



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE LETRAS E LINGUÍSTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS LINGUÍSTICOS



ANTONIEL GUIMARÃES TAVARES SILVA

**ARQUEGENEALOGIA DO SUJEITO *BORDERLINE***

UBERLÂNDIA

2021

ANTONIEL GUIMARÃES TAVARES SILVA

**ARQUEGENEALOGIA DO SUJEITO *BORDERLINE***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos – Curso de Doutorado em Estudos Linguísticos, do Instituto de Letras e Linguística da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Estudos Linguísticos.

Área de concentração: Linguística e Linguística Aplicada

Linha de Pesquisa: Linguagem, sujeito e discurso

Orientador: Prof. Dr. Cleudemar Alves Fernandes

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586  
2021

Silva, Antoniel Guimarães Tavares, 1992-  
Arquegenealogia do Sujeito Borderline [recurso  
eletrônico] / Antoniel Guimarães Tavares Silva. - 2021.

Orientador: Cleudemar Alves Fernandes.  
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Pós-graduação em Estudos Linguísticos.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2021.675>  
Inclui bibliografia.

1. Linguística. I. Fernandes, Cleudemar Alves, 1966-,  
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-  
graduação em Estudos Linguísticos. III. Título.

CDU: 801

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Estudos  
Linguísticos

Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 1G, Sala 1G256 - Bairro Santa Mônica,  
Uberlândia-MG, CEP 38400-902

Telefone: (34) 3239-4102/4355 - www.ileel.ufu.br/ppgel - secppgel@ileel.ufu.br



## ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Estudos Linguísticos				
Defesa de:	Tese - PPGEL				
Data:	Cinco de novembro de dois mil e um	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	18:00
Matrícula do Discente:	11813ELI001				
Nome do Discente:	Antoniél Guimarães Tavares Silva				
Título do Trabalho:	Arquegenealogia do sujeito borderline				
Área de concentração:	Estudos em Linguística e Linguística Aplicada				
Linha de pesquisa:	Linguagem, sujeito e discurso				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Constituição do sujeito discursivo: entrelaçamento entre língua, história e sociedade				

Reuniu-se, por videoconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Estudos Linguísticos, assim composta: Professore(a)s Doutore(a)s: Bruno Franceschini - (UFG); Vanice Maria Oliveira Sargentini - (UFSCar); Grenissa Bonvino Stafuzza - (UFG); Daniel Mazzaro Vilar de Almeida - (UFU); e Cleudemar Alves Fernandes - (UFU), orientador do candidato.

Iniciando os trabalhos, o Presidente da mesa, Dr. Cleudemar Alves Fernandes, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Cleudemar Alves Fernandes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 15/12/2021, às 10:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **GRENISSA BONVINO STAFUZZA, Usuário Externo**, em 15/12/2021, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Franceschini, Usuário Externo**, em 15/12/2021, às 11:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanice Maria Oliveira Sargentini, Usuário Externo**, em 15/12/2021, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Mazzaro Vilar de Almeida, Professor(a) do Magistério Superior**, em 15/12/2021, às 13:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3259923** e o código CRC **8EAD2D80**.

*À minha mãe, Célia, minha companheira e amiga. À minha família,  
que sempre acreditou em mim. Aos meus amigos, que tornaram esta  
caminhada mais fácil e alegre. Ao meu orientador, Prof. Dr.  
Cleudemar, pela confiança.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por permitir que esta caminhada se mostrasse possível e passasse de um sonho a uma realidade.

À minha mamãe, Célia, que em nenhum momento me deixou desamparado e me deu forças para nunca desistir dos meus sonhos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cleudemar, pelo profissionalismo e por acreditar no meu trabalho. Além disso, agradeço imensamente pelas orientações sempre pontuais e ágeis incluindo noites, finais de semanas e feriados.

À minha família, que sempre acreditou na minha capacidade acadêmica e me incentivou a prosseguir nos estudos, especialmente minhas primas Laurianne e Shaira, minha tia Zélia, tia Élia, meu irmão Pirilo e meu pai Sebastião. Um agradecimento especial à minha prima/irmã Laurianne, que serviu e serve de apoio e inspiração em tantos momentos.

