



# ELAS CONTINUAM LOUCAS: DE QUE SERVIRIA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE UMA RELEITURA DOS TEXTOS DE FREUD SOBRE A HISTERIA?

THEY CONTINUE TO BE CRAZY:  
IS IT USEFUL FOR THE PUBLIC HEALTH SERVICES TO  
REREAD FREUD'S CLASSICAL TEXTS ABOUT HYSTERIA?

**Rosana Teresa Onocko Campos**

Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social / Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp. Coordenadora do Grupo de Pesquisa: Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces

Correspondência

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Caixa Postal 6111 - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - CEP 13083-970 - Campinas - SP - Brasil  
E-mail: rosanaoc@mpc.com.br

## RESUMO

Neste texto, realiza-se uma releitura de certos conceitos clássicos de Freud sobre a histeria tentando relacioná-los à clínica que é possível efetuar nos serviços públicos de saúde. Casos de ambulatório público de psicanálise, de centros de atenção básica à saúde e de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são utilizados como exemplo e ilustração. Conclui-se que a clínica freudiana da histeria ainda é importante nos serviços públicos do contemporâneo e que ela poderia subsidiar intervenções curtas, porém destinadas a produzir um desvio na implicação dos sujeitos com seus sintomas. Aponta-se o risco de ofuscar a potência dessa clínica sob a influência das correntes condutistas ou neurobiológicas.

## PALAVRAS-CHAVE

Psicanálise. Serviços públicos. Clínica da histeria.

## ABSTRACT

In this paper, a rereading of some classic Freud concepts on hysteria is done in order to establish a relationship between them and the clinical interventions that are possible in the public health services. Cases from a public psychoanalysis clinic, from a primary care unit and from a CAPS (Psychosocial Center) are used as an example and an illustration. It is concluded that the Freudian clinic of hysteria still has a place in the contemporary public health services and that it could support short interventions but aimed at producing changes on the subjects symptom's implication. We point out the risk to obfuscate the power of this clinic under the influence of the conductism and neurobiology streams.

## KEY WORDS

Psychoanalysis. Public health services. Hysteria clinic.

[...] elas são insanas, como somos todas nos sonhos.  
(FREUD, 1980a)

Quando Freud começou a, em 1893, suas publicações sobre a histeria, ele estava de fato preocupado com uma doença prevalente? Digo, seriam as histéricas no século XIX em Viena tão incômodas e numerosas como as políqueixosas dos Centros de Saúde hoje? Procuraremos uma aproximação aos textos do homem que - surpreendentemente para a época - se propôs a escutar o sofrimento dessas mulheres e que assim se fez famoso, fez-se autor por meio delas, mas devolveu-lhes em troca a possibilidade da palavra, ali onde ela faltava, fazendo sentido no corpo<sup>1</sup>.

Em pleno século XXI, depois de Levi Strauss e Malinowski, após a linguística estrutural, Saussure e Jakobson, falarem de simbólico parece-nos óbvio. Uma categoria quase natural que teríamos desde sempre conosco, prestes a colocá-la em operação. Hoje as estratégias terapêuticas neocondutistas ou centradas exclusivamente no biológico parecem ter enviado o simbólico ao porão das tralhas velhas... Em 1893, Freud e Breuer (1980a), escrevem:

Em outros casos a conexão causal não é tão simples. Consiste apenas no que se poderia denominar uma relação "simbólica" entre a causa precipitante e o fenômeno patológico - uma relação do tipo da que as pessoas saudáveis formam nos sonhos. Por exemplo, uma neuralgia pode sobrevir após um sofrimento mental, ou vômitos após um sentimento de repulsa moral [...].

Freud havia descoberto que as pacientes não se lembravam da "causa" do seu sofrer. Nesse momento de sua obra, o que lhe inte-

ressava mostrar era a possibilidade de uma cura dos sintomas após sua rememoração:

É que verificamos, a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras. A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produz nenhum resultado. O processo psíquico originalmente ocorrido deve ser repetido o mais nitidamente possível; deve ser levado de volta a seu status nascendi e então receber expressão verbal. (FREUD; BREUER, 1980a).

Para Freud, não é o trauma o agente provocador que desencadearia o sintoma, é sua lembrança:

[...]da mesma forma que um sofrimento psíquico que é recordado no estado consciente de vigília ainda provoca uma secreção lacrimal muito tempo depois de ocorrido o fato. Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências (FREUD; BREUER, 1980a).

Assim, nesse momento da construção da obra freudiana, o que interessava a ele não era contestar a teoria traumática, senão detalhar como os afetos estavam associados a lembranças antigas, mostrar como esses afetos poderiam estar em jogo na histeria e, também, sua relação "simbólica" com os sintomas apresentados. Freud conclui:

<sup>1</sup> O mesmo teria feito Ulisses com as Sereias, salvá-las do esquecimento... Assim lhes agradecendo por ter-se tornado o primeiro grande narrador graças a elas (GAGNEBIN, 1997).

Nossas observações não trazem nenhuma nova contribuição para esse assunto, mas lançam luz sobre a contradição entre a máxima 'a histeria é uma psicose' e o fato de que, entre os histéricos, podem-se encontrar pessoas da mais lúcida inteligência, da maior força de vontade, do melhor caráter e da mais alta capacidade crítica. Essa caracterização é válida em relação a seus pensamentos em estado de vigília, mas, em seus estados hipnóides, elas são insanas, como somos todos nos sonhos. Todavia, enquanto nossas psicoses oníricas não exercem nenhum efeito sobre nosso estado de vigília, os produtos dos estados hipnóides intrinsecamente se na vigília sob a forma de sintomas histéricos' (FREUD; BREUER, 1980 a).

