



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

Sarah Marina Oliveira de Menezes

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: a medicalização das juventudes

Rio de Janeiro

2024

Sarah Marina Oliveira de Menezes

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: a medicalização das juventudes

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

Orientador(a): Marise de Leão Ramôa

Rio de Janeiro

2024

Sarah Marina Oliveira de Menezes

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: a medicalização das juventudes

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

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Marise de Leão Ramôa  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Marilda Maria da Silva Moreira  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Dênis Petuco  
EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2024

*Dedico esse trabalho a minha mãe, Patricia Oliveira e Silva, que deixou de viver sua vida para que eu pudesse viver a minha.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente à minha orientadora, Marise de Leão Ramôa, por sua paciência, orientação e incentivo ao longo deste processo.

Agradeço profundamente à minha mãe, Patrícia Oliveira e Silva, e à minha avó, Osmarina de Oliveira e Silva, por sempre estarem ao meu lado, oferecendo apoio incondicional, compreensão e fazendo tudo o que estava ao seu alcance para que eu tivesse uma vida melhor, especialmente nos momentos de de.

Agradeço também às minhas amigas que sempre me apoiaram, em especial a Mariah Eduarda Araújo de Figueiredo, sem a qual eu não estaria nesta escola.

## RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é definido por um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem, nos afetos e na impulsividade. Desde que começou a ser construída uma compreensão sobre esse transtorno, ele tem sido especialmente associado a adolescentes. O presente trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa com revisão de literatura, por meio de bases de dados como Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e de livros de autores que apresentam notoriedade acerca de tema do TPB. O principal objetivo foi compreender o porquê do Transtorno de Personalidade Borderline ser considerado mais presente na adolescência. Além disso, abordamos a categoria Transtorno criada pelo saber médico; apresentamos a distinção entre Transtorno e Doença para compreendermos se a construção da categoria nosográfica de TPB pode produzir de medicalização da vida.

**Palavras-chave:** Transtorno de Personalidade Borderline; Medicalização; Juventude

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕESLISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TPB – Transtorno de Personalidade Borderline

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	18
<b>3. CAPÍTULO 1</b> .....	19
<b>4. CAPÍTULO 2</b> .....	24
<b>5. CAPÍTULO 3</b> .....	35
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Limítrofe, também conhecido como Transtorno Borderline, emergiu como uma categoria diagnóstica significativa na clínica psiquiátrica e psicanalítica no início dos anos 1950 (MASTERSON, 1972 apud DALGALARRONDO & VILELA, 1999). A origem do termo “borderline” é do inglês, significando “na fronteira” ou “no limite”, refletindo a definição inicial vaga que abrangia sintomas que variavam desde neuroses até psicoses e distúrbios de personalidade (DALGALARRONDO & VILELA, 1999).

A compreensão mais clara do que hoje é conhecido como Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) começou a se delinear no final do século XIX, quando os psiquiatras alemães Kahlbaum e Hecker descreveram uma síndrome chamada hebidofrenia. Essa condição, observada principalmente em adolescentes, envolvia alterações significativas nas relações sociais e na personalidade, incluindo distúrbios instintivos, na compreensão das regras morais e hábitos culturais, e, em casos extremos, comportamentos delinquentes (DALGALARRONDO & VILELA, 1999).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) estabelece nove critérios para diagnosticar uma pessoa com o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Pelo menos cinco desses critérios precisam estar presentes para identificar o TPB. Esses critérios incluem: padrões de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos; esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado; instabilidade na identidade; impulsividade; e a presença de comportamentos suicidas ou automutilação. (JORDÃO & RAMIRES, 2010)

O risco de suicídio em pacientes com TPB é estimado entre 4% e 10%, sendo um dos mais altos entre os distúrbios psiquiátricos. Esse risco aumenta significativamente em casos de comorbidade com o transtorno do humor ou abuso de substâncias, assim, intensificando o aumento das tentativas de suicídio. (PARIS, 2002 apud CAILHOL; GICQUEL; RAYNAUD, 2020)

Segundo CHABROL et al. (2001 apud CAILHOL; GICQUEL; RAYNAUD, 2020), haveria na adolescência, por volta dos 14 anos, um aumento na frequência de sintomas associados ao Transtorno de Personalidade Borderline. No entanto, é fundamental ressaltar que, durante essa fase da vida, é comum ocorrer uma reestruturação do “núcleo do eu”. Neste período, as estruturas psíquicas, corporais, familiares e comunitárias passam por mudanças conflitantes. É frequente que lutos e fragilidades psíquicas se tornem evidentes, enquanto o adolescente busca autonomia, liberdade, prazer e status, manifestando comportamentos compulsivos e agressivos. (TIBA, 1985 apud BOCK, 2007)

Desde a publicação do DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) em 2013, recomenda-se que o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) não seja feito antes dos 18 anos. No entanto, uma pesquisa francesa revelou uma prevalência significativa de TPB entre adolescentes, com taxas de 10% em meninos e 18% em meninas, usando o DIB-R (Revised Diagnostic Interview for Borderlines), um instrumento adaptado para essa faixa etária (CHABROL et al., 2001, apud CAILHOL; GICQUEL; RAYNAUD, 2020). Embora se reconheça que a personalidade não deve ser totalmente definida antes dos 18 anos, essa pesquisa francesa demonstra a crescente medicalização da vida e ressalta a importância e a relevância do estudo dessa condição em jovens.

A decisão de explorar o transtorno de personalidade borderline na adolescência como tema deste projeto foi motivada pela grande quantidade de vídeos em minhas redes sociais, nos quais adolescentes relatavam terem sido diagnosticados ou acreditavam possuir esse transtorno. Essa alta incidência de diagnósticos médicos e autodiagnósticos desperta preocupações relevantes sobre a medicalização da vida juvenil. O diagnóstico apressado pode acarretar intervenções desnecessárias e até mesmo prejudiciais, afetando adversamente o desenvolvimento psicossocial saudável dos adolescentes. Portanto, a intenção de abordar este tema é não apenas compreender o transtorno em si, mas também questionar os possíveis efeitos de uma “cultura de diagnósticos” rápidos e generalizados na vida dos jovens.

Essa categorização médica pode precipitadamente gerar sofrimento, uma vez que, ao invés de entenderem seu sofrimento como parte de um campo mais amplo, o sujeito pode passar a vê-lo como uma característica própria de sua personalidade. A medicina, ao categorizar comportamentos de adolescentes como transtornos, pode reificar a identidade do sujeito, fazendo com que eles se definam estritamente com base nesses rótulos médicos. Isso, por sua vez, limita a liberdade, impedindo uma visão mais ampla e autônoma do indivíduo.

O presente trabalho teve como objetivos compreender a relação entre personalidade borderline e a juventude, além de identificar a construção histórica da categoria nosológica de borderline, descrever a construção histórica do conceito da adolescência e da juventude e analisar a relação entre transtorno borderline e a medicalização na adolescência e na juventude

## 2. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa com revisão científica de literatura. A pesquisa qualitativa não se baseia em um único conceito teórico e metodológico, havendo várias abordagens que caracterizam as discussões e práticas nesse campo. Os pontos de vista subjetivos servem como ponto de partida, enquanto outras correntes de pesquisa analisam interações e reconstróem estruturas do campo social, explorando o significado latente das práticas (FLICK, 2009).

Analisamos a relação que vem sendo estabelecida, pelo saber médico, entre transtorno de personalidade borderline e a adolescência/juventude, além de apresentarmos as categorias de transtorno, personalidade, “borderline” e adolescência/juventude, e assim, poderemos compreender como foi realizada essa junção de categorias para a construção nosológica “transtorno de personalidade” e se a mesma se transforma em uma medicalização da vida na/da adolescência/juventude. Para isso, exploramos as perspectivas de autores como Dalgarrondo & Vilela para compreendermos a história e a atualidade do TPB. Analisamos as concepções de personalidade na visão freudiana e na perspectiva histórico-social da construção do conceito de personalidade e de adolescência/juventude.

Desenvolvemos três capítulos: um sobre a construção histórica da categoria nosológica de borderline; um sobre a construção histórica do conceito de adolescência/juventude; um sobre a relação entre a categoria borderline e a adolescência/juventude com enfoque no aumento dos diagnósticos de casos nesse período da vida.

### **3. A JUVENTUDE E INDENTIDADE: DESAFIOS E CONTRADIÇÕES NA FORMAÇÃO DA JUVENTUDE**

A adolescência é uma fase crucial do desenvolvimento humano, marcada pela transição entre a infância e a vida adulta. Este período é caracterizado por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais, sendo um momento de descoberta e afirmação da identidade. Tradicionalmente vista como uma etapa de crescimento biológico, a adolescência também é profundamente influenciada por fatores culturais, sociais e históricos, que moldam a experiência dos jovens de maneiras diversas. A compreensão da adolescência vai além da dimensão biológica, envolvendo um processo contínuo de adaptação às expectativas e normas sociais, muitas vezes confusas e contraditórias. Assim, a adolescência não deve ser entendida como uma fase única e universal, mas como um fenômeno complexo e variável, que reflete as transformações culturais e sociais de cada época e contexto. Este capítulo busca explorar essas múltiplas dimensões da adolescência, destacando sua construção social e as influências externas que contribuem para a formação da identidade juvenil.

