



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Vanessa de Oliveira Silva

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: uma abordagem psicossocial

Rio de Janeiro

2022

Vanessa de Oliveira Silva

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: uma abordagem psicossocial

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientadora: Marise de Leão Ramôa

Rio de Janeiro

2022

Vanessa de Oliveira Silva

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: uma abordagem psicossocial

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientadora: Marise de Leão Ramôa

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

(Ariadna Patricia Estevez Alvarez – Epsjv/Fiocruz)

(Marco Aurélio Soares Jorge- Epsjv/Fiocruz)

Dedico este trabalho a meu filho, Pedro Augusto,
que somente por existir fez com que surgisse
a melhor versão de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primordialmente, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por todas as experiências incríveis que me permitiram uma educação mais dinâmica, me despertando a necessidade de sempre ter uma visão crítica do mundo a minha volta e vontade de a minha própria maneira, torná-lo um lugar melhor.

Agradeço a Marise de Leão Ramôa, que com toda paciência e cuidado me guiou a cada passo do trabalho em questão, sempre priorizando minhas ideias e moldando-as para que eu não acabasse por estigmatizar a categoria TPB, sempre pensando no indivíduo antes da condição. Será para mim sempre uma referência.

Agradeço aos professores da EPSJV por todo o suporte, todas as conversas e brincadeiras que tornaram meu aprendizado mais tangível, especialmente ao Flávio Paixão, Fernanda Bottino, Tainah Silva, Mônica Murito, Virgínia Finete, Felipe Granato, Anamaria D'andrea Corbo, Marcos Vinicius e Jairo Freitas, assim como a todos os profissionais da escola e da Fiocruz que contribuíram de alguma forma para a minha permanência ao longo de todos esses anos na instituição.

Agradeço aos meus pais, em especial a minha mãe, que lutou ao meu lado e por mim nas fases mais difíceis dessa caminhada, que nunca deixou de acreditar em mim e é o maior exemplo de resiliência e coragem que eu já tive em toda minha vida. Espero, algum dia, conseguir ter sua força e determinação. Conseguir concluir este trabalho também é mérito dela.

Agradeço a Marcos André, que esteve ao meu lado desde o início e acompanhou cada passo desse sonho, cada lágrima derramada e jamais me deixou pensar em desistir. Sou grata por sempre me cuidar e me incentivar, fazendo tudo o que estivesse ao seu alcance para tornar o mundo mais fácil para mim. É um privilégio compartilhar com ele a criação do nosso pequeno Pedro.

Agradeço a meu filho, Pedro Augusto, que com toda sua alegria e doçura pôde me ensinar o quanto a vida é linda quando temos alguém que nos proporcione sentimentos tão puros. Meu pequeno, que me fez ter fé em mim novamente, fazendo com que eu me reencontrasse quando eu mais estive perdida, sou grata pela sua existência.

Agradeço as minhas amigas, Marcelle Maciel e Wanessa Beserra, por todos os momentos incríveis, por cada conversa infindável, e todo o apoio que me concederam durante cada segundo dos últimos quatro anos, tornando meus dias mais leves e divertidos. A vocês dedico todo meu amor e orgulho por amadurecerem comigo, é incrível presenciar as mulheres esplêndidas que se tornaram.

Agradeço a Matheus Campos, que compartilhou parte das dificuldades da elaboração deste trabalho ao meu lado, auxiliando-me em cada aspecto que pôde. Reconheço e guardarei comigo cada aprendizado que me proporcionou. Sua motivação e crença em mim foram essenciais.

Serei profundamente grata a cada um.

*“A loucura, objeto dos meus estudos, era
até agora uma ilha perdida no
oceano da razão; Começo a
suspeitar que é um continente”
(O alienista- Machado de Assis)*

Resumo

O presente trabalho abordou o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), categoria nosográfica construída segundo o saber médico, partindo das classificações presentes no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e Classificação Internacional de Doenças (CID). Para tal saber o diagnóstico clínico se dá por meio de critérios de instabilidade nas relações interpessoais, perturbação na percepção da própria imagem, impulsividade, propensão a atitudes parassuicidas, medo constante do abandono e tentativas recorrentes de suicídio. Partimos da observação da retirada da abordagem psicodinâmica das classificações internacionais, para compreendermos as consequências para os modelos de tratamento e cuidado em relação ao TPB. Os saberes psicodinâmicos, como o referencial psicanalítico, foram apresentados porque a categoria TPB surge a partir do DSM III quando paralelamente são retiradas as contribuições da abordagem psicodinâmica e discorridos a fim de identificarmos e analisarmos os métodos de tratamento e de cuidado oferecidos para pessoas com TPB. Abordamos os conceitos de medicalização e medicamentação, tendo como pergunta norteadora “Por que o tratamento farmacológico é priorizado para pessoas com TPB?”. Foi realizada pesquisa qualitativa com revisão de literatura a partir dos descritores: Transtorno de personalidade borderline, atenção psicossocial, psicanálise e medicalização nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico, PUBMED e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram abordados os modelos de cuidado por meio de conceitos como medicalização e medicamentação, segundo autores do campo da Saúde mental e da psicanálise.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline, atenção psicossocial, psicanálise e medicalização.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. CAPÍTULO I	17
4. CAPÍTULO II	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

Lista de siglas

CAPS- Centro de atenção psicossocial.

CID-9 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Nona Revisão.

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão.

DSM-II- Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 2^a ed.

