, então esse conteúdo retorna na forma de sintoma (Freud, 1910-1927 [2016]). No caso da histeria, esses sintomas frequentemente são físicos, ou seja, é através do corpo que essa energia psíquica se expressa (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]).

Vale mencionar também que, de acordo com Nasio (2007), na teoria Freudiana, nenhuma criança foge ao Édipo, pois este é um processo independente da sua constituição familiar (hétero ou homossexual, monoparental etc.). Contudo, o Complexo assume caminhos diferentes para os meninos e para as meninas.

A base do Édipo tanto feminino quanto masculino é a constatação da diferença anatômica entre os sexos, ou seja, a distinção física que “separa” os meninos e as meninas (Freud, 1898-1935 [2018]). Porém o seu valor não é literal, é sobretudo simbólico: não se trata da presença ou não do órgão sexual, é sobre como a criança interpreta isso (Longhini, 2022).

De acordo com Freud (1898-1935 [2018]), as crianças inicialmente não sabem que existe uma diferença nos genitais. No caso da menina, ela se depara com a ausência de um pênis em si, o representante sexual masculino, e sente que, de alguma forma, foi prejudicada, como se “faltasse” algo. Dessa maneira, há a falta de um representante feminino simbólico. “A mulher na posição feminina não teria identificação, mas identificações que exprimem a falta de consistência do traço identificatório e revelam a impossibilidade de definir um modelo feminino” (Longhini, 2022, p. 72). Vale ressaltar que a anatomia não determina diretamente o psiquismo, mas fornece uma base para a inscrição simbólica da diferença sexual.

Com isso, entende-se a tendência feminina à histeria como uma consequência desses conflitos tão intensos vivenciados pela menina durante o Édipo. Para Freud, “a histeria pressupõe necessariamente uma vivência primária de desprazer, portanto de natureza passiva” e “a passividade sexual natural da mulher explica a sua predileção pela histeria” (Freud, 1910-1927 [2016], p. 118). Essa passividade está ligada à própria feminilidade, caracterizada pela “preferência por metas passivas”, reforçada pelo fato de que “a influência das normas sociais não deve ser subestimada, normas que, de forma semelhante, forcem a mulher para situações passivas” (Freud, 1898-1935 [2018], p. 118). Ou seja: a tendência feminina à histeria é influenciada por diversos fatores,

sobretudo a intensidade dos conflitos sexuais vivenciados na infância e a pressão social sobre a sexualidade feminina.

No próximo tópico, será abordado como a histeria – até aqui compreendida, com base na teoria psicanalítica de Freud, majoritariamente associada à feminilidade e ao sofrimento psíquico – passou a ter seus sintomas progressivamente fragmentados pela psiquiatria e pelos manuais diagnósticos como o DSM, se afastando da compreensão psicanalítica do sujeito.

### **2.3 A fragmentação da histeria na psiquiatria**

Durante muito tempo acreditou-se que a histeria era uma condição exclusivamente feminina e, para além disso, a medicina enxergava os sintomas histéricos como “fingimento” e “mentira” (Jorge; Travassos, 2021). Essa compreensão fez com que o sofrimento dessas mulheres fosse historicamente descredibilizado. Além disso, o diagnóstico dos sintomas histéricos foi usado como justificativa para deslegitimar qualquer posicionamento feminino que contrariasse as ideias vigentes da época (Martins, 2024).

A compreensão da feminilidade passou por diversas mudanças desde a época de Freud. Naquele tempo, as mulheres não tinham direito à participação política, seus estudos eram limitados e elas frequentemente ficavam restritas às ocupações domésticas (Martins, 2024). A partir do século XX, esse cenário começa a mudar: as mulheres conquistam o direito ao voto, à educação e começam a se inserir no mercado de trabalho, criando assim uma identidade social própria (Zalcberg, 2007).

Pode-se dizer, então, que as mulheres têm mais possibilidades de espaço e participação na sociedade contemporânea, o que evidencia novas formas de expressão da feminilidade. Alguns autores, como Zalcberg (2007), compreendem que a histeria se molda ao contexto social de sua época, evidenciando a atemporalidade e capacidade de adaptação dessa neurose. Para Silva *et al.* (2019), a histeria feminina da época de Freud se relacionava com os encargos sociais aos quais a mulher era submissa à figura masculina; atualmente, por outro lado, a “nova histeria” está ligada ao individualismo e à autonomia feminina. Isso se dá devido ao novo papel que a mulher exerce na sociedade: sua entrada no mercado de trabalho não tirou suas responsabilidades sobre a casa e a família (Iaconelli, 2023).