A adolescência é frequentemente vista como uma fase natural do desenvolvimento entre a infância e a vida adulta. Contudo, uma análise mais profunda revela que a adolescência é uma construção psicossocial, e não apenas um período natural de desenvolvimento. Até mesmo as características corporais são socialmente construídas e interpretadas culturalmente, não devendo ser encaradas como características inerentes à adolescência em si. Por exemplo, os seios em desenvolvimento nas meninas e a força muscular nos meninos, embora representem marcas do desenvolvimento corporal, têm significados sociais. Os seios, que antigamente poderiam ser vistos como uma capacidade futura de amamentação, são atualmente interpretados como símbolos de atratividade e sensualidade feminina. Da mesma forma, a força muscular nos meninos, que antes estava associada a habilidades práticas como trabalho, caça e guerra, é frequentemente interpretada como um símbolo de masculinidade e beleza (BOCK, 2007).

A adolescência, enquanto conceito, surge, segundo Ariès (1978), após a construção do sentimento de infância, no século XIX, sendo considerada uma fase do desenvolvimento humano com características específicas. Isso ocorre porque, antes desse período, não havia espaço para a afetividade em relação às crianças, pois a maioria morria prematuramente. Assim, só havia a referência à vida adulta.

Em 1976, o psicólogo alemão Erickson introduziu a adolescência como uma fase distinta, destacando-a como um período especial no desenvolvimento humano. Ele descreveu esse estágio por meio do conceito de moratória, caracterizando-o como “...um modo de vida entre a infância e a vida adulta”, marcado por uma confusão de papéis e dificuldades na formação da identidade” (Erickson, 1976, p. 128 apud BOCK, 2007, p.64).

Calligaris (2000 apud BOCK, 2007) analisa a adolescência como uma fase de “moratória”, um período de espera e incerteza em que os jovens enfrentam dificuldades para se inserir na sociedade. Para o autor, essa fase só se torna problemática quando a sociedade adulta não reconhece os sinais de transição para a vida adulta. Calligaris argumenta que, em uma sociedade onde a vida adulta fosse definida por competências específicas, não haveria adolescentes, apenas “candidatos” à vida adulta, com uma iniciação clara para determinar quem é ou não adulto. Contudo, como não há consenso sobre o que define um adulto e a maturação física não é um critério suficiente, a adolescência se torna um tempo marcado pela procrastinação e pela insegurança. Sem uma definição clara de como se tornar adulto e sem rituais de passagem, os jovens ficam perdidos, vivendo um período de espera indefinida. Calligaris destaca que, diante dessa indefinição, os adolescentes acabam se tornando intérpretes dos desejos dos adultos. Eles percebem, por trás das exigências dos mais velhos, um pedido implícito: “Faça o que eu desejo, não o que eu falo” (CALLIGARIS, 2000, p.21 apud BOCK, 2007, P.66). Assim, o adolescente frequentemente imita ou resiste às expectativas dos adultos, refletindo as contradições e desejos da sociedade adulta. Para Calligaris, a adolescência é, portanto, fortemente influenciada pelos anseios adultos, mais do que por uma busca autêntica por identidade própria (BOCK, 2007).

### **3.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS JUVENTUDES: uma perspectiva sócio-histórica**

A abordagem sócio-histórica da adolescência busca não apenas definir essa fase da vida, mas também compreender sua formação ao longo da história. Clímaco, em 1991, destaca diversos fatores sociais, econômicos e culturais que contribuíram para o surgimento da adolescência, como as mudanças resultantes das revoluções industriais, que alteraram as demandas do mercado de trabalho, exigindo uma formação mais prolongada e afastando os jovens dessa esfera, culminando na emergência de um novo grupo social, os jovens ou adolescentes (BOCK, 2007).

Seguindo essa linha de raciocínio, é possível inferir que os jovens passaram a ocupar uma nova posição social. Embora possuam todas as habilidades cognitivas, afetivas e fisiológicas necessárias para se integrarem ao mundo adulto, são desencorajados a fazê-lo, sendo mantidos em um estado de espera. Esse afastamento do mercado de trabalho os priva das oportunidades de obter autonomia e sustento próprio, aumentando sua dependência dos adultos. Essa contradição vivenciada pelos jovens resulta no desenvolvimento de características associadas à adolescência, características que são construídas social e historicamente, como crises de identidade, busca por si mesmo, rebeldia entre outros (BOCK, 2007). Dessa forma, podemos compreender que a chamada adolescência surge como consequência da produção de dependência dos próprios adultos.

Já para a sociologia, as categorias de idade são fundamentalmente arbitrárias. Pareto, cientista político e sociólogo italiano, aponta que não se sabe exatamente quando começa a velhice, da mesma forma que não há um ponto claro de início da riqueza. (PARETO, 1896, apud BOURDIEU, 1983). A fronteira entre juventude e velhice é objeto de disputas em todas as sociedades. Por exemplo, estudos sobre as relações entre jovens e notáveis na Florença do século XVI revelam como os mais velhos promoviam uma ideologia da virilidade, da virtú<sup>1</sup> e da violência aos jovens, como uma forma de manter o poder ao se reservar a sabedoria. (BOURDIEU, 1983)

Georges Duby (apud BOURDIEU, 1983), sociólogo francês e grande estudioso da Idade Média, evidencia como nesse período da História do Império Romano, que vai do século V ao século XV, os limites da juventude eram manipulados pelos detentores do patrimônio para manter os jovens nobres irresponsáveis e, portanto, mais controláveis. Essas dinâmicas são evidentes em ditados, provérbios e estereótipos sobre a juventude, bem como em filosofias que associam certas paixões a diferentes idades. A representação ideológica dessa divisão entre jovens e velhos concede aos mais jovens certos privilégios, em troca de renúncias aos mais velhos. Essa estrutura é encontrada em várias esferas, como esportes e relações de gênero, refletindo a divisão e distribuição de poder.

---

<sup>1</sup> Virtù é um termo que refere-se à virtude e em sua origem etimológica vem do latim *virtus*, que se origina de *vir*, que significa “homem” ou “virilidade”. Na tradição clássica pode ser compreendida como um conjunto de regras éticas e morais. A partir de Nicolau Maquiavel, passa a ser entendida como modo pragmático e político de domínio e para Bourdieu, refere-se ao modo como alguém se utiliza de uma posição de poder para manipular as regras sociais em benefício próprio. Em nome do lugar virtuoso, há uma tentativa de submissão dos jovens aos mais velhos.

As classificações por idade, sexo e classe social funcionam como limitadores, impondo uma ordem social que determina o lugar de cada indivíduo. É essencial compreender que a juventude e a velhice são construções sociais fluidas, moldadas na luta entre grupos etários. As relações entre idade social e biológica são complexas, variando conforme o contexto cultural e social. Ao comparar jovens de diversas classes sociais, nota-se uma tendência dos mais próximos do poder em adotar características associadas à idade adulta e ao status elevado, enquanto os distantes desse polo tendem a manter atributos considerados mais juvenis. Cada campo social estabelece suas próprias normas de envelhecimento, refletindo as tensões e divisões presentes em seu contexto específico. A disparidade entre grupos de jovens, como estudantes e trabalhadores, revela significativas diferenças em condições de vida, mercado de trabalho e distribuição do tempo, destacando a influência social na percepção da idade e a necessidade de analisar as variações dentro da categoria “juventude”. A existência de múltiplas juventudes reflete as distintas oportunidades oferecidas aos jovens em diferentes contextos sociais (BORDIEU, 1983).

Uma outra perspectiva sociológica, influenciada pelo estrutural-funcionalismo de Parsons, apresenta uma teoria tradicional da juventude, que se baseia predominante nos Estados Unidos. Encara as estruturas sociais como elementos estáticos, sem considerar questionamentos ou previsões de grandes transformações na sociedade moderna. Sob essa perspectiva, a socialização secundária é vista como a função principal da juventude, complementando a socialização primária iniciada na infância pela família e pelo ensino fundamental. Durante a juventude, o foco está em introduzir os indivíduos aos valores e rotinas das instituições sociais que vão além da esfera familiar. (PARSONS, 1968; EISENSTAT, 1976 apud GRAPPO, 2017). Essa abordagem compreende a juventude como uma preparação para a vida adulta e entende que é também durante a juventude que os indivíduos enfrentam o risco de se envolver em comportamentos anômalos, ingressar em grupos desviantes e causar disfunções sociais. Por isso, ao lado do tema da socialização, a “delinquência juvenil” é uma preocupação central nas teorias tradicionais da juventude. (GRAPPO, 2017). Essa concepção de juventude, ao adotar uma visão universalista, ignora as desigualdades sociais e econômicas que moldam as experiências de diferentes grupos, tratando como anômicas todas as rupturas com essa ordem. O conceito de anomia, desenvolvido por Émile Durkheim, descreve a desintegração das normas sociais, que ocorre quando as regras coletivas perdem sua capacidade de regular o comportamento dos indivíduos. Para Durkheim, a

anomia é uma patologia social, caracterizada pela ausência de um sistema normativo claro, que gera desorientação e insegurança entre os membros da sociedade, resultando em comportamentos desviantes e crises como o aumento da criminalidade e do suicídio. Essa quebra na ordem social é vista como uma falha sistêmica, que prejudica o equilíbrio coletivo e a coesão social. (DURHEIM, 2000)

Ao entender a anomia como uma patologia social, podemos fazer um paralelo com o modelo biomédico, que também vê a doença como uma disfunção do organismo, necessitando de intervenção para restaurar o equilíbrio. Durkheim argumenta que, no contexto social, a anomia precisa ser “tratada” com a restauração das normas e valores sociais, garantindo a reintegração dos indivíduos e a prevenção da desintegração social. (DURHEIM, 2000). Assim como no modelo biomédico, onde a ausência de saúde perfeita exige intervenção médica, a anomia, enquanto patologia social, requer ações para restabelecer a estabilidade e a coesão social, evitando a alienação e comportamentos desviantes. Nesse sentido, a importância de discutir o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) surge como uma forma de adultização da juventude, acompanhada da medicalização dos jovens, com o objetivo de adaptar esses indivíduos aos padrões e normas sociais estabelecidos, controlando seus sentimentos e limitando ações mais ativas e criativas, impedindo, assim, uma maior transformação social por parte dessa população.