Freud, que não fugia das regras da produção do conhecimento científico de seu tempo, oferece-nos algumas descrições meticulosas que poderíamos reconhecer em muitas de nossas pacientes de hoje: o mundo continua cheio de Annas!

A própria paciente fora sempre saudável até então e não havia mostrado nenhum sinal de neurose durante seu período de crescimento. Era dotada de **grande inteligência e aprendia as coisas com impressionante rapidez e intuição aguçada**. Possuía um intelecto poderoso, que teria sido capaz de assimilar um sólido acervo mental e que dele necessitava - embora não o recebesse desde que saíra da escola. Anna tinha **grandes dotes poéticos e imaginativos**, que estavam sob o controle de um agudo e crítico bom senso. Graças a esta última qualidade, ela era inteiramente não sugestível, **sendo influenciada apenas por argumentos e nunca por meras asserções. Sua força de vontade era vigorosa, tenaz e persistente; algu-**

**mas vezes, chegava ao extremo da obstinação, que só cedia pela bondade e consideração para com as outras pessoas.** Um de seus traços de caráter essenciais era a **generosa solidariedade**. Mesmo durante a doença, pôde ajudar muito a si mesma por ter conseguido cuidar de grande número de pessoas pobres e enfermas, pois assim satisfazia a um poderoso instinto. **Seus estados de espírito sempre tenderam para um leve exagero, tanto na alegria como na tristeza; por conseguinte, era às vezes sujeita a oscilações de humor. A noção da sexualidade era surpreendentemente não desenvolvida nela.** (FREUD; BREUER, 1980b, grifo nosso)

Na um pouco longa citação acima, destacamos com negrito alguns aspectos que aparecem com bastante frequência em consultas de mulheres nos serviços públicos de saúde. Quantas das numerosas chefas de família que conhecemos na periferia das grandes cidades brasileiras não são assim: mulheres dotadas de inteligência, sensibilidade e "chegadas em um exagero". Essa capacidade de doar-se ao outro faz parte da estratégia de sobrevivência de muitas comunidades, ao mesmo tempo em que exacerba a *nouvelle* familiar de muitas famílias em crise, choros e reprodução sem fim de famílias sem pai, sem saída.

Alba<sup>2</sup> conta-me que é professora, **igual ao seu marido**, e **sofre dos nervos há alguns anos**. Diz-me que quanto mais se sabe mais se sofre e que precisa de um psicólogo de cabeceira. Descobre meu sotaque e convida-me para que trabalhe em "portunhol"<sup>3</sup> (Talvez alguém possa ajudá-la a se traduzir a partir de outra língua? Como Anna, que só falava inglês ao seu analista que falava alemão). Sofreu com uma operação de hipófise e desde então toma

<sup>2</sup> Nome fictício.

<sup>3</sup> A autora é argentina...

hormônios e outra medicação para os nervos.

Ela é **solidária, preocupa-se com os outros e tem amigos**. O marido não gosta disso, ele só se preocupa com coisas materiais. Ela não. "*Minha vida são meus filhos. Quero morrer porque meu filho não mora mais conosco*". Já na nossa primeira sessão, quando dela me despeço e combino nosso próximo encontro, começa a chorar e a contar que ela "*não tem libido, não dorme com o marido, usam quartos separados*" (Mais ainda? Ela estica a sessão e me deixa com vontade de 'saber mais').

Não veio à segunda sessão e depois me conta que chegou atrasada. Diz que outra pessoa do ambulatório ligou para ela, mas que ela queria 'fazer comigo'. Pergunta se serei sua amiga. Ofereço-me para ajudá-la a reescrever sua história, serei sua secretária, proponho (com a ideia de produzir um deslocamento entre o que ela demanda, que é da ordem da amizade, e uma outra posição possível de trabalho (secretária), isto pareceu sustentar o início de uma relação transferencial). Ela parece contente com essa ideia. Ela própria trabalha como secretária da escola desde que foi readaptada, sente-se meio café-com-leite (meio pouca coisa) nesse cargo. Da mesma forma, insiste: não é ela que deveria fazer terapia; é o marido, mas ele não quer (o que ela quer?).

Fala de suas oscilações de humor: passa da felicidade à tristeza muito rapidamente. Ela foi escolhida para puxar o grupo de oração do bairro. Ter sido escolhida a deixa muito feliz. E ao marido, feito uma fera. O marido não tem ciúme de amor, "é ciúme de posse... Odeio grito, ele se realiza quando consegue me fazer perder o controle... Ele me perturba...". Conta que a família do marido é da roça e de muito gritar e falar palavrão... "O ano que casei foi o ano da seca. O que me mata desde o começo é a aspereza (morre pelo filho que sai de casa, morre pela aspereza, aspectos que ela associa à falta de amor), me faltou esse carinho. Ele só dá

esse suspiro assim na hora do sexo" (ela deseja dele suspiros de amor?). Alba conta durante toda a sessão e com profusão de detalhes os gestos grossos do marido...