DSM-III-R- Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 3.^a ed., revisão.

DSM-V- Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 5.^a ed.

DSM-V-TR- Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 5.^a ed., Text Revision.

RAPS- Rede de atenção psicossocial.

TPB- Transtorno de personalidade borderline.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) como conhecemos atualmente é o resultado de diversas metamorfoses sobre seu significado na área da Saúde, possuindo um vasto histórico de denominações e formas de manifestação descritas ao longo de um século. A necessidade de se oferecer diagnósticos para transtornos sem aparentemente sintomas clássicos da dita alienação mental está presente desde o século XIX com Pinel e Esquirol, em suas respectivas categorias de mania sem delírio e monomanias, que poderiam ser consideradas precursoras do TPB, segundo Dalgalarondo e Vilela (1999).

Kahlbaum e Hecker, ambos psiquiatras alemães, criadores dos conceitos de catatonia e hebefrenia, respectivamente, descreveram juntos aquilo que chamaram de heboidofrenia, sendo esta representada como um desvario juvenil, relatada em adolescentes que possuíam problemas de comportamento, bem como atitudes delinquentes, sem capacidade de compreensão das regras morais e dos hábitos culturais. No início, por volta da década de 1950, este transtorno era tido como um diagnóstico impreciso, pois compreendia pacientes que não eram considerados nem psicóticos, nem neuróticos. (DALGALARRONDO e VILELA, 1999, p.52). Com os aprofundamentos realizados sobre o tema ao longo de duas décadas essa noção foi vetada. Assim, passou a ser entendida como parte do grupo de doenças psiquiátricas compostos por pessoas com um padrão de comportamentos e pensamentos considerados incomuns, os Transtornos de Personalidade, que são caracterizados por tendências a imprevisibilidade nas ações e no humor, raiva incontrolável e acessos de raiva. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Hodiernamente, utilizando como base o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5º edição (DSM-V,2013), o transtorno de personalidade borderline se caracteriza como uma instabilidade nas relações interpessoais, oscilações constantes de humor, perturbação na percepção da autoimagem, sensação crônica de vazio e impulsividade. Segundo o DSM-V, as pessoas diagnosticadas com TPB, chamadas de *Border*, possuem tendências suicidas e não suportam a ideia de serem abandonadas, terminando, por fim, a fazer demasiados esforços com a finalidade de evitar que sejam deixadas. Ainda segundo o DSM-V, o desenvolvimento do TPB pode ocorrer por meio de situações de estresse durante a primeira infância, usando como exemplo: abuso sexual; separação dos pais; falecimento de seu genitor ou genetriz; há também fatores genéticos ligados a propensão de desenvolvimento desse transtorno.

Com a retirada da abordagem psicodinâmica a partir do DSM-III (1980) que se mantém até as edições atuais, houve um grande déficit das contribuições da psicanálise para o tratamento da TPB. Com isso, o presente trabalho visa analisar o impacto da falta dessas colaborações nos modelos de tratamento e cuidado, bem como o auxílio da abordagem psicossocial, a partir da Reforma psiquiátrica brasileira, movimento de grande importância que possui como objetivo garantir os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, encontrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Será discorrido também como os dispositivos da Rede de atenção psicossocial (RAPS) podem realizar o acolhimento de indivíduos diagnosticados com TPB. Articularemos o processo de saúde-doença com a determinação social de saúde. Com isso, o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial serão abordados a partir de revisões bibliográficas a fim de responder a pergunta “Por que o tratamento farmacológico é priorizado para pessoas com transtorno de personalidade borderline?”.

1.1. JUSTIFICATIVA

Estima-se, atualmente, que 6% da população mundial sofra do transtorno de personalidade borderline (TPB). Ou seja, cerca de 420.000.000 de pessoas no mundo tem esse diagnóstico. É considerado o transtorno mais comum entre populações clínicas psiquiátricas, com prevalência entre 15 e 25% nestas populações (Gunderson, JG; Zanarini, MC; Kisiel, CL, 1991).

O aumento da taxa de divórcio, da utilização de babás, da dificuldade em alcançar relacionamentos íntimos mais estáveis, da necessidade de mudanças geográficas devido às pressões econômicas, contribuem para uma sociedade instável, com solidão, sentimento de vazio, ansiedade, depressão e dificuldade em confiar. (DE SOUSA; VANDENBERGHE, 2005 apud Conte & Brandão, 2001).

Por entendemos que tal diagnóstico foi amplamente utilizado pelo campo da Medicina, tendo como ênfase no tratamento o uso de medicamentos e a retirada da abordagem psicodinâmica a partir do DSM-III, justifica-se a retomada dessa abordagem psicodinâmica, a fim de analisar a forma do diagnóstico atual referente ao TPB. Sendo assim, retomaremos as contribuições da psicanálise, que foram retiradas do DSM-III para que possamos analisar se as mesmas podem ser utilizadas em favor do tratamento e cuidado a indivíduos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline. De mesmo modo, a ausência da compreensão da pluralidade de saberes acerca da vida humana, seus conflitos, seus meios sociais e suas culturas, acarreta o que é denominado de medicalização, que alguns autores consideram como um processo de converter situações coletivas cotidianas indesejadas em problemas biológicos do indivíduo. Nos textos desses autores, há uma ênfase na aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica (DOS SANTOS, R.B., 2019).