Aos meus inúmeros amigos e colegas presentes em cada etapa desta trajetória e que, em diversas vezes, me ajudaram com trocas de experiências e momentos de alegria.

Ao Instituto Federal Goiano, ao Colégio Estadual da Polícia Militar, à Escola Estadual Médici e ao Instituto Federal de Mato Grosso por permitirem que eu conciliasse trabalho e estudos.

Ao médico psiquiatra Antônio de Melo Júnior e aos psicólogos Felipe Epaminondas e Aline Vanessa por todo o suporte e acompanhamento do meu estado emocional durante o período de escrita desta tese conforme todas as adversidades desencadeadas pela quarentena da Covid-19.

Aos professores Dr. Bruno Franceschini e Dra. Vanice Sargentini pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Daniel Mazaro, ao Prof. Dr. Bruno Franceschini, à Profa. Dra. Vanice Maria Oliveira Sargentini e, em especial agradecimento às orientações durante o Mestrado, à Profa. Dra. Grenissa Bonvino Stafuzza pelas considerações na Defesa de Tese.

Enfim, ao Programa de Pós-graduação em Estudos Linguísticos da Universidade Federal de Uberlândia, especialmente aos docentes e colegas, pelas discussões teóricas.

*“E devo acrescentar que meu sonho, meu sonho pessoal, não é exatamente o de construir bombas, pois não gosto de matar pessoas. Mas gostaria de escrever livros-bombas, quer dizer, livros que sejam úteis precisamente no momento em que alguém os escreve ou os lê.”*

(FOUCAULT, 2006, p. 266)



## RESUMO

Defendemos a tese de que o indivíduo diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito *borderline* sob prescrições do sujeito psiquiatra por meio dos processos de *objetivação* e *subjetivação*, ambos legitimados por técnicas disciplinares instaladas na instituição hospitalar e materializadas nos enunciados condicionados pelos discursos clínico e acadêmico, dentre outros, desde a publicação dos primeiros artigos científicos sobre essa questão, em 1957, até a atualidade, em 2021, em conformidade com os critérios de seleção dos enunciados. Posto isso, situamos este trabalho nas contribuições do aporte teórico da análise do discurso foucaultiana para pensarmos a construção de um procedimento metodológico perpassado pelas perspectivas *arqueológicas* e *genealógicas* para análise do sujeito *borderline*. Ademais, discutimos sobre as noções de *enunciado*, *discurso*, *prática discursiva*, *relações de saber-poder*, *princípio da disciplina*, *dispositivo* e *sujeito* a fim de viabilizar a operacionalização de uma análise *arqueogenealógica do sujeito borderline*. Logo, para realizarmos a investigação do *corpus*, elegemos os seguintes objetivos específicos para: a) identificar no *corpus* as regularidades de condições históricas de produção dos enunciados que compõem materialidade dos discursos clínicos e acadêmicos sob o amparo da perspectiva arqueológica; b) investigar no *corpus* como o discurso clínico emerge dos enunciados com fulcro no saber da medicina a partir da construção de uma verdade instituída sobre as práticas discursivas dos sujeitos na instituição hospitalar; c) demonstrar de que maneira a disciplina fomenta técnicas de controle sobre o corpo na instituição hospitalar visando a mostrar a existência de um dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus*; d) verificar quais os elementos discursivos fundamentam o processo de subjetivação do sujeito *borderline* por meio da análise de estudos de caso clínico e a eleição de fatores culturais; e) e) e apresentar a constituição do sujeito *borderline* na atualidade histórica da pandemia da covid-19 pela análise do *corpus*. Para atender aos objetivos específicos, construímos o *corpus* de análise pelo recorte de sequências discursivas de quarenta artigos científicos publicados no endereço eletrônico *PubMed*, todos relacionados a abordagens psiquiátricas, psicológicas, neurológicas ou jurídicas sobre o transtorno de personalidade *borderline*. Assim, após averiguação das hipóteses levantadas durante a escrita, obtivemos as seguintes conclusões: o corpo do indivíduo com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito no *corpus* à medida que é objetivado no interior das relações de poder instaladas na instituição hospitalar, assim como a disposição de técnicas disciplinares, em coexistência à instauração de objetos do discurso; o dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus* se constitui por um jogo de verdades condicionadas a localizar o sujeito *borderline* objetivado na conjectura de posições-sujeito no discurso clínico em relação ao discurso jurídico; e os elementos de subjetivação percebidos no *corpus* são provindos de *técnicas de si* estabelecidas por práticas discursivas fomentadas na relação entre sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra crivada por uma crise sanitária enquanto condição de produção/possibilidade, tais como, na atualidade desta tese, a condição de possibilidade desencadeada pela pandemia da covid-19.