Utiliza a metáfora do gato e do cachorro; ora são o gato e o rato... Tom e Jerry, diz se ver assim: correndo em círculos com seu marido. Conta de uma briga na qual ela jogou guaraná no rosto dele e ele lhe atirou um garfo, que a espetou logo embaixo do olho. As marcas do garfo estão no seu rosto, visíveis (já o guaraná no rosto dele não deixou a sua marca). Começa a perguntar-se: e se não tivesse casado? Mas aí não teria os filhos que são "a sua vida" (a vida está nos filhos! e no casamento, o que há?). Casar, então, tudo bem, mas não deveria ter vindo para São Paulo; ficar lá, no interior, perto de sua mãe. Pergunta-se mais: será que está certo isso de brigar assim, dar maus exemplos aos filhos? Intrigas entre casais? (Sic: quais casais?) Ela pergunta pelo certo e pelo errado, mas deixa uma entrada que permite questionamentos sobre sua posição subjetiva. O que se faz possível, pois quem escuta se mantém em uma posição de não deter as respostas que ela busca (senão desandaria para uma espécie de aconselhamento...)

Alba precisa controlar a duração da sessão. Ela olha o relógio e decide quando parar. O alibi é o horário do ônibus. Às vezes chega mais cedo no caso de eu estar livre. Ela marca sempre o final de nosso encontro, como se não agüentasse que eu fizesse o corte (trabalhar com o corte da sessão na transferência poderia ser uma forma de abrir mão do controle permitindo que surja algo que lhe indique uma posição possível sobre o seu próprio desejo).

Alba se diz carente; mas não de sexo. Só de carinho: mãos dadas, chamego; isso é o que ela quer. Ele não: ele consegue separar sexo de amor. Conta, muito ofendida, que lhe apareceu um admirador. É o ex-marido de uma amiga: ela se sente revoltada, ofendida, pois acha que seu pretendente quer é tirar-lhe a amizade da

amiga. Amizade: o que ela mais preza. Pergunto como foi para ela se sentir desejada apesar da 'saia justa'. Ela responde: "justa? Rasgada, rasga tudo..." "Tudo o quê?", pergunto. Ela responde: "até a periquita".<sup>4</sup> Mas aí volta para o cachorro e o gato. Fala em sair da roda, ficar à margem...

Está desapontada, pois só come: tem ansiedade de comer. Ficou com barriga da época do Cushing (doença por excesso de um hormônio que efetivamente produz esse efeito), quando descobriram o tumor de hipófise. Divorciar? Não, ela não teria coragem de colocar ele na rua, ela que deveria sair. Para um "quarto e cozinha", por ela tudo bem, mas aí tem pena da filha, que perderia suas comodidades, coitada, não merece... Seus filhos são ótimos! Têm força de vontade, o menino passou no vestibular e a menina fará este ano. Isso eles puxaram dela. Ela tem muito orgulho.

Conta-me que seus pais brigavam muito. Mas é que eles colocavam o amor que sobrava nas filhas (Alba e sua irmã mais nova). Não tem trauma. Eles não gritavam. "Meu marido não vai comigo no supermercado, vai com minha filha... Eu também colocava a roupa de meu pai na cama. Eu me casei virgem. Eu 'dengava' meu paizinho".

Ela e seu marido conheceram-se na escola, "ele era um menino muito puro... Ele falou que eu ia me casar, mas não ia ficar com ele e eu prometi que ficaria com ele a vida toda... Achei que era por ele ser pobre, mas não..." Alba diz que ele só foi estudar porque ela insistiu. Formado professor, ele veio para São Paulo e ela começou a estudar também. Ficou quatro anos morando lá com os sogros e ele cá. Quando veio para cá já tinha os dois filhos. Lindos! Ele (o marido) só grita, ele só sossega quando a faz "perder o controle". "Acabou o encanto. Quando estava doente, ele cuidava de mim. Agora não: ele me cobra, ele me perturba". Repete que ela não suporta grito. Esse é um dos motivos pelos quais foi readaptada no seu trabalho

escolar (não suportava a gritaria das crianças). Diz que seu avô paterno era muito possessivo. Isto interroga sobre a sua necessidade de manter o controle, até que o marido com o 'grito' faz com que ela perca o controle e aí ela se perde? Perde-se no que? E o que ela deseja?

Antes das férias, pergunta-me se pode trazer um doce caseiro para mim. Respondo que sim. E na sessão seguinte chega com uma pequena travessa de bolinhos de chuva, que fritara logo de manhã. Ela é que coloca a data de volta das férias... Alba: sempre no comando.

A incapacidade para o atendimento de uma demanda amorosa real é um dos traços mais essenciais da neurose; os doentes são dominados pela oposição entre a realidade e a fantasia. Aquilo por que mais intensamente anseiam em suas fantasias é justamente aquilo de que fogem quando lhes é apresentado pela realidade, e com maior gosto se entregam a suas fantasias quando já não precisam temer a realização delas (FREUD, 1980c).

Como Alba, que não pode aceitar o amor do marido (que, apesar de grosso, convida a voltar para a cama conjugal toda semana), nem do novo pretendente, apesar de passar a vida a lamentar que carece dele, desse amor! - Serge André (1998) diz-nos que o que quer uma mulher é o amor...

Atendo Alba em um ambulatório público de psicanálise, o que facilita um pouco a questão do enquadramento de trabalho. Combinamos os horários, a frequência semanal e a regra do tudo dizer. Um dia em que precisei trocar um horário de atendimento, disse ter ficado muito "prestigiada" pelo fato de eu ter ligado para sua casa, pessoalmente. "Minha médica liga para mim: um luxo", diz, mas, às vezes, me chama de psicóloga. Trago este caso para exemplificar a possibilidade de trabalho clínico em um lugar pú-

<sup>4</sup> Um traço lá onde literalmente não há nada, nem representação, como diria Serge André (1998).

blico e como pouco a pouco, apesar de ser recente nosso encontro, a paciente pode começar a implicar-se sob a forma de algumas perguntas...