#### **4. A CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA TPB: UMA IDENTIDADE BIOMÉDICA**

##### **4.1 TRANSTORNO**

A palavra "transtorno" tem origem no latim, composta pelo prefixo "trans-", que significa "além" ou "através", e pelo substantivo "torno", derivado do verbo "torcer" ou "girar", sugerindo a ideia de algo que foi alterado ou desviado de seu estado original, causando desordem ou desequilíbrio. No contexto da saúde mental, a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição) define transtornos mentais como síndromes caracterizadas por perturbações significativas na cognição, regulação emocional ou comportamento, refletindo disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento que sustentam o funcionamento mental. No entanto, uma visão reducionista que entende os transtornos mentais apenas sob a ótica biológica não consegue abranger a complexidade dos fatores envolvidos no sofrimento psíquico.

Nas últimas décadas, a psiquiatria tem se concentrado principalmente nas abordagens biológicas, especialmente após os anos 1970, com a chamada "segunda psiquiatria biológica". A partir desse momento, as pesquisas começaram a se dedicar à identificação de determinantes orgânicos, como a genética e a neurobiologia, com o objetivo de classificar os transtornos mentais de maneira objetiva. A neurociência assumiu então um papel central, oferecendo explicações sobre os transtornos mentais como doenças de origem neurológica, com ênfase na herança genética e na fisiologia cerebral. Isso levou a uma visão predominantemente organicista, em que os transtornos mentais foram explicados como condições biológicas, tratáveis por intervenções psicofarmacológicas e outros métodos objetivamente mensuráveis (SILVA; ORTEGA, 2016).

No entanto, a psicanálise, desde sua origem, defende que os transtornos mentais não podem ser compreendidos exclusivamente a partir da biologia. Sigmund Freud, por exemplo, apontou que os conflitos inconscientes, as experiências da infância e as relações familiares são fundamentais na formação do psiquismo e na origem de muitos transtornos mentais. A psicanálise enfatiza que os processos psíquicos são profundamente influenciados pelas experiências subjetivas e pelos contextos sociais, familiares e culturais em que o indivíduo está inserido. Ao contrário das explicações biológicas, que tendem a desconsiderar esses fatores, a psicanálise propõe que o sofrimento psíquico muitas vezes está ligado a formas inadequadas de adaptação às pressões sociais e às dificuldades emocionais que surgem dessas dinâmicas (JUNIOR, 1999).

Além disso, as abordagens psicanalíticas contemporâneas reconhecem o impacto profundo dos fatores sociais, como classe social, acesso a recursos e experiências de discriminação, violência e opressão, na saúde mental. A psicanálise crítica, por exemplo, argumenta que condições sociais adversas, como a desigualdade e a marginalização, podem contribuir significativamente para o surgimento e intensificação dos transtornos mentais. Nesse sentido, a psicanálise vê o sofrimento psíquico não apenas como uma questão individual, mas como uma resposta complexa a pressões externas, traumas e conflitos internos, refletindo as condições sociais e políticas em que o sujeito está inserido. Esse olhar mais amplo e integrado é fundamental para compreender as doenças mentais de maneira mais complexa e contextualizada (DUNKER, 2016).

Portanto, ao invés de adotar explicações lineares e simplistas, a psicanálise propõe uma abordagem que reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na formação dos transtornos mentais. A história pessoal, as experiências de vida e o ambiente social desempenham papéis decisivos na manifestação das patologias mentais. Ignorar esses fatores em favor de uma visão puramente biológica empobrece a compreensão do sofrimento psíquico, tornando-o um fenômeno descontextualizado. Ao adotar uma visão mais integrada, a psicanálise não apenas oferece uma compreensão mais complexa dos transtornos mentais, mas também contribui para um tratamento mais humano e abrangente, que vai além da simples prescrição de medicamentos. O tratamento psicanalítico busca compreender o indivíduo em sua totalidade, levando em conta suas experiências e conflitos internos, bem como os contextos sociais e culturais que moldam seu estado emocional. Ao valorizar a interação entre esses fatores, a psicanálise propõe uma forma de tratamento que busca restaurar o equilíbrio emocional e psíquico do indivíduo, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

#### **4.2 PERSONALIDADE**

A palavra "personalidade" origina-se do termo latino *persona*, que inicialmente se referia à máscara usada pelos atores nas peças teatrais (SCHULTZ; SCHULTZ, 2016). Nos estudos sobre personalidade, ela é frequentemente vista como um conceito abstrato, idealizado e

psicologizante, sendo compreendida como uma unidade que transcende a realidade concreta. Nesse modelo, a personalidade é tratada como um sistema fechado, essencialmente interno ao ser humano, que orienta suas estruturas psicológicas desde o nascimento, sendo manifestada apenas sob condições específicas de existência (MARTINS, 2004).

Esse entendimento da personalidade, que foca no indivíduo como um núcleo de personalização, frequentemente a vê de forma dicotômica em relação ao mundo objetivo, separando a singularidade do indivíduo da influência das estruturas sociais. Contudo, essa visão não consegue captar o fenômeno de maneira integral, ou seja, não reconhece a indissolúvel união entre o indivíduo e o coletivo humano. Embora o ser humano possua uma individualidade única, essa singularidade não pode ser entendida isoladamente; ela só pode ser compreendida dentro do processo histórico-social. A individualidade do ser humano é, portanto, uma construção social (MARTINS, 2004).

Pensadores como Alexis Nikolaevich Leontiev, psicólogo e filósofo russo, e Lucien Sève, filósofo francês, baseados na epistemologia do materialismo histórico e dialético, dedicaram-se ao estudo da personalidade humana, criando uma sólida estrutura teórica que, segundo muitos, ainda é pouco explorada, tanto por psicólogos quanto por estudiosos de outras áreas. Para esses teóricos, os seres humanos se realizam por meio da história que constroem, desenvolvendo-se a partir de condições biológicas e sociais. Essas condições representam as bases nas quais, ao longo da evolução histórica, se forma o psiquismo humano por meio da atividade. A atividade humana, essencialmente consciente, é a força que, em suas diversas manifestações, molda as capacidades, motivações, finalidades, sentidos e sentimentos do indivíduo, gerando um conjunto de processos que constituem sua existência psicológica. Ao estudar esses processos psíquicos, é fundamental considerar o homem como um ser social real, que age, pensa e sente, e é nesse contexto que se configura a personalidade (MARTINS, 2004).

A partir dos pressupostos filosóficos do materialismo histórico-dialético, que integram psicobiologia, sociologia, antropologia e psicologia, Sève propõe a "Ciência da Personalidade" como o estudo do conjunto da estrutura e do desenvolvimento das personalidades humanas reais, levando em conta o contexto da vida dos indivíduos de maneira global (Sève, 1979, p. 419-420 apud MARTINS, 2004, p. 85). Assim, a ciência da personalidade é, em essência, a ciência da

vida concreta dos indivíduos, que constroem suas maneiras particulares de funcionar. O indivíduo se constitui como uma unidade com a sociedade, e sua existência como tal é determinada pela autodiferenciação em relação a essa sociedade, o que o coloca como sujeito no processo de construção da própria sociedade (MARTINS, 2004).

A compreensão da personalidade no "âmbito da própria vida e de uma forma global" (Sève, 1979, p. 419-420 apud MARTINS, 2004, p. 85) implica entender seu desenvolvimento como resultado da interação entre a atividade subjetiva do indivíduo e as condições objetivas em que ele vive. Essa abordagem não nega a dimensão subjetiva da personalidade, mas afirma sua objetividade, pois a personalidade de cada indivíduo não é uma criação isolada, mas sim um produto das interações sociais. Em certa medida, ela não depende unicamente da vontade do indivíduo, mas das relações que ele estabelece com os outros (MARTINS, 2004).

A formação do ser humano, nesse sentido, é um processo que sintetiza fenômenos produzidos pela história humana, e a construção do indivíduo faz parte de uma construção mais ampla: a da humanidade. A personalidade, portanto, é um atributo do indivíduo e a expressão máxima de sua individualidade. Para compreendê-la materialistamente, é necessário compreender também a individualidade de forma materialista (MARTINS, 2004).

Duarte (1993, p. 15-24) propõe uma teoria geral sobre a construção histórica da individualidade, utilizando categorias conceituais como objetivação, apropriação, humanização, alienação, gênero humano e individualidade para si. Essas categorias sustentam uma teoria segundo a qual a formação do indivíduo se efetiva por meio da mediação da realidade histórico-social, objetivando-se na atividade histórica dos seres humanos (MARTINS, 2004).

A personalidade é a autoconstrução da individualidade, um processo que resulta da interação dialética entre os processos biológicos, psicológicos e o meio social, transformando o indivíduo de maneira criativa e auto-criativa por meio da ação e da consciência. Durante sua vida, o indivíduo vai se apropriando das objetivações sociais, garantindo sua própria objetivação como pessoa. Assim, a personalidade representa a objetivação da individualidade, o estilo pessoal que a define, e, como tal, revela a continuidade da mudança permanente no processo de individualização. A estruturação dessa continuidade, ou seja, da coerência interna, é o que constitui a personalidade, que se realiza conforme as condições concretas da vida do indivíduo e

suas possibilidades para uma atividade consciente. Quanto mais limitadas forem essas possibilidades, mais gerais e uniformes serão os resultados, já que o que deveria ser continuidade e coerência internas se torna continuidade e coerência em relação às influências externas (MARTINS, 2004).