**Palavras-chave:** Arqueogenealogia. Objetivação. Subjetivação. Sujeito. Dispositivo psiquiátrico. *Borderline*.

## ABSTRACT

We defend the thesis that an individual diagnosed with borderline personality disorder becomes a borderline subject under a psychiatrist's prescriptions through the *objectification* and *subjectification* processes, both of which are validated by disciplinary techniques available in the hospital institution and materialized in the statements conditioned by the clinical and academic discourses, among others, since the publication of the first scientific articles on this issue, in 1957, to date, in 2021, in accordance with the selection criteria of the statements. Having said so, we based this work on the Foucauldian Discourse Analysis to think about the construction of a methodological procedure based on *archaeological* and *genealogical* perspectives of the borderline subject's analysis. We discuss the notions of *enunciation*, *discourse*, *discursive practice*, *knowledge-power relations*, *discipline principle*, *device*, and *subject* to enable the operationalization of an archeogenealogical analysis of the borderline subject. So, to carry out the investigation of the *corpus*. We elected the following specific objectives: a) to identify in the *corpus* regularities of historical conditions of producing enunciations that make up the materiality of clinical and academic discourses under the support of the archaeological perspective; b) to investigate in the *corpus* how the clinical discourse emerges from the enunciations based on medical knowledge from the construction of an established truth about the subjects' discursive practices in hospitals; c) to demonstrate how discipline fosters techniques of body control in hospitals to show the existence of a psychiatric device operationalized in the *corpus*; d) to verify which discursive elements underlie the process of subjectivation of the borderline subject by analyzing clinical case studies and selecting cultural factors; e) and to present the borderline subject's constitution in the current history of the Covid-19 pandemic by analyzing the *corpus*. To meet our specific objectives, we built an analysis corpus by selecting discourse sequences from forty scientific articles published on *PubMed* related to psychiatric, psychological, neurological, or legal approaches to borderline personality disorder. After assessing the hypotheses raised during the writing, we reached the following conclusions: the body of an individual with borderline personality disorder becomes a subject in the *corpus* as it is objectified within the power relations in the hospital institution, as well as the availability of discipline techniques coexisting with the establishment of objects of discourse; the psychiatric device employed in the *corpus* is made up by a game of conditioned truths to locate the borderline subject objectified in the subject positions conjecture in the clinical discourse compared to the legal discourse; and the elements of subjectivation perceived in the *corpus* come from *techniques of the self*-established by discursive practices fostered in the relationship between the borderline and psychiatric subjects screened by a health crisis as a condition of production-possibility, such as, in the present time of this thesis, the condition of possibility triggered by the Covid-19 pandemic.