Segundo o jornalista estadunidense Robert Whitaker, a “descoberta” de que os transtornos mentais ocorriam devido a desequilíbrios químicos no cérebro e que era possível tratá-los com medicação foi apenas uma tática para aumentar a credibilidade da categoria da psiquiatria, visto que, após essa ideia ter sido propagada, pesquisas revelaram a inveracidade das afirmações, entretanto, a verdade não era bem vista nesse caso devido ao fato de que as drogas psiquiátricas geraram muito lucro para as indústrias farmacêuticas tendo um aumento de gastos com drogas psiquiátricas que passou de 800 milhões de dólares em 1987 para mais de 40 bilhões de dólares por ano 25 anos depois somente nos Estados Unidos, dessa forma, mesmo após a

falácia sobre o uso dos medicamentos ter sido disseminada a todas as partes do mundo, a verdade em si nunca fora levada tão a sério.

Conseqüentemente, esse processo pode resultar na medicamentação, ou seja, uma forma de controlar sofrimentos psíquicos, geralmente relacionados a dificuldades cotidianas, por meio do uso de medicamentos. Assim sendo, o trabalho retomará o entendimento da importância da atenção psicossocial, que compreende o indivíduo para além da manifestação de seus sintomas, bem como o impacto da ausência dessa abordagem no tratamento e cuidado dos indivíduos com TPB, tendo como base que a doença não é somente algo que se encontra no indivíduo, mas um processo de adoecimento que envolve sua cultura, trabalho e todo meio social em que este está inserido.

A abordagem psicodinâmica, a grosso modo, está associada ao manuseio dos problemas de forma complexa, incluindo fatores que vão além do biológico, aqueles que de forma inconsciente afetam a maneira como o paciente lida com a própria vida e o meio em que convive. Já a abordagem psicossocial no tratamento do TPB permite compreender a multiplicidade de fatores que se cruzam para que ocorra o processo de existência sofrimento, entendendo o indivíduo como parte de um todo, bem como compreende que seu meio social, sua cultura e afins podem contribuir para o processo de adoecimento, de mesmo modo que seus posicionamentos, articulando entre eles para auxiliar no gerenciamento das emoções, pensamentos e sentimentos do paciente que tende a ter uma visão deturpada da realidade a sua volta.

No que se refere à topografia do TPB, os clientes com este diagnóstico trazem ao terapeuta sentimento de impotência e confusão, pois afirmam não saber quem são, do que gostam ou o que esperam da vida. Seus comportamentos (tanto públicos quanto privados) tendem a ser contraditórios entre si e mudam rapidamente. É comum desistirem do tratamento ou não aproveitarem bem a terapia. É freqüente a tentativa de suicídio em função da intensidade do sofrimento. Muitas vezes, relatam crises de identidade (DE SOUSA; VANDENBERGHE, 2005 apud Conte & Brandão, 2001).

A dificuldade ao acesso a um suporte psicológico de qualidade acaba por afastar o paciente que naturalmente tem como característica a tendência a resistência ao tratamento, distanciando ainda mais o paciente de uma provável atenuação e melhora dos sintomas causados pelo transtorno de personalidade borderline.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender como o histórico do Transtorno de Personalidade Borderline foi sendo moldado com o decorrer dos anos e como a retirada das contribuições da psicanálise impactaram os conceitos e formas de tratamento do TPB a partir dos Manuais diagnósticos e estatísticos dos transtornos mentais.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Abordar o histórico do conceito da categoria TPB desde o século XIX.
- 2) Compreender os motivos pelos quais ocorreu a retirada das contribuições da abordagem psicodinâmica/psicanálise dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos dos Transtornos Mentais.
- 3) Apresentar as consequências geradas pela retirada da abordagem psicodinâmica para o tratamento e cuidado do TPB.

3. METODOLOGIA

O projeto baseou-se em pesquisa de abordagem qualitativa, com revisão de literatura científica sobre a temática do TPB, assim como das categorias de medicalização e da medicamentação da vida das pessoas que apresentam o diagnóstico de TPB, para que fossem abordados os impactos nos modelos de diagnóstico, tratamento e cuidado, baseados na abordagem psicodinâmica, incluindo a abordagem psicanalítica sobre o tema do TPB. A revisão baseou-se nas seguintes bases de dados: BVS, Google acadêmico, PUBMED e Scielo e também a partir de autores de referência para o tema, como Abílio Costa-Rosa, Paulo Dalgalarro, entre outros.

Desenvolvemos o TCC em capítulos que abordaram:

- 1- A história da construção da categoria TPB, a partir dos DSM e da retirada da abordagem psicodinâmica desde o DSM-III.
- 2- Os conceitos de medicalização e medicamentação da vida e seus respectivos impactos no tratamento de pessoas com TPB
- 3- Conclusão, abordando as mudanças em termos da história e compreendendo os métodos de abordagem.

CAPÍTULO I: a história da categoria TPB e a retirada da abordagem psicodinâmica.

1.1 Histórico da categoria Borderline

Fazendo uma breve análise do histórico da construção da categoria borderline é possível compreender o motivo da persistência da existência da ideia de uma certa imprecisão sobre tal diagnóstico, visto que somente com o decorrer dos séculos XIX e XX a compreensão do que é o TPB foi sendo moldada ao ponto de ser entendida como parte dos transtornos de personalidade. O Transtorno de Personalidade borderline foi descrito inicialmente por um psicanalista, sendo assim, fora um dos poucos diagnósticos em que a psicanálise pode contribuir com a psicopatologia.