Somente por meio da atividade e da consciência a individualidade pode se destacar, superando a individualidade em si e atingindo a individualidade para si. Dessa forma, a estrutura da personalidade se singulariza. O significado da personalidade, portanto, é histórico, sendo resultado das funções e realizações do indivíduo em sua vida concreta. Em outras palavras, a personalidade é uma formação psicológica que se constrói a partir das transformações na atividade do indivíduo e das relações que ele mantém com o meio (MARTINS, 2004).

Nesse contexto, Sève (1979, p. 436 apud MARTINS, 2004, P. 86) define a personalidade como um sistema complexo formado por relações sociais entre atividades. Essa definição destaca a interação entre o indivíduo e as estruturas sociais, com a personalidade sendo uma construção dinâmica que se forma a partir de atividades sociais que o sujeito exerce em seu contexto. Esse ponto de vista aproxima-se da concepção de Freud sobre a organização psíquica, em que a mente humana é composta por sistemas ou instâncias com funções específicas que se interligam de maneira complexa. (MARTINS, 2004). Freud, ao falar do "aparelho psíquico", descreve a mente como um conjunto de processos dinâmicos, divididos em diferentes níveis e instâncias, que interagem e moldam a personalidade. (LIMA, 2010).

Freud desenvolveu duas teorias para compreender essa organização: a Teoria Topográfica e a Teoria Estrutural. Na primeira, ele divide o aparelho psíquico em três sistemas: o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, sugerindo que a maior parte da psique é inconsciente e que é nesse nível que se encontram as pulsões que motivam o comportamento humano. As pulsões são forças psíquicas que buscam aliviar as tensões acumuladas, e podem ser tanto de natureza sexual, voltadas para o prazer, quanto agressiva, voltadas para a destruição. Da mesma forma que Sève observa que as atividades e relações sociais influenciam a personalidade, Freud vê a personalidade sendo moldada por forças psíquicas internas, que se manifestam em interações tanto internas quanto externas ao indivíduo (LIMA, 2010).

No entanto, para avançar em sua compreensão, Freud reformula suas ideias na Teoria Estrutural, na qual ele divide a psique em três instâncias: o id, o ego e o superego. O id, mais primitivo e inconsciente, rege-se pelo princípio do prazer e busca satisfazer os impulsos de maneira imediata. O ego, por sua vez, surge da interação do id com o mundo real e é responsável por mediar as demandas do id, do superego e da realidade externa, operando sob o princípio da realidade. O superego representa as normas e valores internalizados pela pessoa, funcionando como uma instância moral (LIMA, 2010). Assim, a personalidade, segundo Freud, se forma a partir da interação e mediação dessas instâncias psíquicas, da mesma forma que Sève propõe que a personalidade resulta das relações sociais entre atividades e que o sujeito é um ser constituído por essas interações.

### **4.3 BORDERLINE**

A palavra "borderline", de origem inglesa, significa "na fronteira" ou "no limite", refletindo a ideia de um estado intermediário. Tendo surgido no início da década de 1950, essa noção foi inicialmente concebida como uma categoria vaga e imprecisa, abrangendo sintomas que variavam desde o espectro "neurótico", passando pelos "distúrbios de personalidade", até o espectro "psicótico" (DALGALARRONDO; VILELA, 1999). O conceito ganhou relevância devido aos efeitos da Segunda Guerra Mundial, quando traumatizados e órfãos passaram a ser objeto de preocupação para psicanalistas como William Ronald Dodds Fairbairn e Donald Woods Winnicott. Esses casos começaram a ser identificados como o que mais tarde seria denominado pacientes-limite ou borderlines, cujas configurações psíquicas eram consideradas situadas entre a neurose e a psicose (CELES; ALVES; SANTOS, 2008).

Diante da complexidade de identificar e definir o transtorno, a evolução do conceito de borderline ao longo do tempo revela as tentativas de compreensão de um fenômeno que transcende os limites das patologias tradicionalmente reconhecidas, como a neurose e a psicose. O transtorno, com sua configuração fluida e múltiplas manifestações, desafiou analistas e pesquisadores a encontrarem categorias diagnósticas precisas. Nesse contexto, a singularidade de cada paciente é um fator crucial, pois, mesmo diante de uma nomenclatura comum, as expressões clínicas do transtorno podem variar enormemente.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), segundo o saber médico, costuma se manifestar predominantemente na adolescência e na vida adulta, com prevalência estimada entre 1,6% e 5,9% da população, sendo mais comum no sexo feminino. O diagnóstico do TPB é frequentemente desafiador, pois seus sintomas intensos podem ser facilmente identificados por familiares e pessoas do convívio social. Além disso, o transtorno tem vários diagnósticos diferenciais, como transtorno bipolar, transtorno depressivo e outros transtornos de personalidade ou de humor, o que torna o diagnóstico ainda mais complexo. A comorbidade entre esses distúrbios é comum, o que exige uma análise cuidadosa do quadro clínico do paciente. De acordo com o DSM-V, o diagnóstico de TPB é indicado quando o paciente apresenta pelo menos cinco dos seguintes critérios: esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, com alternância entre idealização e desvalorização; perturbação da identidade com instabilidade da autoimagem; impulsividade em áreas autodestrutivas (como gastos, sexo ou abuso de substâncias); comportamentos suicidas ou automutilantes recorrentes; instabilidade afetiva com reatividade de humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada; e ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos. (DSM-V, 2013)

De acordo com Hegenberg (2007), ao longo do tempo, tentativas foram feitas para definir transtornos que não se encaixavam nas categorias de neuroses ou psicoses, como esquizotimia, esquizoidia, personalidade hebefrênica e psicoses marginais. O termo "borderline" foi usado por Stern na década de 1940, mas ele o incluiu entre os transtornos neuróticos. Hegenberg, retomando o pensamento de Bergeret, afirma que foi Eisenstein, em 1949, que agrupou essas patologias sob o termo "borderline". A definição do transtorno é difícil, mas a singularidade do sujeito deve ser sempre considerada, evitando-se generalizações (apud MATIOLI; ROVANI; NOCE, 2014)

Freud, interessado principalmente nas neuroses e na compreensão da histeria, não se aprofundou na questão do borderline, embora tenha lançado as bases para a sua futura compreensão, ao mencionar a importância da relação anaclítica <sup>2</sup> e do ambiente familiar. Para

---

<sup>2</sup> É um tipo de escolha objetal em que o sujeito ama aquele que cuida e lhe protege. Está baseada nos cuidados paternos. Conferir Freud, S. (1914/1976). Sobre o narcisismo: uma Introdução. *Obras completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

entender o borderline, é essencial uma relação com o outro, um vínculo com o analista enquanto pessoa, e não apenas no contexto transferencial. Winnicott também se referiu ao borderline em suas obras, focando na constituição do self<sup>3</sup>, que para o borderline está incompleto. O indivíduo borderline sente-se vazio e sem sentido, resultado de um ambiente não suficientemente bom na infância, que não favoreceu o desenvolvimento adequado do self. Nesse contexto, o ambiente e a relação interpessoal desempenham um papel crucial no processo de constituição do self do borderline (apud MATIOLI; ROVANI; NOCE, 2014).

Na visão psicanalítica de Hegenberg (2007), o TPB envolve características como angústia de separação, dilema com a identidade, clivagem (divisão entre o bom e o mau), narcisismo exacerbado, agressividade, impulsividade e suicídio. Essas características podem ser observadas no cotidiano dos pacientes com esse transtorno e são frequentemente abordadas na literatura. Hegenberg destaca que o tratamento de pacientes com TPB exige um longo período de análise, além de paciência e experiência do analista, pois são pacientes difíceis de lidar (MATIOLI; ROVANI; NOCE, 2014).

Segundo Lowenkron, desde o início da psicanálise, o diagnóstico e o tratamento sempre caminharam juntos, privilegiando a escuta da subjetividade do paciente em um espaço intersubjetivo. O paciente com TPB estabelece uma relação intensa com o analista, que se torna um objeto-subjetivo para ele, essencial para a constituição do sujeito. Quando o analista se afasta, o paciente pode se sentir inexistente. Por isso, é importante que o analista esteja atento às necessidades de atenção do paciente e, caso isso não aconteça, saiba manejar a situação, pois a falta de atenção pode gerar uma quebra de confiança na relação terapêutica (apud MATIOLI; ROVANI; NOCE, 2014).

Na visão winnicottiana, o tratamento de pacientes com TPB envolve o analista acompanhando o paciente na constituição de seu self, através do conceito de holding, que representa o apoio materno essencial para o desenvolvimento. O analista deve sustentar o paciente sem invadi-lo, apoiando-o na construção de sua subjetividade, o que pode envolver regressões temporárias necessárias para a constituição do self. O paciente com TPB teme ser

---

<sup>3</sup> Para Winnicott o self seria o eu no corpo; é o sentir o si-mesmo. Conferir Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: Da pediatria à psicanálise. Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

invadido pelas ideias do outro, o que pode ocorrer na clínica quando ele deixa de ouvir seu objeto anaclítico. O analista deve estar atento aos movimentos transferenciais associados a essas questões, pois o paciente pode perceber qualquer observação como uma ameaça ao seu self não constituído. O processo de análise, portanto, é longo e exige respeito pelo tempo único do paciente em seu caminho de autoconstrução (apud MATIOLI; ROVANI; NOCE, 2014).