**Keywords:** Archaeogenealogy. Objectification. Subjectification. Subject. Psychiatric Device. Borderline.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 ARQUEOLOGIA DO SUJEITO <i>BORDERLINE</i> .....</b>	<b>31</b>
2.1 <i>Prolegômenos da arqueologia do saber .....</i>	31
2.2 <i>O problema do enunciado e o arquivo .....</i>	38
2.3 <i>Por uma ordem do discurso .....</i>	54
2.4 <i>A noção de prática discursiva.....</i>	67
2.5 <i>O saber da medicina .....</i>	74
2.6 <i>Notas sobre o hospital psiquiátrico .....</i>	91
<b>3 GENEALOGIA DO SUJEITO <i>BORDERLINE</i>.....</b>	<b>106</b>
3.1 <i>A perspectiva arqueogenealógica .....</i>	106
3.2 <i>O princípio da disciplina .....</i>	112
3.3 <i>As técnicas disciplinares .....</i>	128
3.4 <i>O dispositivo psiquiátrico .....</i>	141
<b>4 SUBJETIVAÇÃO DO SUJEITO <i>BORDERLINE</i>.....</b>	<b>158</b>
4.1 <i>Processo de subjetivação.....</i>	158
4.2 <i>Análise de estudos de caso clínico .....</i>	170
4.3 <i>Fatores culturais .....</i>	184
4.4 <i>O impacto da pandemia da covid-19.....</i>	197
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>224</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>236</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta tese se destina a pensar sobre a constituição do sujeito com transtorno de personalidade limítrofe, de agora em diante chamado *borderline*, baseada na perspectiva discursiva da arqueogenealogia proposta por Michel Foucault. Para contextualizar, no campo da psiquiatria, os transtornos de personalidade compõem padrões de comportamentos socialmente prejudiciais ao paciente. O transtorno de personalidade *borderline* é uma condição mental caracterizada por um padrão de comportamento prejudicial ao sujeito de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), documento esse fomentado pela Associação Americana de Psiquiatria. Essa obra apresenta os *critérios diagnósticos* de avaliação do transtorno de personalidade *borderline*, dos quais nos valeremos durante todo o percurso desta pesquisa:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.);
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.);
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias);
7. Sentimentos crônicos de vazio;
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes);
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com Skodol *et al.* (2002), a denominação *borderline* foi primeiramente mencionada no meio acadêmico por Stern (1938) e Knight (1953). Porém, foi com os trabalhos de Kernberg (1967) que as características reunidas em torno de um padrão de personalidade fundamentaram cientificamente o olhar para essa conjectura de *traços*, isto é, características diagnósticas estabelecidas pelo DSM-5 em terreno norte-americano. Acrescentamos que o termo *traço* no contexto dos transtornos de personalidade, segundo os manuais, trata-se de características eventuais identificadas no paciente, no entanto, insuficiente para fechar um diagnóstico completo. Dessa forma, um mesmo paciente pode ser observado com *traços* de

diferentes patologias.

Dalgalarrodo e Vilela (1999) alegam que a desordem se enquadrava nos requisitos das psicoses até a segunda edição dos manuais de diagnóstico, o DSM-1 (1952) e o DSM-2 (1968). Consideramos relevante apresentar a contribuição dos autores a fim de demonstrar qual o posicionamento destes sobre a leitura dos manuais. Nesses textos, o padrão comportamental foi designado diferentemente, sendo inserido no rol das esquizofrenias, pois o processo de diagnóstico adotou estratégias carentes de precisão e coerência relativas ao comportamento do paciente até aquela atualidade do saber da medicina, no sentido de estipular certa estabilidade na catalogação dos transtornos nos manuais ao longo das publicações de suas edições. Somente no ano de 1980, na terceira edição da obra supracitada, o DSM-3, determinou-se a compreensão da especificidade do padrão comportamental observável, não mais confundido com outras patologias anteriormente categorizadas no saber da psiquiatria. Vale ressaltar que as transformações históricas do termo *borderline* sinalizam a necessidade de compreender quais as condições de existência da nomenclatura em cada uma das edições dos manuais.

Consoante à American Psychiatric Association (2014), essa condição desencadeia instabilidade e prejuízo em vários setores da vida do sujeito, tais como no desempenho laboral, nos estudos, nos relacionamentos interpessoais e intrapessoais, ou seja, consolida-se como uma comorbidade grave e capaz de gerar um imenso sofrimento emocional e psicossomático. Ainda, um a cada dez portadores tentam suicídio ao longo da vida, o que caracteriza um estado mental persistente e nocivo ao portador. Além disso, de acordo com Finkler, Schäfer e Wesner (2017, p. 276), “o TPB [Transtorno de Personalidade *Borderline*] é o transtorno de personalidade mais prevalente no âmbito clínico, contabilizando cerca de 10% dos pacientes ambulatoriais e aproximadamente 20% dos pacientes psiquiátricos internados”. A prevalência dessa comorbidade, portanto, mostra-se recorrente na população e carece de um posicionamento científico de distintas áreas do conhecimento, tais como a medicina, a psiquiatria, a psicologia, entre outras.