Alba faz parte desta legião de mulheres lutadoras, trabalhadeiras, que desejaram sair do seu lugar de origem (de nascimento), mas que se enrolaram no meio do caminho de sua identidade, com os sintomas no corpo, perdendo a possibilidade de acessar a sua própria sexualidade de uma maneira um pouco menos sofrida (ALONSO; GURFINKEL; BREYTON, 2002; KEHL, 2007).

Surgem agora várias perguntas importantes. Em que condições ocorre semelhante formação simbólica patológica [e] (por outro lado) semelhante recalçamento? Qual a força ativa que intervém? Em que estado se encontram os neurônios da ideia excessivamente intensa e os da ideia recalçada? Nada se poderia depreender disso e nada mais se poderia construir, se a experiência clínica não nos ensinasse dois fatos. Primeiro, que o recalçamento é invariavelmente aplicado a ideias que despertam no ego um afeto penoso (de desprazer) e segundo, as ideias provenientes da vida sexual (FREUD, 1980a).

Freud, nas *Psiconeuroses de defesa* [1894] (FREUD, 1980d), explicava uma das modalidades de clivagem do Ich e a existência de uma "representação irreconciliável" (sexual). Nessa clivagem, a representação é separada do afeto (excitação) que a acompanha, de tal modo que a representação forte se transforme em inofensiva, sendo a excitação é referida ao corpo, o que caracteriza a defesa por conversão.

No 'Projeto', na parte II do caso Emma, Freud expõe a cadeia de significantes e alinha como os significantes conscientes e os recalçados articulam-se. O 'susto' (do "trauma") agiria só depois e ele estaria associado - na histeria - ao

desprazer. Neste momento, Freud também mantém a importância da passividade da experiência. Por isso, a passividade sexual 'natural' da mulher estaria por trás da prevalência da histeria entre as mulheres. Ele associava até então a libido ao masculino e o recalque ao feminino, mas abandonaria essa ideia em carta a Fliess, de 1897 (ANDRÉ, 1998).

Nos estudos sobre a histeria, no caso da Srta. Anna O., Freud tenta, durante longos parágrafos, convencer seus leitores de que sua paciente "não mentia". Da mesma maneira, na escuta destes casos, não deveria ser a tentativa de elucidar o que de "verdade" aconteceu em certas famílias, o que oriente os casos, senão um manejo da relação verdade/mentira à maneira como a analista tomou os relatos de Alba, algo que leve ao sujeito a se perguntar sobre suas verdades e a se responsabilizar pelos seus atos:

Surge agora a questão de determinar até que ponto se pode confiar nas declarações da paciente e de saber se as ocasiões e o modo de origem dos fenômenos foram realmente tais como ela os representou. Quanto aos fatos mais importantes e fundamentais, o grau de confiabilidade de seu relato me parece estar fora de dúvida. Quanto ao fato de os sintomas desaparecerem depois de "verbalizados", não posso empregar isso como prova; é bem possível que isso se explique pela sugestão. Mas sempre achei que a paciente era inteiramente fiel à verdade e digna de toda confiança. As coisas que me relatou estavam intimamente vinculadas com o que lhe era mais sagrado (FREUD, 1980a).

Freud insiste em encontrar algum sentido naquilo que se apresenta sem sentido: como é que uma música para dançar fazia sua paciente tossir? E para isso aposta em uma aliança de fé e coragem com suas pacientes. O que Anna se recorda durante a hipnose faz sentido, mas no

estado de vigília ela "não tinha conhecimento de tudo isso". Anna vivia entre dois estados de consciência que se alternavam lado a lado: o primário, em que ela era bastante normal e o secundário, que se assemelhava a um sonho, pela abundância de produções imaginárias e alucinações, constituindo assim um tipo de alienação. Igual a Belém<sup>5</sup>.

Belém foi internada por uma "depressão". Tinha então 21 anos. Na alta, é vinculada a um CAPS da cidade no qual é atendida por um curto período de tempo e depois some. Volta 6 meses depois, muito desorganizada, falando de um aborto. Comporta-se de maneira um pouco pueril e infantilizada no CAPS, mas a família conta que em casa ela é competente e sumamente cuidadosa com os afazeres domésticos. Fez o colegial e tinha um namorado, o primeiro e único até a internação. Naquela depressão ela ficou trancada por dias a fio, em casa, quase sem comer, a mãe disse não saber como ela não morreu.

A equipe solicitou um benefício para ela, que chegou em nome da mãe. Isso desencadeou uma crise de agitação e agressividade contra a mãe<sup>6</sup>. Ela foi criada pela avó. A família é enorme e muito pobre. Belém sofreu uma drástica redução de deveres e afazeres desde que adoeceu. Há épocas em que sofre de alterações alimentares: come muito pouco e diz que está magra, pois "tem uma cobra dentro dela que come pedaços do corpo dela".