#### **4.4 IDENTIDADE BIOMÉDICA E TPB**

O modelo biomédico, segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), foca principalmente no diagnóstico e na cura das doenças, sem dar ênfase à prevenção. Ele não reconhece práticas de cura não tradicionais e, devido à sua ênfase no tratamento, acaba estimulando a indústria de clínicas, laboratórios e empresas farmacêuticas. Dominante nas ciências da saúde, esse modelo tem sido amplamente utilizado para entender e tratar transtornos mentais, como o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A abordagem biomédica se concentra principalmente nos aspectos biológicos e neurológicos dos fenômenos psíquicos, considerando que condições como o TPB têm origem em disfunções cerebrais e fatores genéticos.

Embora essa perspectiva tenha sido importante para identificar as bases biológicas de diversos transtornos, ela tende a adotar uma visão reducionista, desconsiderando a complexidade das experiências subjetivas do paciente e o impacto de fatores sociais, psicológicos e históricos no desenvolvimento e manifestação desses transtornos. Ao adotar uma abordagem mais holística, que leve em conta o contexto pessoal, social e histórico de cada indivíduo, seria possível ampliar o tratamento do TPB, incorporando não apenas intervenções farmacológicas e genéticas, mas também suporte psicoterapêutico e o fortalecimento das relações interpessoais, elementos essenciais na construção da identidade e no processo de cura.

Essa mudança de paradigma na medicina moderna, que se consolidou ao longo do Renascimento, representa um afastamento significativo da antiga visão humanista da medicina. A revolução iniciada com a anatomia e a mecânica fisiológica transformou a maneira como o corpo humano era concebido, passando a ser visto como uma máquina complexa. Esse entendimento fez com que a saúde fosse definida principalmente pela ausência de doença e a cura pela eliminação dos sintomas. O médico, ao invés de ser um curador que interage com o paciente,

tornou-se um especialista em doenças, com ênfase em diagnósticos técnicos que frequentemente ignoram a experiência subjetiva do paciente (KOIFMAN, 2001).

Conforme Luz (1988) observa, a medicina moderna e sua separação entre o médico e o paciente resultaram na criação de uma “ciência das entidades patológicas”, em que as doenças são vistas como fenômenos autônomos que podem ser analisados de forma objetiva, sem levar em conta a vivência do paciente. Foucault (1980) descreve essa nova configuração da clínica como a “expropriação” da doença do doente, em que a doença deixa de ser uma experiência vivida para o paciente, transformando-se em uma entidade científica a ser descoberta pelo médico. Nesse processo, o diagnóstico passa a ser visto como uma “verdade” impessoal, e o paciente se vê reduzido a um mero exemplo de doença, afastado de sua própria vivência e subjetividade. (KOIFMAN, 2001).

Essa visão mecânica e reducionista da medicina, influenciada pela racionalidade cartesiana, não leva em consideração as dimensões psicológicas, sociais e comportamentais das doenças. A medicina biomédica tende a explicar os transtornos mentais como disfunções biológicas, falhas nos mecanismos fisiológicos ou desequilíbrios químicos, sem considerar as experiências subjetivas e os fatores sociais que podem influenciar a saúde mental. Para Foucault, essa abordagem desconsidera o sofrimento pessoal do paciente, transformando-o em um objeto técnico, a ser tratado de maneira impessoal e muitas vezes mecanicista. (KOIFMAN, 2001).

O conceito de doença, portanto, se torna algo impessoal, desconectado da experiência do doente. Canguilhem (1990), em sua crítica à visão biomédica, desafia a ideia de que a medicina deve se limitar a tratar a doença como uma falha biológica ou mecânica. Para ele, a verdadeira prática médica deve englobar a totalidade do paciente, levando em consideração suas relações com o meio e sua história de vida. A doença não deve ser entendida como algo exclusivamente do ponto de vista do médico, mas deve considerar a experiência do paciente, que é a única pessoa capaz de vivenciar diretamente o sofrimento. O diagnóstico técnico, portanto, nem sempre reflete a experiência do doente, e muitas vezes os sintomas subjetivos do paciente não coincidem com os sintomas objetivos identificados nos exames clínicos (KOIFMAN, 2001).

A fragmentação crescente da prática médica, impulsionada pela especialização excessiva e pela ênfase em exames complementares, tem distanciado o médico do paciente, tornando a

relação mais impessoal e mecânica. A medicina contemporânea, ao se concentrar excessivamente nos diagnósticos técnicos e nos resultados dos exames, perde a capacidade de lidar com a experiência subjetiva do paciente, que é central no processo de cura. A introdução de tecnologias médicas, embora tenha trazido avanços, também contribuiu para uma desumanização do cuidado, com um foco maior em procedimentos técnicos e uma diminuição da interação humana no processo de cura.

Canguilhem (1990) defende uma medicina que vá além da visão mecanicista e reducionista, reconhecendo a complexidade da experiência humana e considerando as dimensões sociais, psicológicas e existenciais do adoecer. Para ele, a verdadeira prática médica deve ser capaz de lidar com o sofrimento e a fragilidade humana, reconhecendo que a doença é uma vivência pessoal e subjetiva. Superar o modelo biomédico e integrar essas dimensões sociais e psicológicas poderia tornar a prática médica mais empática e holística, resgatando o sentido da cura como um processo que envolve o cuidado com o ser humano em sua totalidade, e não apenas a correção de falhas biológicas ou mecânicas (KOIFMAN, 2001).

Uma das críticas mais contundentes ao modelo biomédico é que ele tende a moldar as pessoas, especialmente os mais jovens, com base em um conjunto de sintomas específicos, sem considerar o contexto mais amplo de suas experiências emocionais e sociais. No caso do TPB, sintomas como instabilidade emocional, impulsividade, relações interpessoais intensas e instáveis, sentimentos crônicos de vazio e medo de abandono são frequentemente diagnosticados como indicadores de transtornos mentais. No entanto, esses comportamentos são comuns em momentos de transição, como a adolescência, uma fase marcada por mudanças psicológicas e sociais intensas. Muitas das características associadas ao TPB, como mudanças bruscas de humor, dificuldades em manter relações ou impulsividade, são comportamentos típicos do processo de amadurecimento emocional e descoberta de identidade. Contudo, a visão biomédica pode patologizar essas manifestações, rotulando-as como sintomas de um transtorno mental, o que pode levar a diagnósticos prematuros e, muitas vezes, equivocados.

O modelo biomédico, ao focar exclusivamente na identificação de sintomas e nas explicações biológicas, ignora o papel crucial que os fatores psicológicos, sociais e ambientais desempenham na expressão de tais comportamentos. Por exemplo, quando um jovem sente um

vazio emocional intenso ou um medo excessivo de abandono, isso pode ser uma parte natural de seu desenvolvimento, ligada ao processo de autodescoberta. Muitos adolescentes passam por períodos de incerteza e insegurança enquanto buscam sua identidade, e esses sentimentos podem ser confundidos com os sintomas do TPB. De maneira similar, a impulsividade pode ser uma tentativa de testar limites e explorar novas experiências, algo comum nessa fase da vida, principalmente porque o modelo vigente é do adulto, como vimos nas contribuições de autores sobre adolescência/juventude. Porém, dentro do modelo biomédico, esses comportamentos são frequentemente diagnosticados como transtornos, sem uma análise profunda do contexto social, histórico e psicológico do indivíduo.

Esse foco excessivo nos sintomas e na busca por diagnósticos pode contribuir para o autodiagnóstico, uma prática que tem se popularizado, especialmente nas redes sociais. Um exemplo disso é o fenômeno observado no TikTok, onde muitos jovens fazem “chá revelação” de transtornos mentais, como se esses diagnósticos fossem parte de uma tendência ou uma moda. Em vídeos, jovens frequentemente compartilham suas “descobertas” sobre transtornos psicológicos, revelando suas identidades como pessoas com TPB, depressão ou ansiedade, muitas vezes utilizando sintomas que são comuns em diversas fases da vida, mas que, no contexto das redes sociais, acabam sendo celebrados ou banalizados.

Esses são exemplos da medicalização da vida, conforme abordado por autores como Peter Conrad, que discutem como aspectos da vida cotidiana são progressivamente moldados pela linguagem médica. No caso de uma jovem que posta um vídeo dizendo "Eu sou borderline, é oficial", após relatar dificuldades com amigas ou sentir-se vazia, vemos uma exemplificação dessa tendência. Embora esse tipo de conteúdo possa proporcionar uma sensação de pertencimento ou validação para quem assiste, ele reforça a ideia de que comportamentos como instabilidade emocional ou dificuldades relacionais devem ser interpretados como sinais de um transtorno grave. A adoção de um rótulo como o transtorno de personalidade borderline (TPB), sem um diagnóstico clínico adequado, pode resultar em estigmatização, levando à percepção de que essas experiências emocionais são permanentes ou imutáveis, quando, na realidade, elas podem ser apenas parte de um processo natural de amadurecimento.

O autodiagnóstico exacerbado nas redes sociais não só pode levar a uma identificação errônea com transtornos que não estão presentes, mas também pode resultar na busca por tratamentos inadequados. Jovens que se autodiagnosticam com TPB sem uma avaliação profissional podem procurar tratamentos medicamentosos desnecessários ou,

pior, evitar abordagens terapêuticas, como o apoio psicológico e o seu autoconhecimento. Além disso, o "chá revelação" de transtornos mentais reforça uma visão simplificada e patologizante da experiência humana, negligenciando a complexidade da subjetividade e os múltiplos fatores que influenciam a saúde mental.