A categoria possuiu diversas denominações, bem como diversas noções até chegarmos a atual definição, tendo como base o trabalho de Paulo Dalgarrondo e Wolgrand Vilela de 1999 sobre Transtorno Borderline: história e atualidade, pode-se fazer uma breve menção sobre os termos designados ao TPB durante o decorrer do tempo, começando por Kahlbaum e Hecker como precursores ao descrever a “Heboidofrenia” em 1890, que era caracterizada como um desvario juvenil, tendo suas relações sociais e personalidade apresentadas de modo atípico podendo haver atitudes delinquentes. Em sequência, Bleuler descreve, em 1911, com base no trabalho sobre a heboidofrenia, a “Esquizofrenia Latente”, sendo esta expressa em pacientes descritos com comportamentos socialmente comuns, mas que de alguma forma apresentavam traços de esquizofrenia. Stern, em 1938, se torna o primeiro a utilizar o termo “*Borderline*”, referindo-se, assim, a pacientes que ele acreditava que estavam entre a neurose e a psicose, sendo estes responsáveis por despertar reações contratransferenciais. Por conseguinte, Zilborg, em 1941, cunhou o termo “Esquizofrenia Ambulatorial” para denominar os casos de difícil classificação como esquizofrenia, que geralmente eram encontrados em ambulatórios. Em 1942 Deutsch apresenta a “Personalidade como se”, aludida em pacientes com comportamento aparentemente típicos, entretanto, possuíam graves distúrbios nas relações interpessoais. Já em 1949, Hoch e Polatin, nomearam a “Esquizofrenia pseudoneurótica” como uma mistura da “pan-neurose” com a “pan-ansiedade” e transtornos em questões sexuais associados com a esquizofrenia. Knight, trouxe para a lista o termo “Estados Borderline”, caracterizando pacientes que não eram classificados como neuróticos nem como psicóticos.

No DSM II, em 1968, e no CID-9, em 1976, *borderline* era quase um sinônimo de esquizofrenia latente, sendo apenas em 1980, no DSM III, que passa a ser entendido como parte dos transtornos de personalidade, deixando de ser um espectro de esquizofrenia. Atualmente, segundo o DSM-IV-TR, o transtorno de personalidade *borderline* é utilizado como diagnóstico para pacientes que apresentam perturbação da identidade, instabilidade nas relações afetivas e de humor, medo constante do abandono, perturbação da identidade, impulsividade, incapacidade de controlar sentimentos de raiva, automutilação ou tentativas de suicídio, podendo também apresentar ideias paranóides.

Essa psicopatologia afeta cerca de 25% da população psiquiátrica e 6% da população mundial, sendo mais prevalente em mulheres que homens.

Não é de se causar estranheza o fato de que o TPB seja mais frequente em mulheres. No passado, elas tinham essencialmente um curso de vida: se casar, ter filhos, cuidar destes e do lar. Hoje, necessitam de conciliar todos estes papéis com seu trabalho fora de casa, ou às vezes, tomar decisões sobre o que priorizar, o que pode torná-las confusas e estressadas sobre quem são ou o que querem (DE SOUSA; VANDENBERGHE, 2005 apud Conte & Brandão, 2001)

Para além das definições adquiridas ao longo do tempo resumidas acima, há também a necessidade de compreensão do termo *borderline* em sua origem, cujo é proveniente da língua inglesa e se utiliza da junção de *border* que significa borda e *line* que se traduz como linha, apresentando assim um termo que remete a algo em cima da linha, sendo esta a linha da neurose e da psicose.

Os casos *borderline*, também chamados de estados-limite ou fronteiros, compõem uma área de investigação científica conhecida pelas dificuldades que esses pacientes apresentam aos profissionais. É possível notar uma forma de atração ou de repulsa imediata a tais quadros, especialmente por aqueles que utilizam a psicanálise em sua prática clínica ou acadêmica, seja em razão das dificuldades no manejo dos pacientes, seja devido à diversidade e falta de coesão da teoria (DOS SANTOS, Guilherme Geha; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. 2018)

1.2 A retirada da abordagem psicodinâmica

Quando se trata da retirada da abordagem psicodinâmica tem de se ter em mente os processos envolvidos até a sua efetiva saída dos Manuais diagnósticos e estatísticos de distúrbios mentais em 1980, desse modo, seguindo a ordem cronológica, com base no trabalho de Jane Russo e Ana Teresa, pode-se obter compreensão de que na primeira versão do DSM, as doenças mentais eram entendidas como uma resposta a problemas cotidianos e questões individuais, baseado na visão de Adolf M., cujo dominava a psiquiatria no momento em que a primeira edição de manual era produzido, sendo assim deixando nítido um olhar psicossocial. Já no DSM II as mudanças não se fizeram tão evidentes, visto que o que antes era tido como uma reação, passou a ser interpretado como algo a ser desvendado durante o tratamento do paciente.

Entretanto, no DSM III, a ruptura com a ideia dos trabalhos anteriores se veio a tona, pois a caracterização das perturbações mentais que antes se dava por um processo de análise, passou a ser disseminada como uma lista de manifestações que excluiriam ou não um indivíduo em certo diagnóstico, generalizando tais fatos entendendo a influência do formato de diagnóstico, levando a psiquiatria a outro patamar de reconhecimento, visto que os manuais anteriores eram apenas documentos utilizados entre a própria psiquiatria e sua circulação interna, todavia , acabou por se tornar uma espécie de bíblia da psiquiatria sendo disseminada para o mundo externo.