Nessa circunstância, ressalva Stoffers *et al.* (2012), ao ser diagnosticado por profissionais da saúde, no caso o médico psiquiatra, o doente é, se prescrito, submetido à psicoterapia em combinação com a farmacoterapia, empreendimento fruto dos trabalhos da American Psychiatric Association (2014), e, em alguns casos necessários, a intervenções adequadas em situações de sintomas graves. Por conseguinte, ocorre nesses procedimentos distintas relações entre paciente *borderline* e profissional da saúde, seja ele da área da psiquiatria em busca de questões psicofisiológicas, ou de outras áreas da medicina à procura de

readaptações cognitivo-comportamentais. Isso demonstra a tendência a tomar o fenômeno dos transtornos de personalidade uma preocupação de vários campos do conhecimento, os quais se ocupam de compreender as problemáticas que giram em torno não somente dos padrões de comportamento socialmente prejudiciais ao paciente, mas também de questões relacionadas ao sofrimento psíquico.

Partindo desse cenário, convergimos os enfoques para o levantamento da produção bibliográfica de pesquisadores sobre o transtorno de personalidade *borderline* no Brasil, visando elencar sumariamente as publicações científicas em solo nacional para visualizarmos o panorama atual das pesquisas em andamento sobre a temática e sermos, assim, capazes de situar o lugar deste trabalho. Utilizamos como embasamento o trabalho de Finkler, Schäfer e Wesner (2017), intitulado *Transtorno de personalidade borderline: estudos brasileiros e considerações sobre a TPB*, que se propõe a realizar uma varredura da produção científica específica a despeito dos estudos e pesquisas direcionados a temáticas concernentes ao transtorno de personalidade *borderline* nos últimos trinta anos até o dia 27 de julho de 2017. Consideramos relevante pontuar esse inventário para localizarmos a perspectiva deste trabalho no campo dos estudos discursivos. No ensaio, as autoras apresentam como resultado uma busca nas bases de dados<sup>1</sup> *Embase, Lilacs, PsycInfo, PubMed e Scopus*, devido à relevância e pertinência dessas bases de dados de referência bibliográfica científica para os campos da medicina e psiquiatria, totalizando sessenta artigos científicos sobre o transtorno de personalidade *borderline* catalogados.

Sumarizando, as autoras categorizam os textos em grupos por áreas afins, sendo quarenta artigos sobre intervenção terapêutica, oito na área da neurofisiologia, cinco imputados à neuropsicofarmacologia e sete em campos diversos como genética humana ou psicologia cognitiva. Por meio desse levantamento, constata-se, ainda, um constante aumento de produções internacionais nas últimas duas décadas. Contudo, o Brasil ainda apresenta um número relativamente baixo de pesquisas sobre o tema, se comparado à produção estadunidense, especialmente vinculado ao campo da linguagem e, “devido a isso, mais estudos são necessários para conferir robustez aos achados que existem até o momento” (STOFFERS *et al.*, 2012). Neste sentido, como expõem Leta, Thijs e Glänzel (2013), o Brasil contribuiu com 2,59% (147.503 artigos) do total da produção científica mundial entre 2007 e 2011, ocupando a 13ª posição do *ranking* global.

---

<sup>1</sup> Afirmamos que um critério semelhante de seleção, descrição e análise do *corpus* fora utilizado por Franceschini (2017) ao pesquisar sobre o universo do aluno com *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade* com fulcro nos estudos linguísticos.

Balizando a contextualização do tema e o reconhecimento da pertinência em avançar com as pesquisas brasileiras sobre o transtorno de personalidade *borderline* em paralelo com o cenário científico internacional, justificamos a viabilidade, relevância e necessidade de investigação desse complexo padrão de comportamento provindo dos chamados transtornos de personalidade sob a ótica da psiquiatria, em especial, pertencente ao campo da linguagem. Desse modo, direcionamos o interesse de pesquisa para a perspectiva dos estudos discursivos por apresentar um desenvolvimento da compreensão desse fenômeno comportamental na esteira dos transtornos de personalidade, nesse caso, do transtorno de personalidade *borderline*.