Esse fenômeno ilustra uma crítica central ao modelo biomédico: ao focar demais em sintomas e diagnósticos, o modelo acaba moldando os indivíduos em torno de rótulos, sem levar em consideração a complexidade da experiência humana. A medicina precisa ir além da identificação superficial de sintomas, considerando a totalidade do paciente — seu histórico de vida, suas relações interpessoais, seu contexto social e até mesmo os momentos de transição e incerteza que fazem parte do desenvolvimento humano. Caso contrário, corre-se o risco de patologizar comportamentos normais e impor diagnósticos errôneos que podem ser prejudiciais ao indivíduo e ao seu contexto social, comprometendo a sua saúde mental e bem-estar.

## 5. A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A MEDICINA COMO FORMADORA DA SUBJETIVIDADE MODERNA

Este capítulo se dedica a apresentar o conceito de medicalização, um processo pelo qual comportamentos, condições ou aspectos da vida humana, anteriormente não considerados problemas médicos, são definidos e tratados como tal. A medicalização envolve a expansão do domínio da medicina, com a transformação de questões sociais, psicológicas ou comportamentais em questões de saúde, passíveis de diagnóstico e tratamento médico. Esse fenômeno pode ocorrer de várias formas, como a adoção de tratamentos médicos para condições que não são necessariamente doenças, a prescrição de medicamentos para controlar aspectos do comportamento e até mesmo a classificação de sentimentos ou experiências cotidianas como transtornos. A

medicalização tem implicações profundas nas formas como as pessoas se veem e são vistas pela sociedade, pois envolve a atribuição de normas e valores médicos ao corpo e à mente. Além disso, esse processo pode ser influenciado por diversos fatores sociais, culturais e políticos, e levanta questões sobre o papel da medicina na regulação do comportamento humano e na construção de identidades e subjetividades. Ao longo deste capítulo, buscaremos compreender as dimensões desse processo e seus efeitos na sociedade contemporânea.

A persistência e a relevância do conceito de medicalização justificam sua consideração como um “clichê da análise social”. O sociólogo Peter Conrad apresentou duas definições que se tornaram padrão para entender esse conceito. A primeira define medicalização como “definir um comportamento como um problema médico e permitir à profissão médica oferecer algum tipo de tratamento para esse comportamento” (1992, p. 2). A definição mais recente, de 2007, afirma que “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (2007, p. 2). Com ambas as definições, Conrad busca destacar a ênfase no deslocamento de comportamentos, antes não relacionados à intervenção médica, para o domínio da medicina. Em outras palavras, algo que não era necessariamente um problema médico passa a ser compreendido como tal (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Desde os primeiros trabalhos de Barbara Wootton (1897-1988) e Thomas Szasz (1920-2012), passando por Ivan Illich (1926-2002), Irving Zola (1935-1994) e Peter Conrad (1945-), surgiram várias críticas à medicalização. No entanto, a partir de 2000, outras vozes têm apontado a excessiva ampliação do conceito, o que teria levado à perda de sua precisão teórica. Como observa Davis (2006, p. 2), o conceito de medicalização se tornou “uma completa bagunça”, atribuindo essa confusão à ampliação generalista promovida pela leitura de Conrad, especialmente a partir dos anos 1980. Para Davis, Conrad expandiu a noção de medicalização além dos limites da medicina, sugerindo uma separação entre a ação medicalizante e a jurisdição médica. Ele argumenta que qualquer grupo que use a linguagem médica acaba, em última instância, exercendo uma força medicalizante. No entanto, discordo dessa crítica. Conrad aponta, na verdade, para a inclusão de uma “cultura” biomédica que pode estar presente em diversas práticas profissionais, ampliando o conceito de medicalização para além dos limites da medicina. Ao fazer isso, ele evidencia como a linguagem e as abordagens biomédicas se infiltram em diversas áreas da

sociedade, como psicologia, educação e até mesmo no direito, revelando o poder da medicina em diferentes esferas sociais. Esse entendimento mais amplo, ao invés de enfraquecer o conceito, revela a crescente presença da medicina e sua influência em várias práticas e discursos, sem diminuir sua utilidade teórica.

De acordo com Aronowitz (2009), a utilidade do termo “medicalização” foi perdida porque ele se afastou de seu significado original, que era identificar o processo de classificar comportamentos fora do padrão como problemas de saúde. Em vez disso, passou a ser utilizado de forma mais ampla, para se referir a situações em que grupos fora do campo médico, como pacientes ou outros indivíduos, influenciam a ampliação das definições médicas e o aumento do número de pessoas rotuladas como doentes. Para alguns autores, essa expansão do conceito resultou em uma generalização prejudicial (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

O ponto central da argumentação é que o uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece as diversas formas e contextos em que ela ocorre. Exemplos disso incluem a prescrição de medicamentos para condições que não são necessariamente doenças, como contraceptivos ou substâncias para aprimoramento cognitivo; o papel ativo dos indivíduos na adoção de medicamentos e outras tecnologias médicas; e a expansão dos alvos da psicofarmacologia, incluindo casos como timidez e tristeza. Quando o termo é tratado como um conceito único e homogêneo, ele não revela as vantagens teóricas de seu uso, uma vez que esses diferentes aspectos e níveis de medicalização acabam sendo apagados (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Foucault é um dos principais teóricos que contribui para o debate sobre a medicalização. Em sua obra, ele discute a medicalização como um mecanismo central do que se poderia chamar o nascimento da biopolítica, manifestando-se através da pedagogização da sexualidade infantil, da histerização das mulheres e da psiquiatrização das perversões. Esses processos resultam em uma medicalização detalhada dos corpos, especialmente da sexualidade, com o argumento de garantir a saúde da prole, a estabilidade da instituição familiar e o bem-estar da sociedade (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Na obra de Foucault, podemos identificar ao menos dois sentidos para o termo “medicalização”, que são inseparáveis, embora cronologicamente distintos. O primeiro está

relacionado ao processo de intervenções coletivas do Estado voltadas para o controle, contenção e registro de doenças, bem como à criação de práticas voltadas para a salubridade pública. O segundo, que emerge após a Segunda Guerra Mundial, refere-se à internalização da medicina: ou seja, à impossibilidade de descrever qualquer experiência com o corpo humano sem que esta passe, de alguma forma, pelo saber médico. Esses dois sentidos se entrelaçam, e é possível afirmar que o primeiro constitui uma condição para o segundo, embora seja importante não confundí-los, devido à sua diferença temporal (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Na primeira conferência proferida no Instituto de Medicina Social da UERJ, Foucault aborda questões fundamentais sobre o conceito de medicalização. Para o autor, o período pós-guerra intensifica um processo iniciado no século XVIII: a somatocracia, na qual uma das funções principais da intervenção estatal é o cuidado dos corpos individuais, garantindo assim a cidadania dos sujeitos. O pós-guerra, exemplificado pelo Plano Beveridge<sup>4</sup>, inaugurou uma nova política do corpo, na qual cada indivíduo passou a ser responsabilizado pela sua própria saúde (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Foi nesse contexto que Foucault desenvolveu a ideia de medicalização indefinida, entendida como a expansão do campo de atuação da medicina além da simples cura de doenças. Essa ampliação da medicina teria dois sentidos distintos. O primeiro envolve ações autoritárias, como a imposição — quer as pessoas estejam doentes ou não — de práticas como políticas sistemáticas de rastreamento de doenças na população ou a obrigatoriedade do exame psiquiátrico para pessoas acusadas de delitos. O segundo sentido diz respeito à ausência de experiências não médicas do corpo, uma tendência que se intensifica ao longo do século XX. Enquanto no século XIX ainda existiam práticas corporais, higiênicas, dietéticas e sexuais que não eram mediadas pela ciência médica, o século XX foi progressivamente estreitando esse espaço, levando à formação de “estados médicos abertos”, onde a medicalização não tem mais limites e engloba não apenas a salubridade, mas também a saúde e o bem-estar. Nesse processo, a medicina passa a desempenhar uma função normatizante, estabelecendo os parâmetros do que é considerado normal ou anormal (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

---

<sup>4</sup> Plano que pela primeira vez apresentou uma concepção mais elaborada de seguridade social, apresentado na Grã-Bretanha em 1942

O termo medicalização é frequentemente entendido como o processo pelo qual comportamentos que fogem das normas sociais ou são considerados anormais são definidos como transtornos médicos, de acordo com o contexto sócio-histórico. Esse entendimento remonta aos debates da psiquiatria nas décadas de 1950 e 1960, especialmente nas obras de Barbara Wootton e Thomas Szasz. Wootton, em um artigo breve, mas incisivo, critica a ampliação do conceito de doença mental, que passou a englobar não apenas indivíduos com limitações mentais graves, mas também aqueles que não conseguem gerenciar suas vidas. Para Wootton, a definição de doença mental depende de julgamentos sobre o que constitui uma “boa vida”, e a atribuição à medicina de respostas para questões sociais e pessoais desvia a atenção das condições socioculturais. Na mesma linha, Szasz, em sua obra *The Myth of Mental Illness*, argumenta que a redefinição, pela psiquiatria, de qualquer problema da vida como transtorno psiquiátrico representa uma expansão e institucionalização da autoridade psiquiátrica (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Em 1972, Irving Zola publicou *Medicine as an Institution of Social Control*, no qual argumenta que a medicina assumiu a função de regulação social, uma tarefa anteriormente atribuída à religião e à lei. Zola defende que a medicina se tornou um novo “repositório da verdade”, avaliando moralmente a sociedade sob o pretexto de objetividade científica. Ele critica o monopólio médico e os efeitos iatrogênicos provocados pelos agentes médicos. Para Zola, mais importante do que o fato de a medicina estar abordando novos problemas é o entendimento de que a medicina passou a ser uma crença na “onipresença do transtorno” e na crescente lista de comportamentos considerados não saudáveis (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Ainda na década de 1970, especificamente em 1976, Ivan Illich publicou *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, que teve grande impacto no campo da sociologia da saúde. Illich argumenta que o conceito de morbidade na medicina se tornou uma ameaça à saúde ao expandir seus limites a ponto de incluir até o risco de doenças. Para ele, a medicalização é um processo abrangente, realizado por diversas estratégias médicas que rotulam, descrevem e autorizam experiências com o corpo, resultando em uma perda de autonomia dos indivíduos para lidar com seu próprio sofrimento. Em uma reavaliação de *Nemesis* nos anos 80, Illich observa um declínio do poder médico, destacando que, enquanto nos anos 60 a medicina dominava a definição do corpo e de como ele deveria sentir, nos anos 70 essa função passou a ser compartilhada com outros agentes sociais (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