Belém se parece a Anna com seus dois estados de consciência. A equipe debate-se com dúvidas diagnósticas (ela é louca ou "atua?"), querendo saber se o que Belém diz é verdade ou não. Receitam lanzapina; nos últimos quatro anos têm buscado formas de colocá-la em um lugar de maior investimento, mas "ela nunca conseguiu", ela não suporta ser investida. A uma profissional, que saiu

de braço dado com ela para uma caminhada, diz: "por que minha mãe nunca saiu assim comigo?". Belém é atendida há quatro anos no CAPS e é assistida com bastante dedicação, mas ninguém se dispôs a escutá-la de alguma maneira que não fosse "ao pé da letra", ninguém pôde oferecer hipóteses diagnósticas que não fossem humorais. É importante aqui marcar a diferença entre fazer uma hipótese diagnóstica sobre os sintomas (CID) e sobre a posição subjetiva, questão que a equipe tem dificuldade de diferenciar da mera coleção de sintomas. A equipe é muito responsável no seu tratamento, porém ninguém a responsabilizou até agora por nada. Tentam convencê-la de que deve trabalhar, de que deve tomar cuidado com sua agitação e com certa exposição de si mesma que ela faz, mas já nos dizia Freud:

Todos os que assim falam dos pacientes estão certos, a não ser num único ponto: desconsideram a distinção psicológica entre consciente e inconsciente, o que talvez seja permissível quando se trata de crianças, mas com adultos já não tem cabimento. Por isso é que de nada servem todas essas afirmações de que é "apenas uma questão de vontade" e todas as exortações e insultos dirigidos ao doente. Primeiro é preciso tentar, pelas vias indiretas da análise, fazer com que a pessoa convença a si mesma da existência dessa intenção de adoecer (FREUD, 1980c).

Ali onde podemos ver e ouvir uma mulher às voltas com sua feminidade, com seu sexo, com sua mãe, com "as cobras" (como as que temia Anna O., paciente de Freud), os dispositivos de saúde mental não puderam trazer à tona sua fala, seu discurso com suas falhas e não somente seus sintomas... Um pouco de Freud aí?

<sup>5</sup> Nome fictício.

<sup>6</sup> Isso lembra a pulseira que a mãe de Dora desprezava e Dora cobiçava....

Os fenômenos patológicos são, dito de maneira franca, a atividade sexual do doente. Um caso isolado nunca permitirá demonstrar uma tese tão geral, mas só posso repetir vez após outra, pois jamais constato outra coisa, que a sexualidade é a chave do problema das psiconeuroses, bem como das neuroses em geral. Quem a desprezar nunca será capaz de abrir essa porta. Ainda aguardo as investigações capazes de refutar ou restringir essa tese. O que tenho ouvido até agora não passam de manifestações de desagrado pessoal ou de incredulidade, às quais basta contrapor o dito de Charcot: "Ça n'empêche pas d'exister"<sup>7</sup> (FREUD, 1980c).

Freud sustentará claramente as teorias da etiologia sexual no caso Dora. Não que ele não viesse apontando isso antes, como mostra o 'Projeto'. Mas ele fez sua terapêutica evoluir; parte das mudanças de sua técnica, ele apresenta-nos assim:

[...] desde os Estudos, a técnica psicanalítica sofreu uma revolução radical. Naquela época, o trabalho [de análise] partia dos sintomas e visava a esclarecê-los um após outro. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeados com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. Apesar dessa aparente desvantagem, a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível (FREUD, 1980c).

Em 'Dora', Freud brinda-nos com os detalhes de como trabalha. Apresenta alguns princípios que vigoram até hoje na psicanálise e que poderiam ajudar em muito as práticas clínicas nos serviços de saúde. Aquela senhora poliqueixosa, que vem todo santo dia à UBS, diz a verdade?

"Mas eu resolvera desde longa data suspender meu juízo sobre o verdadeiro estado de coisas até que tivesse ouvido também o outro lado", responde Freud (1905). E ainda nos aconselha:

Pela natureza das coisas que compõem o material da psicanálise, compete-nos o dever, em nossos casos clínicos, de prestar tanta atenção às circunstâncias puramente humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos. Acima de tudo, nosso interesse se dirigirá para as circunstâncias familiares do paciente - e isso, como se verá mais adiante, não apenas com o objetivo de investigar a hereditariedade, mas também em função de outros vínculos (FREUD, 1980c).

Com relação à Belém, vale a pena acentuar a importância de se poder escutar a verdade do sujeito, e também a da função do sintoma em relação à própria história de vida. Ela entra em crise quando recebe um benefício que não a diferencia da mãe, pois vem marcado pelo "nome da mãe", reforçando uma relação de espelhamento, especular, e espetacular. Pode-se pensar na anorexia, quando ela refere que algo a come por dentro... Sintoma que de fato ela apresenta de vez em quando.

Como no caso de Tália, de seis anos, que chegou a um Centro de Saúde (CS) encaminhada pela escola, pois ela não se defende. "Parece uma pequena adulta" disse a professora à mãe. A mãe se queixa da vida e diz que vivem com o

<sup>7</sup> A tradução é que isto não impede de que exista.

pai da menina, um avô e um tio que bebe. Todos da família do pai. Dormem pai, mãe e filha, todos no mesmo quarto, pois não há outro. A cama da menina e a dos pais estão em contiguidade. A mãe diz que vive para e pela filha. Na conversa, a menina desenha um corpo no qual saem como duas cabeças: ela e a mãe, me informa. Proponho à mãe que nos encontremos algumas vezes para conversar e sugiro que ela coloque algo entre as camas: ter algo no meio! Solicito que peçam permissão ao pai para vir me ver.