Consideramos oportuno mencionar o trabalho de doutoramento *Cartografias do discurso: a constituição de um dispositivo de TDAH*, de Franceschini (2017), para alguns esclarecimentos procedimentais. Nesse texto, o autor analisa quais as condições de possibilidade para a constituição discursiva de um dispositivo de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Para tanto, reúne uma série de artigos científicos para compor o material de análise de acordo com critérios de recorte estabelecidos. Disso, recorta alguns enunciados, tomados como sequências discursivas, para compor o *corpus*. O enfoque dessa pesquisa paira sobre a construção da identidade do sujeito hiperativo no campo do saber da medicina em relação a outros campos como a psiquiatria, neurologia, pediatria, entre outros. Além disso, Franceschini (2017) mobiliza um conjunto de noções epistemológicas da obra de Foucault para realizar a investigação do dispositivo de TDAH. Inicia seu trabalho mobilizando os Manuais Diagnósticos e os correlacionam com os elementos discursivos. Posto isso, utiliza como aporte teórico-metodológico a perspectiva arqueológica e genealógica de análise.

Mediante a formalização de todo esse procedimento metodológico de análise do *corpus* realizado por Franceschini (2017), afirmamos que nossa pesquisa se vale desse caminho percorrido pelo autor, no entanto, sob diferentes condições de possibilidade de emergência dos sujeitos. Desta vez, buscamos investigar como os artigos científicos publicados especificamente sobre o transtorno de personalidade *borderline* em diferentes instituições de ensino, identificadas ao longo do trabalho, servem de materialidade significativa para subsidiarmos o atravessamento de discursos clínico, acadêmico, jurídico, entre outros. Ressaltamos, portanto, que apesar de o caminho teórico-metodológico apresentar pontos de encontro, o objeto – o sujeito *borderline* – ocupa um lugar singular no saber da medicina em relação ao sujeito TDAH. Por outro lado, buscamos direcionar as nossas análises para a exploração do dispositivo psiquiátrico com vista a pensar em como as relações entre saber e poder determinam as condições de possibilidade do aparecimento de elementos de subjetivação observados no

*corpus* selecionado.

Posto isso, o objetivo geral desta tese é analisar quarenta e uma sequências discursivas recortadas de quarenta artigos científicos produzidos sobre o transtorno de personalidade *borderline* e publicados a partir de pesquisas realizadas em instituições universitárias a fim de investigar discursividades voltadas para a constituição de um sujeito *borderline* enquanto objeto do discurso. Dessa forma, elencamos as seguintes perguntas de pesquisa:

- Como, respectivamente, os enunciados se dispõem nos artigos científicos sobre o transtorno *borderline* de modo a estabilizar o saber da medicina psiquiátrica no *corpus*?
- Sob quais ordens esses enunciados se agrupam para materializar discursos clínicos, acadêmicos ou jurídicos no *corpus*?
- Como a disciplina funciona enquanto um princípio das relações de poder na instituição hospitalar voltadas para o sujeito *borderline* percebido no *corpus*?
- De que modo as técnicas disciplinares incidem sobre a objetivação dos sujeitos no *corpus*?
- Quais as propriedades do dispositivo de *borderline* podem ser elencadas pelas relações saber-poder observadas no *corpus*?
- Como o sujeito *borderline* se constitui na atualidade histórica da pandemia do covid-19 a partir da análise do *corpus*?

Mediante esses questionamentos, propomos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar no *corpus* as regularidades de condições históricas de produção dos enunciados que compõem a materialidade dos discursos clínicos e acadêmicos sob o amparo da perspectiva arqueológica;
- b) investigar no *corpus* como o discurso clínico emerge dos enunciados com fulcro no saber da medicina a partir da construção de uma verdade instituída sobre as práticas discursivas dos sujeitos na instituição hospitalar;
- c) demonstrar de que maneira a disciplina fomenta técnicas de controle sobre o corpo na instituição hospitalar visando mostrar a existência de um dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus*;
- d) verificar quais os elementos discursivos fundamentam o processo de subjetivação do sujeito *borderline* a partir da análise de estudos de caso clínico e a eleição de fatores culturais; e
- e) apresentar a constituição do sujeito *borderline* na atualidade histórica da pandemia



do covid-19 a partir da análise do *corpus*.