A “globalização” dos critérios de classificação do DSM III é confirmada na reformulação do capítulo relativo às doenças mentais da Classificação Internacional das Doenças, produzida pela Organização Mundial de Saúde, que incorpora praticamente na íntegra a nomenclatura surgida com o DSM III e seus sucedâneos na sua décima versão (CID-X), lançada em 1993 (RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa, 2006 Apud cf. Venancio, 1998).

Compreendendo que essa manobra de mudança não se deu apenas por uma necessidade de se obter diagnósticos mais suscintos e não dependentes das considerações da psicanálise, tornou-se claro a influência da indústria farmacêutica que necessitava de pesquisas experimentais para que novas drogas pudessem ter sua eficácia testada, deixando de lado os debates sobre um único caso como era realizado anteriormente, aproveitando-se da profundidade obtida nesse tipo de estudo, para dar lugar a testes com um número muito maior de pessoas para que pudesse estar de acordo com a agência que regula a liberação de medicamentos dos Estados Unidos. Percebe-se também a ideia implementada pelos autores da terceira edição do manual de necessariamente as

perturbações psicológicas se tratarem também de processos biológicos, assim sendo a geração de novos medicamentos para “tratar” tais distúrbios ocorridos no cérebro se tornava cada vez mais plausível. O meio utilizado pelos autores para justificar esse modo de separação da caracterização das doenças mentais se tratava de afirmar que o modo psicanalítico não era preciso, pois a compreensão para diagnóstico se demonstrava um tanto quanto vaga.

Não somente se viu essa delimitação generalizada dos transtornos mentais, como também fora observado que através dessa atualização das classificações a quantidade de categorias no manual aumentou consideravelmente desde a primeira edição do DSM até o DSM III, visto que essa demarcação de fronteiras entre os distúrbios resultaram na exibição de 180 categorias no DSM II para 295 categorias no DSM III. A exclusão das contribuições da psicanálise não se deram de forma abrupta, entretanto é visível a batalha travada pelos psicanalistas que tentavam de todo modo manter nos manuais o entendimento dos transtornos mentais com todo um processo de autoconhecimento e articulação do que faz uma pessoa ser o que, para que não se firmasse a forma de diagnóstico onde se colocavam pessoas em “caixinhas de sintomas”.

Dado esse embate entre psicanalistas e psiquiatras fisicalistas sobre onde se basear para a realização das novas versões do DSM, a parte que tratava dos transtornos de personalidade acabou por se tornar uma espécie de território não habitável, visto que esse empregava distúrbios da compreensão moral, como a psicopatia por exemplo, cujo o tratamento era considerado tortuoso, desafiando as teorias implementadas por ambos os lados.

A expressão “personalidade psicopática” fazia parte do jargão psiquiátrico, designando uma pessoa desprovida de considerações morais e éticas, capaz de agir contra os interesses alheios com cinismo e frieza. A idéia, portanto, de um “distúrbio da personalidade” apontava para uma terceira forma de compreensão do transtorno mental não propriamente física nem psíquica, mas moral, que desafiava tanto as teorias então existentes – fossem elas biológicas ou psicológicas – quanto as formas de tratamento tradicionais. (RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa, 2006 Apud cf. Venancio, 1998).

Posto isso, é possível fazer uma análise de como a visão do Transtorno de Personalidade Borderline se deu com o decorrer do tempo, desde o seu primeiro aparecimento na literatura até o manuais mais atuais com base nas alterações implementadas ao longo de cada atualização sobre a temática. Compreende-se que o que antes era tido com um olhar sem fronteiras, diagnosticado apenas durante um processo de análise, acabou se tornando mais um na lista dos diversos diagnósticos que parecem ter tendência a apenas aumentar cada vez mais devido a exacerbada necessidade de se criarem novos medicamentos para os diferentes distúrbios que autores afirmam

ser provenientes de processos biológicos, o que vai em contra partida ao que se sabe sobre o TPB. Um transtorno como esse, por mais que o desenvolvimento possa também estar ligado a fatores genéticos, ainda assim necessita de um ambiente propenso para seu desencadeamento, dessa forma necessitando de algo que traga a tona os sintomas e consequências do TPB, seja a separação dos pais, um abuso sexual, alguma experiência traumática de ruptura de padrão na vida do paciente, entre outros. Entende-se a necessidade de uma abordagem psicodinâmica levando em conta que, basicamente, de forma mais superficial, a pessoa *border* é como uma criança que não amadureceu, muito frágil e com uma grande capacidade de ensinar para aqueles que cuidam e convivem com este que nem tudo pode ser “preto no branco”, visto a sua aptidão em ampliar problemas que num mundo corriqueiro, passariam batido, mas, para a pessoa com TPB tornasse um verdadeiro motivo de grandes emoções. A necessidade de entender o indivíduo para além dos paradigmas comuns dos outros distúrbios mentais se faz muito presente devido a essa sua intensidade de lidar com o mundo, inclusive com seu psicanalista, dado o seu dom em despertar reações destes e sua frustração quando não recebe uma resposta contratransferencial a altura esperada, fato este que pode contribuir para a desistência do paciente do tratamento psicológico que é de suma importância para que este consiga manusear e compreender seus processos de vida, atenuando as consequências causadas. A abordagem psicossocial nesse caso auxilia para que seja possível entender como o ambiente influencia nas reações do paciente, bem como auxilia no gerenciamento da forma como o paciente e aqueles que o cercam lidam com suas respostas a situações da vida, tendo em vista que geralmente, o *border* acaba por trazer junto com o TPB outros transtornos que necessitam ser identificados para que seja oferecido um tratamento correto e de qualidade para estes pacientes que possuem uma visão tão deturpada da vida e de si, podendo assim prever, remediar ou evitar situações extremas como a automutilação, utilizada como válvula de escape, ou até mesmo o próprio suicídio.