No seguinte encontro, a mãe me conta que separou as camas, que a menina dormiu melhor e o pai ficou contente. Ele autorizou nossas conversas. Está desempregado. A filha faz chique quando não compram tudo o que ela quer - conta-me a mãe na frente da menina. A menina diz à mãe que essa fala a envergonha. A seguir, conta-me que está com ciúmes do pai, pois ele dá muita atenção ao irmão alcoólatra. Falo com ela sobre a importância dos pais, de como poder ter sua ajuda sem precisar de "pitis". Nossos encontros acabam em poucas semanas, segundo combinamos. No ano seguinte, encontro a mãe, grávida e sorridente. Tália está bem - me diz - vai bem na escola, está com um pouco de ciúmes do irmão que nascerá em breve.

No caso acima gostaria de ilustrar como uma escuta qualificada pode sustentar práticas embasadas de intervenções breves, que, não sendo psicanálise, não se constituam mera "perfumaria": uma mãe e um pai em apuros, um momento difícil de suas vidas, no qual eles fraquejam no exercício de sua função, isso não quer dizer que seus cargos estejam vacantes. Um pai que está perdido em sua própria cadeia de masculinidade: mora com seu próprio pai, seu irmão é alcoólatra, ele perde o trabalho: como sustentar nesse momento um 'não' firme à filha? E a mãe, que se sente de repente casada com um infeliz, como reconhecê-lo no seu devido papel mascu-

lino e potente? Ali pequenas dicas podem por um mundo a funcionar: peçamos permissão ao pai, digamos a ele que queremos sua atenção, devolvamos a ele a cama com sua mulher... E à mãe lembremos que seu lugar não é grudada à sua filha, senão ao lado do seu companheiro, de pé para a próxima batalha.

No "Fragmentos da análise de um caso de histeria", Freud empreende uma tarefa difícil para sua época. Apresentar explicitamente para a comunidade científica a etiologia sexual das neuroses. Às vezes, pergunto-me se ele de fato teve êxito, pois apesar de a psicanálise ter se constituído como uma disciplina marcante para o século XX, hoje, em pleno século XXI, vemos ressurgir um aluvião de tecnologias que dariam conta de descobrir as causas de uma dor. Do que não dão conta é de achar um sujeito aí. Contudo, às vezes, algum profissional pode se mostrar mais sensível, pode pedir ajuda a outro, vejamos...

O Dr. A. é jovem, recém formado e trabalha nesse Centro de Saúde (CS), pois não entrou na residência que gostaria. Está se preparando para tentar de novo no fim do ano. É um bairro muito carente de serviços, não há água encanada nem esgoto e o CS é novo na região. Vou a essa Unidade uma vez por semana com os alunos de medicina. A. me confessa 'sofrer' com a quantidade de casos de saúde mental, diz se sentir inseguro e sem saber o que fazer em muitos casos. Ofereço-me para ver com ele - ou para ele - alguns casos, talvez se ele escolhesse os casos que lhe deram mais trabalho na semana... Ele aceita encantado e espera-me toda semana com uma pilha de histórias clínicas; para algumas, mais duvidosas, combinamos que conversarei com os pacientes e assim são agendados para a semana seguinte.

Assim conheço Sandra<sup>8</sup>. Ela vai todo dia ao CS para pedir uma tomografia computadorizada

<sup>8</sup> Nome fictício.

da cabeça de sua filha, pois - diz - a menina é 'retrasada'. O Dr. A. já tinha perguntado pelo rendimento escolar e a mãe diz que é bom. Recebo as duas, mãe - Sandra - e filha - Joana -<sup>9</sup> de 15 anos. Joana fala pouco, a mãe fala dela e por ela. Joana parece um pouco pueril, infantilizada. Sandra conta que moravam em São Paulo e uma psicóloga lá "forçou a barra" para contar à Joana que o marido de Sandra não é seu pai. O marido de Sandra não quer que Joana veja o pai, mas eles se conhecem apesar da distância, já que o pai continua a morar em São Paulo. O pai enviou à menina uma bicicleta de presente, mas o padrasto não a deixa utilizar.

Peço licença para entrevistar Joana a sós, já que vejo que não fala na presença da mãe e Joana me diz: "minha mãe não acredita em mim, ela acredita na fala de meu padrasto que diz que eu tenho miolo mole". Ela diz que gostaria de ver mais seu pai e falamos de como isso será possível na medida em que ela cresça, estude e trabalhe para se tornar autônoma de sua família. Essa ideia parece agradar muito Joana. Esta será a única entrevista com Joana, a quem encontraria brevemente na semana seguinte, sorridente, e que me contaria que, apesar de não saber espanhol, passou um dia inteiro falando esta língua!

Já Sandra encontrar-se-ia comigo durante várias semanas e contar-me-ia sua vida: não ama o marido, não gosta de nada. Só da filha. O pai da Joana foi seu grande amor e a traiu, pois não quis a gravidez. Mas ela sustentou a gravidez "contra" a vontade do companheiro. Ele se foi. O atual marido a acolheu ainda grávida. Não quer que ela viaje a São Paulo por ciúme do outro. Tem mais um filho, ao qual ele paparica e valoriza, afinal ele é um menino!