Neste novo cenário da feminilidade, nota-se também uma mudança na percepção da histeria pela classe médica. Inicialmente, nos “Estudos sobre a Histeria” (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]), o sintoma histérico aparece através do mecanismo da conversão, no qual uma excitação ligada a um conflito inconsciente é transformada em um fenômeno somático. Diante disso, o corpo toma o lugar da palavra que não pode ser dita. Esses sintomas são o produto da fantasia inconsciente que resultam de uma busca por satisfação pulsional sexual que foi negada pelo sujeito através do mecanismo do recalque (Freud; Breuer, 1893-1895 [2016]).

Atualmente, por outro lado, a histeria se fragmentou em diversos sub-diagnósticos nos manuais médicos como o DSM-V (Jorge; Travassos, 2021). Podemos supor a fibromialgia como um exemplo desta manifestação atual, na qual o sintoma central é a dor difusa e crônica sem uma explicação física no corpo e, por ser uma condição sem causas orgânicas comprováveis – ou seja, os exames laboratoriais e radiológicos resultam normais –, ela frequentemente cai em descrédito no meio científico médico (Marques; Slompo; Bernardino, 2006).

A ausência de lesão anatômica aproxima a fibromialgia dos sintomas histéricos femininos descritos por Freud que já no século XIX se intrigava com corpos aparentemente sãos que apresentavam dores sem explicação (Marques; Slompo; Bernardino, 2006). Assim como o caso de Elizabeth von R., que sofria de dores musculares ligadas a conflitos inconscientes, alguns sintomas clínicos contemporâneos, como a fibromialgia, podem apresentar aspectos presentes nas descrições freudianas da histeria.

Essa transição também é visível na evolução dos manuais diagnósticos. A fim de buscar uma “neutralidade teórica” e afastar-se da psicanálise, as classificações como o CID e DSM renomearam a histeria, fragmentando-a em categorias como: transtornos dissociativos e transtornos somatoformes, buscando uma precisão estatística que, por sua vez, pode ignorar a subjetividade do sofrimento (Jorge; Travassos, 2021).

Desse modo, conclui-se que os sintomas histéricos passaram por diversas mudanças em sua compreensão. Se para Freud os sintomas histéricos estavam relacionados à conversão histérica, aos olhos da psiquiatria eles se fragmentaram em diversos outros diagnósticos com o passar dos anos, um deles sendo a fibromialgia (Mello, 2024).

A fibromialgia é descrita como uma síndrome identificada por dores persistentes em todo o corpo, fadiga e, em casos graves, as pacientes podem apresentar quadros paralisantes, sem possuir, contudo, lesões físicas detectáveis. A “doença da dor”, como é frequentemente chamada, é uma síndrome cujo diagnóstico se baseia primordialmente nos relatos e nas queixas subjetivas dos pacientes (Besset *et al.*, 2010).

As pesquisas epidemiológicas demonstram que essa condição apresenta um índice predominantemente feminino e apontam uma maior incidência em mulheres jovens (Besset *et al.*, 2010). Também deve-se considerar a escassez de dados epidemiológicos sobre o acometimento até a década de 1990, uma vez que existia uma limitação metodológica para compreender a real prevalência da síndrome (Marques; Slompo; Bernardino, 2006). Verifica-se uma lacuna na qual se baseavam os critérios diagnósticos, o que resultou em uma divergência nos estudos e na falta de um consenso sobre parâmetros, protocolos de encaminhamento e entendimento dos sintomas.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2025) descreve a fibromialgia como uma síndrome clínica que afeta pelo menos em 5% dos pacientes que buscam o consultório médico e, em média, 15% deles procuram a clínica especializada em diagnóstico e tratamento de doenças no sistema musculoesquelético e autoimunes. De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a cada 10 pacientes com fibromialgia, sete a nove são mulheres. A explicação médica dessa síndrome afetar o público feminino com maior frequência se mostra inconsistente e não apresenta nenhuma causa única, sendo mais comumente associada a uma combinação de fatores (SBR, 2025). Mulheres podem ser afetadas tanto antes quanto depois da menopausa, então, o fator hormonal não parece determinante (Brasil, 2025).

Ao longo de muitos anos, a histeria foi compreendida como uma condição patológica, sendo incluída no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que se configura como um manual de referência para a classificação de transtornos mentais. A fragmentação do conceito de histeria nas classificações diagnósticas atuais redistribuiu em categorias que buscam uma descrição estatística (Jorge; Travassos, 2021). Logo, o sofrimento histórico evidenciado pelo corpo que fala e expressa conflitos psíquicos é atualmente dividido pela medicina com novos rótulos no DSM-V (2014) e na CID-10/11 (2017).