CAPÍTULO II: Medicalização e medicamentação da vida: consequências para o TPB

Seguindo com a mesma linha de raciocínio do capítulo anterior, é necessário obter compreensão do que se tratam os termos medicalização e medicamentação da vida, entendendo como ocorre e as suas consequências na vida cotidiana e, em específico, para o TPB. O conceito de medicalização pode ser apresentado como uma forma de apropriação da Medicina de situações e processos cotidianos, fazendo com que estes se tornem algo a se classificar, tratar e remediar, não compreendendo as pluralidades da vida humana e trazendo um olhar biológico para problemas corriqueiros. Assim sendo, transformam-se em doenças discerníveis delimitadas e palpáveis, como por exemplo uma mãe com profunda tristeza por perder seu filho ser diagnosticada com depressão, sendo que em muitos casos é apenas o processo de luto do indivíduo.

Já a medicamentação é a denominação do fenômeno que consiste no controle médico da vida por meio da utilização de medicamentos, não sendo um sinônimo do que fora citado acima, mas ao mesmo tempo sendo uma das práticas realizadas pela medicalização. Em suma, trata-se da prescrição imperativa de remédios para sofrimentos cotidianos, convertendo situações que são geralmente de viés social, cultural ou econômico em problemas biológicos passíveis supostamente de cura por meio de fármacos. Ainda usando o exemplo do parágrafo acima, pode-se observar esse fato no caso dessa mesma mãe que está passando pelo luto e foi diagnosticada com depressão, sair do atendimento médico com remédios para dormir, outro para cessar momentos de angústia e choro, devido a forte dor psíquica que sente dada a ausência irrevogável do filho falecido, e assim por diante.

No campo da saúde mental, o processo de medicalização está relacionado com dois dispositivos: a atribuição de diagnósticos e a utilização de fármacos. O surgimento dos psicofármacos, em meados do século XX, foi prontamente recebido pela sociedade como a descoberta de “pílulas milagrosas” (Amarante, & Freitas, 2015; p.18). Esse imaginário perdura até hoje, e se intensifica, o que pode ser constatado pelo incremento na venda de psicotrópicos a cada ano. Resende, Pontes e Calazans (2015) destacam também a expansão de transtornos a cada nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), denotando um processo de medicalização da existência, onde uma margem de sinais característicos da existência passa a ser incorporado ao campo da doença. (Dos Santos, R. B., & Zambenedetti, G., 2019).

Como anteriormente fora citado, as mudanças nos Manuais Diagnósticos e Estatísticos dos Distúrbios Mentais se deram em parte por conta da pressão realizada por psiquiatras fisicalistas que afirmavam a ineficiência dos métodos clássicos de atenção e cuidado aos

transtornos mentais, como também pela necessidade de serem realizados testes em massa, comparado ao método que procedia, para que houvesse a liberação de medicamentos criados para remediar tais disfunções, levando em conta que estes mesmos psiquiatras implementaram a ideia de que os transtornos eram resultados de ações biológicas, sendo assim, passíveis de cura através de fármacos. Há também aquilo que denominam como farmacologização, que, embora aparentado com a medicamentação, esta, por sua vez, se trata mais de um contato direto do indivíduo com aquele que fornece os medicamentos, não havendo necessidade de prescrição médica para tal.

(...) É possível afirmar que a psiquiatria se constitui no século XVIII a partir de um referencial moral/humanista e que, ao final do século XIX, este referencial perderá espaço para as teorias fisicalistas/biológicas, que tentavam explicar a doença mental exclusivamente com base nestes fatores. A partir do segundo pós-guerra, estas teorias de cunho fisicalista perdem prestígio e novamente ganham destaque as de cunho moral-humanista, que percebiam a doença mental como uma doença multifatorial. Em fins do século XX, as teorias fisicalistas retomam a dominância do campo. A chamada Psiquiatria Biológica, representante desta última retomada, ascende como vertente hegemônica, nos Estados Unidos, em 1980, a partir da publicação do DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Este manual apresenta uma abordagem que se pretende a-teórica quanto à etiologia dos então chamados distúrbios mentais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986; KIRK; KUTCHINS, 1992; KUTCHINS; KIRK, 2003; ROSENBERG, 2006; RUSSO; VENANCIO, 2006). Isto implica que, apesar da denominação biológica conferida a esta vertente, a sua ascensão não esteve vinculada diretamente a nenhuma descoberta acerca da origem biológica dos distúrbios mentais como se poderia crer, pois até aquele momento nenhum marcador biológico havia sido encontrado para nenhum dos distúrbios mentais classificados em seu manual. E, vale dizer, que esta situação não mudou até o presente momento. (AGUIAR e ORTEGA, 2017,p.890)

Para melhor compreender a gravidade dos fatos narrados, analisando de um viés mais atual, o Jornalista Robert Whitaker explicou brilhantemente em seu trabalho sobre A Epidemia das Drogas Psiquiátricas como se sucedeu a ideia dessa organização, onde os distúrbios mentais passaram a ser compreendidos como algo exclusivamente físico, podendo ser resolvido através dos medicamentos. O jornalista relata que no início, houve grandes rumores acerca da descoberta de que os transtornos mentais eram disfunções ocorridas no cérebro, e que a indústria farmacêutica dominava uma forma milagrosa de curar tais disfunções. Na prática, alguns anos mais tarde, estudos descobriram que essa versão era uma inverdade, mas, ainda assim, era difundida através dos continentes. Com isso é impossível não compreender que tudo era apenas uma jogada de marketing, se tratando apenas de um mecanismo para engajar o uso de medicamentos “inovadores” para gerar mais lucro para a indústria.