A crítica à medicalização como instrumento de controle social também é abordada por Deborah Lupton, que argumenta que os estudos da década de 1970 falharam em considerar os diferentes jogos de poder e interesses, assim como a possibilidade de pacientes e grupos usarem os processos medicalizantes a seu favor. Segundo Lupton, os autores da época tratavam os indivíduos como alvos passivos dos processos de medicalização e controle médico, sem reconhecer a capacidade dos mesmos de agir. Ela observa que os primeiros estudos sobre medicalização, ao sugerirem que a autonomia dos indivíduos deveria ser preservada, presumiam que os pacientes eram incapazes de questionar as decisões dos médicos, o que resultava em uma visão paternalista. Para Lupton, a medicalização serve, muitas vezes, para despolitizar as questões sociais do adoecimento e da saúde, deslocando-as para o campo da saúde e da doença, ao invés de abordar questões de desigualdade social e dominação (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Lupton também critica a ideia de uma assimetria entre médicos, seus representantes e os leigos, sugerindo que, quanto mais medicalizado um indivíduo ou uma sociedade, maior o controle social a que estão submetidos. Embora os defensores da tese do controle social vejam a medicalização como um tipo de imperialismo médico que nega a autonomia dos indivíduos, Lupton considera essa visão insuficiente. Ela argumenta que essa abordagem coloca os indivíduos medicalizados como meros alvos passivos das estratégias do mercado e da indústria farmacêutica, sem perceber que a proliferação do conhecimento médico nem sempre serve exclusivamente aos interesses da autoridade médica. A medicalização, ao invés de apassivar os indivíduos, pode também oferecer uma explicação coerente para os sintomas e proporcionar o acesso a cuidados e tratamentos legais, sendo, portanto, uma forma de tratar e reconhecer o sofrimento (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

O papel ativo dos indivíduos nos processos de medicalização é destacado por vários autores contemporâneos, como Conrad, que já nos anos 70 ressaltava a importância dos agentes fora do campo médico na promoção da medicalização. Conrad, em seu estudo de 1975, chama a atenção para a colaboração de indústrias farmacêuticas, associações de apoio a crianças com dificuldades de aprendizagem e periódicos médicos na promoção da medicalização, especialmente em casos como o da hipercineses<sup>4</sup> (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

Conrad também enfatiza a “irregularidade” da medicalização, ou seja, a natureza variável e desigual desse processo, dependendo do alvo, do grupo social ao qual ele pertence e dos fatores envolvidos. Assim, alguns comportamentos são mais suscetíveis à medicalização do que outros, conforme o apoio médico, a disponibilidade de tratamentos e as diferentes definições para o transtorno em questão. Além disso, alguns grupos sociais, como mulheres e crianças, têm sido mais medicalizados, com as desigualdades sociais e de gênero exacerbando esse processo. Conrad também destaca o papel de agentes fora da medicina, como a indústria farmacêutica, associações de pacientes, a mídia, publicações científicas e campanhas publicitárias, na promoção da medicalização. Esse processo também pode ser acompanhado por fenômenos de desmedicalização, como foi o caso da retirada da homossexualidade do DSM-II no início dos anos 70, um marco importante do movimento pelos direitos civis dos homossexuais nos Estados Unidos (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2013).

A Medicina tem desempenhado um papel central na produção do sujeito moderno, como aponta Nikolas Rose, ao afirmar que a Medicina está intimamente ligada à maneira como experienciamos e damos sentido ao mundo ao nosso redor. Ela não é apenas um campo de conhecimento dedicado à cura de doenças, mas também um dos principais elementos que estruturam a “experiência contemporânea de nós mesmos” (ROSE, 2007, apud CARVALHO et al, 2015, p.1258). A partir do século XVIII, a Medicina passou a ser um instrumento fundamental na construção das identidades e subjetividades, tornando-se um dos primeiros saberes científicos a ser transformado em uma “expertise”. Nesse processo, o ser humano foi moldado como um objeto possível para o conhecimento científico positivo, e a Medicina se tornou a porta-voz da autoridade sobre os corpos e mentes, forjando uma forma de governar os indivíduos que visava não apenas curar, mas também regular e disciplinar os corpos e as almas (ROSE, 1994; 2007, apud CARVALHO et al, 2015).

Conforme Foucault observa em “O Nascimento da Clínica”, a Medicina moderna não apenas definiu a doença, com suas fronteiras entre o normal e o patológico, mas também criou um corpo-sujeito que é ao mesmo tempo recipiente e expressão das doenças. Para ele, o sujeito não é algo dado a priori, não existe um “corpo autêntico” fora do discurso médico. Desde que a Medicina se tornou uma prática científica organizada, ela passou a constituir o próprio sujeito humano, regulando a sua saúde e, por conseguinte, sua identidade. Rose (2007) destaca que a Medicina, ao

longo do tempo, contribuiu para a “fabricação” dos indivíduos, ao disciplinar os corpos por meio de práticas sanitárias e de cuidado, e ao construir formas de subjetividade que não são mais naturais ou inatas, mas socialmente reguladas e governadas. (CARVALHO et al, 2015)

Essa medicalização da vida humana está estruturada em três eixos principais. O primeiro, *Medical forms of life*, trata da “sanitarização” da existência, que envolve a criação de práticas de higiene e controle que disciplinam os corpos em relação à saúde. O segundo, *Medical meaning*, refere-se à influência da Medicina sobre a linguagem e sobre os significados pelos quais experienciamos o mundo. Termos médicos, como “câncer social” ou “infecção no sistema político”, são aplicados para descrever fenômenos sociais e políticos, demonstrando a penetração da Medicina em áreas além da saúde. O terceiro eixo, *Medical expertise*, abrange a interligação entre a Medicina e outras áreas de especialização, como psicologia, urbanismo e assistências sociais, que formam um conjunto de saberes que influenciam a gestão da saúde e do bem-estar, tanto individual quanto coletivo (CARVALHO et al, 2015).

A crítica a esse processo de medicalização, portanto, não deve ser apenas uma denúncia da imposição de diagnósticos e tratamentos, mas uma análise mais profunda de como a medicina, ao longo dos séculos, se tornou um mecanismo fundamental na produção do que somos enquanto indivíduos. Como Rose (2007, p. 702 apud CARVALHO et al, 2015, p.1259) coloca, embora haja críticas legítimas à medicalização, é inegável que ela teve um impacto profundo nas formas de vida contemporâneas: “ela nos tornou quem realmente somos”. A medicalização não impôs uma recodificação da experiência humana, mas gerou, ao longo do tempo, uma gama de respostas e tecnologias que moldam as formas de viver, pensar e sentir, produzindo sujeitos que se reconhecem e se constituem através dessa régua de saúde e doença (CARVALHO et al, 2015).

A medicalização, portanto, não é apenas uma ampliação do campo da medicina, mas um processo que molda a subjetividade e a experiência humana, tornando a saúde e o corpo, centros de controle social. A análise crítica desse fenômeno revela como a medicina se tornou uma ferramenta não só de cura, mas de normatização, regulando os corpos e as mentes. Reconhecer as múltiplas dimensões da medicalização — suas implicações sociais, culturais e políticas — é essencial para entender as complexas formas de poder que moldam o sujeito moderno.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos capítulos discutidos, ficou claro como a medicina, enquanto instituição e campo de saber, se tornou um pilar central na configuração das sociedades modernas. A medicina não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas também molda as subjetividades e regula os comportamentos, emergindo como uma das formas mais poderosas de controle social. Um dos processos centrais dessa transformação é a medicalização, que se refere à ampliação do campo de atuação da medicina para áreas da vida humana que, anteriormente, não eram consideradas questões médicas. Dessa maneira, comportamentos, condições psicológicas e aspectos do cotidiano, que antes pertenciam a esferas sociais, culturais ou comportamentais, passaram a ser definidos, diagnosticados e tratados como doenças ou transtornos médicos. O transtorno de personalidade borderline (TPB) é um exemplo claro dessa medicalização. Caracterizado por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades em relacionamentos interpessoais, o TPB foi, ao longo do tempo, transformado em um diagnóstico médico, onde experiências humanas complexas passaram a ser vistas como um transtorno clínico. Embora esse fenômeno tenha contribuído para avanços significativos no tratamento de problemas de saúde, também gerou intensos debates sobre os limites dessa expansão e suas implicações para os indivíduos e para a sociedade.