Juntamente com a publicação do DSM-III em 1980, houve um esforço para retirar dos manuais diagnósticos as nomenclaturas psicanalíticas, como por exemplo o termo “neurose”. Esse processo foi necessário para criar um sistema descritivo e almejava uma suposta precisão estatística, para que pudesse ser utilizado por diferentes vertentes profissionais (Catani, 2014). O modelo diagnóstico da psiquiatria moderna privilegia critérios descritivos e operacionais, diferindo da perspectiva psicanalítica centrada na singularidade do sofrimento e na história da vida do sujeito (Jorge; Travassos, 2021). De acordo com os mesmos autores, a psiquiatria substituiu os “grandes quadros psiquiátricos” (p. 11) – assim como a histeria – pela noção de transtorno, gerando uma dispersão e fragmentação da percepção do sofrimento. Dessa forma, a histeria foi diluída e renomeada. No CID-10 (2017) o termo foi abandonado devido às suas gradações, sendo substituído pelos transtornos dissociativos e transtornos somatoformes (Catani, 2014).

Os Transtornos somatoformes descritos no DSM-IV são caracterizados como sintomas físicos que sugerem uma doença médica, mas que não podem ser explicados por tal. Embora a fragmentação das nomenclaturas tenha sido reformulada em busca de um paradigma estatístico, o problema permanece: conflitos inconscientes descarregados no corpo que fala através do sintoma. A conversão histérica, nomeada por Freud, nada mais é do que a expressão de pensamentos reprimidos transformando a excitação psíquica em sintomas (Catani, 2014). Em 2013, o DSM-V (2014) muda essa nomenclatura para “Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados”, com o objetivo de focar menos na ausência da causa orgânica e mais na angústia que o sujeito dedica aos seus sintomas. Essa fragmentação contínua pode produzir profissionais menos reflexivos, com o foco em apenas classificar e medicar a angústia, ao invés de escutar o sujeito por trás de seu sintoma (Catani, 2014). Dessa forma, excluir a histeria dos manuais diagnósticos não representa o seu desaparecimento ou o fim do sofrimento, independente da sua nomenclatura (Catani, 2014).

Por fim, nota-se que a exclusão do termo “histeria” dos sistemas classificatórios não implica, necessariamente, o desaparecimento dos fenômenos clínicos a ele relacionados, mas uma mudança em suas formas de nomeação e compreensão. Nesse sentido, torna-se fundamental uma escuta do sujeito que vá além da classificação diagnóstica.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho discorreu sobre a neurose histérica para Freud a fim de historicizar como os sintomas histéricos foram compreendidos de diferentes formas ao longo do tempo. Pode-se dizer que a psicanálise nasceu da escuta das mulheres histéricas, já que foi através da manifestação desses sintomas que Freud inicia a clínica psicanalítica. O médico, justamente por ter se intrigado com esses sintomas sem causas orgânicas e biológicas definidas, explicados apenas como acometimentos ocasionados por “serem mulheres”, passou a estudá-los. Apesar de estar inserido no meio médico e inicialmente ser influenciado por Charcot, que também era neurologista, Freud rompeu com essa perspectiva após escutar essas pacientes, que tinham seu sofrimento descredibilizado e visto como drama ou exagero.

Esse rompimento ocorreu após Freud perceber que os sintomas histéricos tinham relação com desejos conflituosos que eram recalcados e se expressavam através do corpo, tomando o lugar da palavra que não pode ser admitida. Nesse contexto no qual o sofrimento feminino sequer era considerado legítimo, permitir que as histéricas falassem livremente em seus atendimentos representou um avanço significativo para a clínica. Dessa forma, Freud postulou sobre os efeitos terapêuticos da associação livre e a definiu como a única regra em sua clínica: que seus pacientes falassem livremente, sem julgamentos ou censuras. Assim, a psicanálise deu seus primeiros passos, tendo como essência a escuta do sofrimento e a fluidez da palavra.

Contudo, com o advento da psicofarmacologia e o afastamento entre a psicanálise e a medicina, a histeria aos poucos passou a ser definida como doença e se fragmentou em outros diagnósticos. No lugar da escuta do sofrimento, a psiquiatria adotou um modelo biomédico cuja prioridade era tratar o organismo através da medicação, ou seja, não tratava a causa, apenas o sintoma. No DSM, por exemplo, a fibromialgia aparece sem causa definida ou parâmetros diagnósticos bem estabelecidos, sendo vista por muitos autores contemporâneos como um dos possíveis sintomas histéricos, assim como os transtornos somatoformes.