Mas, afinal, quais as consequências da prescrição exacerbada de drogas psiquiátricas para pessoas cujas quais não necessitam exclusivamente destas? Aqui podemos estabelecer uma gama de consequências um tanto quanto preocupantes, iniciando pela análise feita somente sobre os impactos do uso de medicamentos sobre as psicoses.

Os resultados a que o autor chegou concluíram que não existem comprovações de que as drogas psiquiátricas melhorem a psicose em longo prazo, ao contrário, os indícios mostram que o uso contínuo dos remédios torna “[...] os pacientes mais vulneráveis à psicose” (WHITAKER, 2017, p. 129); evidenciam também que “[...] as taxas de recuperação a longo prazo são mais altas entre pacientes não medicados” (WHITAKER, 2017, p. 129); e concluem com a constatação de que tanto a discinesia tardia quanto as alterações morfológicas do cérebro – alterações que prejudicam a função cognitiva – são resultantes do uso dos antipsicóticos. (DE MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro, 2017 apud Robert Whitaker, 2017).

Para além do que já fora citado, vale destacar consequências como o desenvolvimento de dependência de medicamentos, bem como os diversos efeitos colaterais que se encontram nas bulas dos fármacos prescritos para os mais diversos tipos de transtornos mentais, podendo observar também o fato de algumas medicações acabarem por causar outros problemas comprometedores em termos biológicos. Entretanto, por mais que a noção errônea sobre os transtornos tenha sido refutada, mesmo que fosse de conhecimento livre as consequências causadas pelos medicamentos a curto e longo prazo, não havia como competir com a disseminação em massa dos “benefícios” das tais pílulas milagrosas da indústria farmacêutica, visto que pessoas recebiam recompensas de grande valor para auxiliar na implementação dos medicamentos, bem como pagavam para que palestras fossem orquestradas por grandes nomes da psiquiatria da época, obviamente regados de muito dinheiro.(WHITAKER, 2018)

Após discorrer as táticas e motivos para tanta ênfase no uso de fármacos no tratamento, não somente de pessoas com TPB, mas para os transtornos mentais quase como um todo, vale reafirmar o quão benéfico continua se mantendo a necessidade de uma abordagem psicodinâmica, como a abordagem psicanalítica para produzir compreensão dos mecanismos de vivências de uma pessoa com diagnóstico de transtorno *borderline*, apreendendo um método que consiste num caminho que não prioriza o uso de psicofármacos, já que para o transtorno *borderline* são indicados estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos. Tomando como exemplo o último medicamento citado, no estudo de Robert Whitaker(2017) pode-se observar que a utilização de antidepressivos a longo prazo acaba por tornar os sintomas melancólicos em algo crônico ao invés de uma efetiva melhora como poderia ser esperado.

Para além do que já fora exposto, há também a necessidade de produzir compreensão dos perigos causados pelo uso de medicamentos em pacientes com TPB, pois a própria abordagem psicopatológica do transtorno relaciona o mesmo a uma tendência a comportamentos compulsivos, seja com gastos/compras, sexo ou com substâncias psicoativas e tendência a atitudes parassuicidas, como a automutilação ou o suicídio propriamente dito.

Logo, seria de suma importância não só a cautela em prescrever medicamentos, como também, com também empreender uma abordagem psicossocial, entendendo como esse indivíduo vive e como se forma a sua rede de apoio.

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos. A compreensão mais ampla de sua complexidade exige incursões pela teoria da análise política de instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental e suas repercussões no contexto brasileiro: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra), saúde mental comunitária (EUA) e movimento da desinstitucionalização (Itália). (COSTA-ROSA, 2000,p.142).

No modo psicossocial, o cuidado se dá por meio de ações que vão desde a continência/contorno à crise do indivíduo até a implicação social do sofrimento, dando-se ênfase à reinserção social, no sentido da recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho (COSTA-ROSA, 2000).

Costa-Rosa (2013, p. 224) afirma que a ética da atenção psicossocial “(...) exige renunciar à utilização do fármaco como resposta *a priori* para todo e qualquer tipo de queixa”. Ou seja, a relação entre modo de cuidado ou atenção psicossocial com a desmedicalização e desmedicalização está aqui presente como uma diretriz ética do cuidado.

Considerações finais

Ao fim, torna-se nítido o motivo da persistente ideia que persegue a categoria TPB de imprecisão do que realmente é, entendendo a influência de tantas mudanças, não só na nomenclatura, como também nas descrições das manifestações do transtorno, entretanto, já não é mais aceitável que utilizem desse diagnóstico para classificar qualquer paciente que demande um pouco mais de atenção ou que fuja um pouco da compreensão típica de uma classificação comum de perturbações mentais.

A retirada da abordagem psicodinâmica que se deu após a publicação do DSM-III causou grandes déficits para a abordagem do transtorno borderline, levando em conta a particularidade desse transtorno em causar tanta estranheza para aquele que o acompanha, o que pode contribuir para o afastamento desse paciente quem já chega para o analista como um furacão sobre pequenas coisas.