A medicalização, em seu sentido mais amplo, envolve a transformação de algo que não era considerado um problema médico em um problema passível de diagnóstico e intervenção. A medicina, originalmente voltada para o cuidado do corpo físico, expandiu seu campo de atuação para aspectos como comportamentos, sentimentos e experiências que antes eram vistos como normais ou como questões sociais e culturais. O TPB exemplifica esse processo de ampliação, pois antes do reconhecimento formal do transtorno, comportamentos como instabilidade emocional e dificuldades em manter relações sociais eram muitas vezes interpretados como resultados de

contextos sociais ou de dificuldades psicológicas, mas não necessariamente como algo patológico. Esse processo de ampliação, que começou em épocas anteriores, especialmente com o surgimento das práticas de saúde pública no século XIX, ganhou uma nova dimensão no século XX com o fortalecimento da biopolítica e a internalização da medicina. A biopolítica, como foi proposta por Michel Foucault, descreve a forma como o Estado e outras instituições passam a monitorar e regular os corpos e as vidas dos indivíduos, assegurando não apenas a saúde física, mas também a conformidade com os padrões sociais estabelecidos.

Com isso, a medicina deixou de ser um simples campo de conhecimento voltado para a cura das doenças e passou a se tornar um mecanismo que define o que é considerado “normal” ou “patológico”, estabelecendo uma linha tênue entre saúde e doença. Esse poder normativo da medicina, embora tenha contribuído para a organização da saúde pública e o aprimoramento das condições de vida de muitas pessoas, também gerou críticas. Pensadores como Thomas Szasz, Ivan Illich, Irving Zola, entre outros, apontaram que a expansão da medicina para além da cura de doenças pode ser vista como uma forma de controle social. Para esses autores, a medicalização assume um caráter autoritário, ao determinar o que é saudável ou não, e ao fazer isso, desvia o olhar das questões sociais e culturais que realmente contribuem para o sofrimento humano. A ampliação dos diagnósticos médicos e a crescente medicalização de comportamentos sociais, como timidez, tristeza ou hiperatividade, exemplificam como aspectos da vida cotidiana foram, gradualmente, transformados em temas de intervenção médica. O diagnóstico do TPB, por exemplo, pode ser visto como uma forma de medicalizar comportamentos complexos e emoções intensas, que antes eram interpretados como resultados de questões sociais, familiares ou psicológicas, mas passaram a ser categorizados como um transtorno específico.

Contudo, não se pode desconsiderar que o processo de medicalização também gerou formas de resistência e agência por parte dos indivíduos. Embora a medicina possua um poder normativo, ela também oferece aos indivíduos a oportunidade de compreender seus problemas dentro de um discurso médico, o que pode gerar tanto conformidade quanto resistência. Deborah Lupton, por exemplo, argumenta que os estudos sobre medicalização muitas vezes falham ao não considerar a capacidade dos pacientes de questionar ou utilizar a medicina a seu favor. A medicalização, assim, pode ser vista como um processo multifacetado, que tanto serve para regular os corpos e

comportamentos dos indivíduos, quanto oferece novas formas de interpretação e tratamento dos seus problemas. No caso do TPB, muitos indivíduos diagnosticados podem buscar no diagnóstico uma maneira de dar nome ao seu sofrimento, encontrando novas formas de lidar com suas experiências, mas também podem resistir ao rótulo e ao estigma que vem com a classificação de seu comportamento como patológico.

Ainda assim, a crítica ao poder da medicina e seu papel na construção da subjetividade não deve ser negligenciada. Como observam Nikolas Rose e Michel Foucault, a medicina moderna não apenas define o que é saudável ou doente, mas também constrói as identidades individuais e coletivas. Ao normatizar o corpo e a mente, a medicina ajuda a formar uma visão do sujeito que está intimamente ligada ao saber médico. Nesse sentido, a medicina não é apenas um conhecimento técnico sobre o corpo, mas também uma forma de governança que regula comportamentos e práticas sociais, criando sujeitos que se reconhecem a partir da lente da saúde e da doença. O TPB, ao ser medicalizado, também contribui para a construção de uma identidade do sujeito que é compreendida a partir da ótica do transtorno. O diagnóstico não apenas define o que é normal ou patológico, mas também impõe uma nova forma de ver o sujeito, enquadrando sua vivência emocional e social dentro de uma categoria médica.

Portanto, a medicalização não é apenas um fenômeno que amplia o campo da medicina, mas também um processo que molda as subjetividades, organiza as vidas individuais e coletivas e estabelece normas de comportamento na sociedade. A análise desse fenômeno revela como a medicina se tornou uma ferramenta central na regulação dos corpos e das mentes, e como a relação entre medicina, poder e subjetividade está no cerne da formação do sujeito moderno. O TPB, como exemplo de medicalização, mostra como a psiquiatria se tornou um campo fundamental para regular comportamentos e emoções, e como o diagnóstico médico influencia profundamente a forma como os indivíduos vivenciam suas identidades. Reconhecer as múltiplas dimensões da medicalização, suas implicações sociais, culturais e políticas, é essencial para compreender as formas de poder que moldam as sociedades contemporâneas e as identidades individuais. Assim, a medicalização deve ser vista não apenas como uma expansão do conhecimento médico, mas como um processo que influencia profundamente a forma como os indivíduos percebem e vivem suas vidas, e como as sociedades organizam a saúde, o comportamento e a normalidade, tornando o

corpo e a saúde centros de controle social. A análise crítica desse fenômeno revela como a medicina se tornou uma ferramenta não apenas de cura, mas também de normalização e normatização, regulando os corpos e as mentes. Reconhecer as múltiplas dimensões da medicalização — suas implicações sociais, culturais e políticas — é fundamental para entender as complexas formas de poder que moldam o sujeito moderno, especialmente no contexto de transtornos como o transtorno de personalidade borderline.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **A História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

BOCK, A.M.B. **A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores**. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-85572007000100007>. Acesso em: 24 maio 2024.

BOURDIEU, P. **A “JUVENTUDE” É APENAS UMA PALAVRA**. *Questões de sociologia*, p. 1-4, 1983. Disponível em: <https://observatoriodoensinomedio.ufpr.br/wp-content/uploads/2014/04/a-juventude-e- apenas-uma-palavra-bourdieu.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

CAILHOL, L; GICQUEL, L; RAYNAUD, J.-P. **Transtorno de Personalidade Borderline em Adolescentes**. In: RAY, JM; MARTIN, A. (ed.). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Tradução: L. OLIVEIRA, J-V. MARTINS PEREIRA. Porto Alegre: Malfada Marques, 2020. P. 1-18. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://iacapap.org/Resources/Persistent/7b933d8ff5fa2381a2460c90fb5f6dd002f376db/H.4-Borderline-Portuguese-2020.pdf&usg=AOvVaw07Z1POkSkIqJr0-NINXX9T&hl=pt\\_BR](https://www.google.com/url?q=https://iacapap.org/Resources/Persistent/7b933d8ff5fa2381a2460c90fb5f6dd002f376db/H.4-Borderline-Portuguese-2020.pdf&usg=AOvVaw07Z1POkSkIqJr0-NINXX9T&hl=pt_BR). Acesso em: 16 out. 2023.

CARVALHO, S; RODRIGUES, C.O; COSTA, F.D; ANDRADE, H.S. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxBQq/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 out. 2024.

CEBALLOS, A.G.C. **MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE, DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Recife: UNASUS UFPE, 2015. *E-book*. ISBN 978-85-415-0723-3. Disponível em:

[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod\\_conc\\_saude\\_2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

CELES, L. A. M; ALVES, K.C.M; SANTOS, A.C.G. **Uma concepção psicanalítica de personalidade: teoria das relações objetais de Fairbairn**. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000100007>. Acesso em: 20 nov. 2024.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, W.A. **Transtorno borderline: história e atualidade**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 2, p. 52-71, jun. 1999.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/zY7LYw46XxX3jPypqNvYB6x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out.

DUNKER, C.I.L. **Psicanálise e Contemporaneidade: novas formas de vida?** *Stylus*, n. 33, nov. 2016a. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-157X2016000200010](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000200010). Acesso em: 7 nov. 2024.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. Tradução: M. STAHEL. São Paulo: Martins Fontes, 2000. *E-book* (275 p.). ISBN 85-336-1105-6. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod\\_resource/content/0/Émile%20Durkheim%20-%20%20Suicidio%20\(2000\).pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/Émile%20Durkheim%20-%20%20Suicidio%20(2000).pdf). Acesso em: 13 nov. 2024.

DSM-V: **American Psychiatric Association**, 2013.

FLICK, U. **Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la**. In: FLICK, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. Tradução: J. COSTA. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. P. 21-48. ISBN 978-85-363-1711-3. Disponível em: [http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio\\_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf](http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

GROPPO, L. **Juventudes e políticas públicas: comentários sobre as concepções sociológicas de juventude**. Desidades, v. 14, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2318-92822017000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822017000100002). Acesso em: 2 jun. 2024.

JORDÃO, A.B; RAMIRES, V.R. R. **Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 20, n. 47, p. 421-430, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/Xf68YjjBwsfpzJf3znkbWvF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

JUNIOR, N.E.C. **Inconsciente e percepção na psicanálise freudiana**. Psicologia USP, v. 10, n. 1, p. 25-54, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-65641999000100003>. Acesso em: 17 nov. 2024.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49-69, jun. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702001000200003>. Acesso em: 20 nov. 2024.

LIMA, A.P. **O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 37, n. 6, p. 280-287, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000600005>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MARTINS, L.M. **A natureza histórico-social da personalidade.** Cadernos CEDES, v. 24, n. 62, p. 82-99, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-32622004000100006>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MATIOLI, M.; ROVANI, E.; NOCE, M. **O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise.** Saúde & Transformação Social, v. 5, n. 1, 2014. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852014000100009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009). Acesso em: 17 nov. 2024.

SILVA, L.R.F; ORTEGA, F. **A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes.** Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 8, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00168115>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ZORZANELLI, R.T; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B.B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>. Acesso em: 14 out. 2024.