Enquanto a medicina muitas vezes “cala o corpo” com psicofármacos e analgésicos, a psicanálise propõe um retorno ao sujeito, permitindo que ele compreenda o sentido de seu sofrimento. Conclui-se que os fenômenos clínicos anteriormente associados à histeria permanecem presentes na atualidade sob diferentes formas de nomeação e compreensão ao longo do tempo. Apesar da fragmentação pelos manuais

diagnósticos, é indispensável recuperar a relevância da escuta clínica diante do sofrimento feminino que, historicamente, foi desacreditado.

Apesar deste trabalho discutir sobre a compreensão dos sintomas histéricos ao longo do tempo, para um maior aprofundamento seria necessário mais tempo, uma base teórica mais abrangente e experiências clínicas na prática, sendo assim, não se descarta a possibilidade de complemento deste tema posteriormente. Ademais, os sintomas histéricos são extremamente complexos e não se resumem apenas às formas de apresentações mencionadas no decorrer do texto.

Através da discussão elaborada, pode-se verificar, por fim, que a histeria nunca “desapareceu”, ela apenas passou por diversas mudanças em sua compreensão ao longo do tempo. Contudo, mesmo com essas transformações, permanece como verdade a importância de escutar o sofrimento do sujeito e entender como seus sintomas se relacionam com sua história, sem simplificá-lo a apenas um novo nome no manual diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BESSET, Vera Lopes; GASPARD, Jean-Luc; DOUCET, Caroline; VERAS, Marcelo; COHEN, Ruth Helena P. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1245-1269, dez. 2010. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/09.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2026.

CATANI, Júlia. Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 47, n. 86, p. 115-134, 2014. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352014000100012&script=sci\\_abstr act](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352014000100012&script=sci_abstr act). Acesso em: 30 mai. 2026.

COSTA, Teresinha. **Édipo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FREUD, Sigmund (1898-1935). **Amor, sexualidade, feminilidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef (1893-1895). **Estudos sobre a histeria**. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

FREUD, Sigmund. Tratamento Psíquico (1890). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. 1. ed. Autêntica Editora, 2017.

FREUD, Sigmund. O método psicanalítico freudiano (1905). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. 1. ed. Autêntica Editora, 2017.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. 1. ed. Autêntica Editora, 2017.

FREUD, Sigmund (1910-1927). **Neurose, psicose, perversão**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

FREUD, Sigmund (1901-1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

JORGE, Marco Antônio Coutinho; TRAVASSOS, Natália Pereira. **Histeria e sexualidade: clínica, estrutura, epidemias**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

LONGHINI, Cintia Ribelato. **Impasses do feminino ao passe da feminilidade: a clínica psicanalítica entre feminino e histeria**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 119 f. 2022. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/srv-c0003-s01/api/core/bitstreams/2252984c-7235-4c8f-91ce-252e22bae956/content>. Acesso em: 30 mai. 2026.

MARQUES, Thais Krukoski; SLOMPO, Silva; BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. IX, n. 2, p. 263-278, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017559006.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2026.

MARTINS, Flávia Ripoli. Feministas, pacientes e analistas: as mulheres na origem da psicanálise. **Percurso**, São Paulo, Brasil, v. 36, n. 72, p. 29-38, 2024. Disponível em: <https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/1501>. Acesso em: 30 mai. 2026.

MELLO, Fernanda Rubin De. **O desaparecimento da histeria em psiquiatria: uma busca do DSM-I ao DSM-5-TR**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria, Porto Alegre, 29 f., 2024. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/284066/001240624.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 mai. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde. **9 verdades sobre a fibromialgia**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2025/fevereiro/9-verdades-sobre-a-fibromialgia>. Acesso em: 29 mai. 2026.

NASIO, Juan-David. **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: EDUSP, 2017.

POLI, Maria Cristina. **Feminino e masculino**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia: sintomas, diagnóstico e tratamentos**. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/12-de-maio-conscientizacao-mundial-sobre-a-fibromialgia/>. Acesso em: 29 mai. 2026.

SÉDAT, Jacques. **Compreender Freud**. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

SILVA, Andressa Francislayne da; BRAGA, Thallyta Rickelle de Souza; RODRIGUES, Daniella Alves; SILVA, Andreza de Moraes; BRASIL, Pedro Sodré; CABRAL, Raissa Ellen Barbosa; MOURA, Gabriela Costa. Histeria: o que mudou na pós-modernidade? **Ciências Humanas e Sociais**, Alagoas, v. 5, n. 2, p. 55–64, maio de 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/6236/3353>. Acesso em: 30 mai. 2026.

TAVARES, Gilson Iannini Pedro Heliodoro. Apresentação. In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. 1. ed. Autêntica Editora, 2017.

ZALCBERG, Malvine. **Amor paixão feminina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

## CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Autor: Amanda Luiza Matiello;

Autor: Larissa Lima de Menezes;

Orientador: Janaina Mazutti dos Santos;