Segundo o trabalho de Jane Russo e Ana Venâncio (2006), sobre o sumiço das neuroses, transformá-las em doenças discerníveis delimitadas e palpáveis implica abandonar toda a empresa de autoconhecimento e trabalho sobre si implicados na psicanálise.

Para responder a pergunta de “por que o tratamento farmacológico é priorizado no tratamento de TPB?” Só é necessário uma palavra: lucro financeiro. Todos os mecanismos utilizados para converter as formas de apresentação do transtorno em algo que fosse possível remediar, deixaram nítido que visavam apenas gerar mais drogas, mais classificações de transtornos e maior acúmulo de capital, não levando em conta as consequências do uso excessivo de tais substâncias em questão, visto que é feita relação direta entre compulsão e facilitação de tentativas parassuicidas ou de suicídio.

Por fim, a luta por um tratamento integral, sem estigma, baseado no modo psicossocial e com abordagem psicodinâmica, como no caso da psicanálise, não deve ser deixado de lado, pois, somente com o auxílio de uma compreensão de que a medicalização e a medicamentação reforçam o aparato manicomial, que garante a reprodução da lógica de contenção/controlar de corpos subjetividades, é que poderemos, algum dia, oferecer um modo de cuidado integral às pessoas com TPB, gerador de liberdade e autonomia.

A importância da disseminação de informações sobre o transtorno de personalidade borderline também contribuiu grandemente para não sejam espalhadas histórias únicas, abandonando de vez o estigma criado em torno dos transtornos de personalidade, bem como

auxilia pessoas diagnosticadas a não se colocarem “na caixinha”, se limitando devido ao transtorno que possui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M.P. e ORTEGA, F.V.G. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 889-910, 2017.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980

BUCHER, R. Drogas e dogadição no Brasil. Porto Alegre: Arted Médicas, 1992.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from SciELO Books .

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

CRUZ, Marcelo Soares da. Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CUNHA, P.J. e DE AZEVEDO, M.A.S.B. Um caso de transtorno de personalidade: Borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve. *Psicologia teoria e pesquisa*, Universidade de São Paulo, ano 2001, v. V.17, n. N.1, p. 005-011, 1 jan. 2001.

DALGALARRONDO, Paulo; ALVES VILELA, Wolgrand. Transtorno borderline: História e atualidade. *REVISTA LATINO AMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL*, [S. l.], ano 1999, v. II, n. 2, p. 52-71, 13 jul. 1999. DOI

<https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/zY7LYw46XxX3jPypqNvYB6x/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

DE MAGALHÃES , Vinicius Pinheiro. Anatomia de uma epidemia: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença Mental (Robert Whitaker). Estudos Contemporâneos da Subjetividade, Universidade Federal de Sergipe - UFS, ano 8, v. 1, p. 169-173, 4 ago. 2017.

DE SOUSA, Ana Carolina Aquino; VANDENBERGHE, Luc. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. Interação em Psicologia, Curitiba, ano 2005, v. 2, n. 9, p. 381-390, 13 dez. 2005.

DIMENSTEIN, M., SIQUEIRA, K. ET. AL. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 69 (2): 72-87, 2017.

Dos Santos, R. B., & Zambenedetti, G. (2019). Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud & Sociedad*, 10(1), 22-37. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00002

DOS SANTOS, Guilherme Geha; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline. *Psicologia USP*, Maringá, Paraná, Brasil, ano 2018, v. 29, n. 2, p. 285-293, 15 mar. 2018.

GAUDENZI, P. e ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Revista Interface*, 2000.

Gunderson, JG, Zanarini, MC , & Kisiel, CL (1991). Transtorno de personalidade limítrofe: Uma revisão de dados sobre as descrições do DSM-III-R . *Journal of Personality Disorders* , 5 (4), 340-352. <https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.4.340>

HEGENBERG, M. *Borderline*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PERSONALIDADE borderline. Por Christian Dunker. Direção Lucas Buli. Canal Falando n'Isso, 2018. Disponível em: *Personalidade borderline | Christian Dunker | Falando n'Isso* 164. Acesso em: 15/03/2022.

PINHEIRO MOTA, Mônica Costa Catarina e MILHEIRO, Cláudia. Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 19-33. São Paulo, SP, set.-dez. 2013. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line).

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latino americana de Psicopatologia*

Fundamental, vol. IX, núm. 3, septiembre, 2006, pp. 460-483. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007>. Acesso em: 26/03/2022.

SOARES. Marcos Hirata. Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. Acta Paul Enferm 2010;23(6):852-8

VEJA SAÚDE. Transtorno de Personalidade Borderline: o que é e como controlar. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/transtorno-de-personalidade-borderline-o-que-e-e-com-o-controlar/><https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/transtorno-de-personalidade-borderline-o-que-e-e-com-o-controlar/> Acesso em: 26-07-2021.

WIKIPEDIA. Lista de países por população. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_pa%C3%ADses_por_popula%C3%A7%C3%A3o#cite_note-1. Acesso em: 26-07-2021.

WHITAKER, R. Epidemia das drogas psiquiátricas. 2º seminário internacional sobre drogas psiquiátricas. Comunicação/CEE- Fiocruz. 2018. 1 vídeo (4min). Disponível em: https://youtu.be/RoL6pHO_xoo. Acesso em 15/01/2022.