Sandra perdeu a mãe com 3 anos, ela morreu de câncer, ela "tinha se preterido pelos filhos e definiu". Sandra vê-se semelhante à sua mãe. Diz que escolheu uma vida como a dela,

dedicada aos outros. É irmã mais nova e apaixonou em mãos de suas irmãs que nunca a souberam ajudar. Elas são invejosas. Reclama de que a filha não é feminina. Pergunto por que seria se ser mulher é tão ruim. O tempo todo ela foge de implicar-se e embrulha-se em um discurso sobre os outros. Tudo é muito pobre, nada será possível. Nada pode. Trago a questão da Joana como uma oportunidade: a adolescência de uma filha mulher outorga a uma mulher uma chance inédita de repensar a própria feminidade, a própria sexualidade... Pergunto: cadê a Sandra? Ela chora e depois ri. Começa a vir mais sorridente e arrumada. Nunca falta, chega no horário. Conta que começou a ensinar a escrever a um vizinho, que é analfabeto, e acha que está se apaixonando por ele, pois "ele lhe dá valor"...

Freud, no caso Dora, redefine a histérica como aquela apaixonada pelo pai, já não mais sua vítima. O pai não mais seria o perverso que impõe à sua filha sua sedução senão aquele a quem ela elege. Neste momento de sua obra, Freud ainda pensa no Édipo feminino como um simétrico do masculino: a menina veria sua mãe como uma rival, nada mais. Isso lhe impede de avançar nesse caso em particular, ele próprio fará essa autocrítica.

É muito depois em sua obra (entre 1920 e 1925), que ele articulará a dupla polaridade do Édipo feminino e destacará a fixação primária na mãe. A identificação com a figura materna é na mulher a mola mestra da saída do Édipo, mas isso será sempre difícil e tenso, um amor ambíguo. Vemos nos casos de Alba, Belém, Sandra e Joana como essa cadeia de identificações femininas entre as gerações estava atrapalhada. O que é ser uma mulher? O que transmitiram as mães delas sobre isto? Se sua mãe fala o tempo todo que é só sofrer, então melhor não ser...

As sessões semanais ao longo de um semestre permitiram a Sandra - se não obviamente resolver essas questões - ter um espaço para depa-

<sup>9</sup> Nome fictício.

rar-se consigo mesma. Pelo menos ela já não estava preocupada em saber o que a filha tinha dentro da cabeça (o pedido de tomografia cessou), senão se perguntando o que fazer com sua vida...

Haveria como que conversões no corpo do outro? Vemos cotidianamente mulheres históricas fazendo sintoma no corpo dos seus filhos(as). Se em vez de uma escuta tivesse sido oferecida a Sandra uma tomografia, o desfecho seria melhor? Provavelmente Joana teria entrado numa cadeia de medicalização e teria um monte de estudos em vez de um sonho: crescer, sair dali, fazer sua vida.

Como já dissemos, Freud desenvolve no caso Dora (cheio de justificativas) suas teses sobre a etiologia sexual, exemplifica o uso clínico da interpretação dos sonhos e fundamenta a existência dos fenômenos inconscientes. Ainda neste texto, ele desenvolve a questão da histeria como um modo de funcionamento que organiza a transferência e não mais como um conjunto de sintomas que se deveriam desmontar uns após outros, como na época dos Estudos sobre a Histeria. A partir de então o tratamento psicanalítico apoiar-se-á nesse dispositivo para abrir caminho...

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Ditto de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma su-

blimação, como costume dizer, podendo até tomar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões [...] (FREUD, 1980c).

O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica, ensina-nos Freud em 1905. O estudo d'A dinâmica da transferência (1912) e As observações sobre o amor transferencial (1915) ocuparão, todavia, muito de seu tempo. No caso Dora, Freud afirma que errara ao não compreender completamente o que estaria levando à interrupção do tratamento. Quanto não aprenderiam inúmeros profissionais da área da saúde fazendo a si mesmos essa pergunta? Quantos teriam a coragem de formulá-la e não simplesmente culpar o paciente porque não retornou ou não 'adere' ao tratamento, como se gente fosse band-aid?

A sexualidade continua a ser a categoria recalcada de várias outras clínicas. Nem falar na Saúde Coletiva, em que até a palavra clínica é frequentemente recalcada. A palavra dos pacientes é cada vez mais excluída do tratamento. Contudo, em algumas abordagens retoma-se a ideia de uma escuta, o que já é bom, mas qual escuta é essa? Uma escuta que continua "ao pé da letra"? Sobre a qual poderíamos montar dispositivos de controle e/ou aconselhamento? E o que aconselharíamos? Usurpando qual poder autorizar-nosíamos a isso?

Teríamos saúde pública para domesticarmos a neurose? E será que isso seria possível? Centros de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que frequente e conheço ficam sempre às voltas com o tratamento moral. Nada injuria mais a equipe de um CAPS do que ousar sugerir o diagnóstico de uma histeria. Apesar de existir na Portaria ministerial a encomenda

de que cabe aos CAPS o tratamento das psicoses e das neuroses graves, essas equipes, acostumadas a lidar com a psicose e sua falta de pragmatismo, irritam-se com pacientes mais conservadas do ponto de vista pragmático ou cognitivo. Assim as histéricas aí não teriam lugar! Elas, que já encheram asilos e manicômios, teriam negado o lugar substitutivo de atendimento que supostamente lhes foi destinado. Onde o ter então na rede pública?

Nas Unidades Básicas de Saúde também não, já que nem todas têm pessoal destinado à saúde mental e, quando têm, a demanda impede que se pense em tratamentos longos e individualizados. Mas haveria outras formas de mantermos a psicanálise viva e continuar a ajudar a tantas mulheres perdidas em sua própria identidade? Poderíamos fazer da psicanálise uma disciplina que embasasse nossas práticas assistenciais e a formulação de políticas públicas que não viessem a usurpar os papéis familiares senão a fortalecê-los, como tentamos mostrar no caso de Tália?

Se não, como tirar do círculo vicioso a produção em massa da pobreza brasileira, de sua desigualdade que é reproduzida não somente pelas estruturas produtivas senão pelas formas de subjetivação a que tem acesso milhares de pessoas. Dentre elas, muitíssimas mulheres repetindo geração após geração o conflito com suas mães, a maternidade precoce ou "indesejada" como saída que as leva direto para a armadilha do ressentimento ou da doação... Histórias circulares que constroem a história de um país sem país.

Se não formos capazes de oferecer uma escuta que provoque dúvidas, que responsabilize, que implique essas mulheres com seus próprios sintomas, acabaremos oferecendo o alibi para a cronificação, muitas vezes em forma de remédios. Precisamos pensar, recriar e inventar novas formas de acesso a essa escuta que nos ensinou Freud. A escuta da suspeita, do sim-

bólico, da falha ou do branco na linguagem... Uma intervenção no momento da queixa que possa 'organizar' uma demanda aí onde aparecem somente sintomas soltos (e isto impõe estar presente ali na hora certa, não um mês depois!).

Intervenções 'preventivas' no sentido de fortalecer os laços parentais e culturais e não da usurpação falsa e inconstante desses papéis. Quantas vezes não vemos equipes, injuriadas pela fraqueza de um pai ou de uma mãe, contribuir para desqualificá-los simbolicamente perante os filhos quando pouco tempo depois eles também não sustentarão mais esse cuidado. A isso me refiro como usurpação falsa e inconstante. Se a sociedade fosse capaz de fato de pôr a funcionar estabelecimentos e/ou instituições alternativos a certas famílias... Mas, como não tem sido, obriga-nos a repensar nossas propostas para a infância, por exemplo. Assim, pensamos em constituir apoios que possamos sustentar transferencialmente e assim dar-lhes consistência: que não resolvam tudo, mas que colaborem para desatar nós que os aprisionam a repetições de geração em geração, que impliquem os sujeitos em suas escolhas e suas vidas. Apoios que permitam suplências muito mais breves que na psicose: pequenos andaimes.

Trabalhar por políticas públicas que tornem isso possível parece-me uma atividade de relevância ética e clínico-política. Por isso me interessa a formação, como uma intervenção com/nos outros que os implique, que os desvie de sua própria forma de estar no mundo, ou senão pelo menos que se deixe explícito que se trata de uma flagrante omissão.

Pretendemos com estas notas chamar a atenção para a articulação entre psicanálise e histeria hoje, para o valor da retomada dos estudos clássicos - os estudos de Freud - e a "utilidade" dessa abordagem nos serviços públicos de saúde.

Achamos importante retomar essas ligações

para contestar muitos que pensam que a histeria já acabou ou que é uma categoria psicopatológica obsoleta, em um mundo cheio - somente - de "borders", de fluxos e de subjetivação, sem levar em conta a complexidade do feminino, da sexualidade, da fantasia, da cisão entre sexo e amor, etc.

Perseguiria eu a quimera de querer eliminar o lado trágico da existência humana? Parece-me mais certo que quero eliminar o melodrama, a falsa tragédia - aquela onde a catástrofe chega sem necessidade, onde tudo poderia ter-se passado de outro modo se apenas os personagens tivessem sabido isto ou feito aquilo [...] e se a humanidade perecer um dia sob o efeito de bombas de hidrogênio, recuso-me a chamar isso de tragédia. Chamo de imbecilidade [...] quando um neurótico repete pela décima quarta vez a mesma conduta de fracasso [...] ajudá-lo a sair disso é eliminar de sua vida a farsa grotesca e não a tragédia [...] (CASTORIADIS, 1986, p.15).

## Agradecimentos

A autora agradece às equipes de saúde com as quais tem tido a sorte de compartilhar a discussão de alguns dos casos aqui referidos e ao Dr. Mario Eduardo Pereira cujo curso de leituras de Freud foi fonte de inspiração para este trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, Sílvia Leonor; GURFINKEL, Aline Amargo; BREYTON, Danielle Melanie, **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Editora Escuta, 2002. 349p.  
 ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.  
 CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

418 p.

FREUD, S. ; BREUER, J. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893). In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. p 60-80. v. 2.  
 FREUD, S. ; BREUER, J. Estudos sobre a histeria: o caso Anna O (1895). In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. v.2  
 FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica: Parte II (Caso Emma) (1895). In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro, 1980a.  
 FREUD, S. Fragmentos da análise de um caso de histeria (1901). In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980b.  
 FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade. (1905) In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980c.  
 FREUD, S. As psiconeuroses de defesa. (1894). In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: versão eletrônica da Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980d.  
 GAGNEBIN, Jeanne-Marie. Homero e a dialética do esclarecimento. **Boletim do CPA**, Campinas, n. 4, jul./dez., 1997.  
 KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino**. Rio de Janeiro: Imago. 2077. 281 p.  
 ONOCKO-CAMPOS, Rosana et al. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. **Revista de SALUD COLECTIVA**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p.171-183. abr./ago. 2008.  
 ROUDINESCO, E. ; PLON, M. **Dicionário da psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 1998.

Recebido em: 16/10/2009

Aprovado em: 27/11/2009