Nesse contexto, aventamos algumas hipóteses inerentes ao alinhamento entre a rota teórica-metodológica e a análise do *corpus*:

- a) o corpo do indivíduo com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito no *corpus* à medida que é objetivado no interior das relações de poder instaladas na instituição hospitalar, assim como a disposição de técnicas disciplinares, em coexistência à instauração de objetos do discurso;
- b) o dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus* se constitui por um jogo de verdades condicionadas a localizar o sujeito *borderline* objetivado na conjectura de posições-sujeito no discurso clínico em relação ao discurso jurídico;
- c) os elementos de subjetivação percebidos no *corpus* são provindos de *técnicas de si* estabelecidas por práticas discursivas fomentadas na relação entre sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra crivada por uma crise sanitária enquanto condição de produção/possibilidade<sup>2</sup>, tais como, na atualidade desta tese, a condição de possibilidade desencadeada pela pandemia do covid-19.

Em batimento com a análise do *corpus*, mobilizamos para o desenvolvimento desta tese, inicialmente, as contribuições da obra do filósofo francês Michel Foucault. Vale ressaltar que esta tese se situa no campo da análise do discurso foucaultiana, isto é, possui como princípio a análise das condições de possibilidade de emergência do sujeito constitutivo nas relações entre saber, poder e subjetivação. Como fundamentação teórica, elencamos algumas obras basilares para compor o posicionamento teórico-metodológico deste trabalho, tais elas, respectivamente: *A arqueologia do saber* (2008a), *A verdade e as formas jurídicas* (2005a), *A ordem do discurso* (1996), *Vigiar e punir* (1999), *História da sexualidade I e II* (2011; 1984), *O sujeito e o poder* (1995), assim como os *Resumos dos Cursos do Collège de France (1970-1982)* (1997), os compilados dos *Ditos e Escritos* (2001; 2004; 2005b; 2006a) e a coletânea *Microfísica do poder* (2008b), entre outras elencadas quando necessário. Lembramos que, ao ressaltar as relações de poder, referimo-nos no decorrer desta tese sempre ao *poder psiquiátrico* com respaldo nos estudos dispostos em *O poder psiquiátrico* (2006b).

Adicionamos, ainda, como leitura complementar para a escrita deste trabalho, os diálogos teóricos e conceituais de pesquisadores que se debruçaram a estudar a obra desse historiador em tela como, por vezes, situando reflexões no campo da análise do discurso

---

<sup>2</sup> Ressaltamos que as terminologias *condição de produção* e *condições de possibilidade* serão adotadas nesta tese a fim de distinguir algumas postulações. Por condição de produção, referimo-nos às condições de emergência dos enunciados, enquanto entendemos por condições de possibilidade as condições de circulação de discursos.

foucaultiana ou outras áreas do saber, a título de sugestão: Fernandes (2012), Deleuze (1990; 2005), Dreyfus e Rabinow (1995), Fonseca (2003), Courtine (2010), Milanez e Gaspar (2010), Prado Filho (2005; 2010), Sargentini (2010), Caponi (2005), dentre outros pertinentes. Justificamos relevantes os diálogos entre esses autores, pois, segundo Courtine (2010, p. 82), “[...] reler Foucault não é ‘aplicá-lo’ à AD, é trabalhar sua perspectiva no interior da AD”. Ou seja, o posicionamento teórico-metodológico adotado para as análises se vale da especificidade da análise do discurso fundamentada pela perspectiva histórica foucaultiana.

Selecionamos, como material de análise, quarenta artigos científicos publicados no endereço eletrônico de origem estadunidense *PubMed*, um serviço de busca financiado pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), agência de desenvolvimento de novas tecnologias biomédicas, como um suporte de divulgação da *United States National Library of Medicine* (NLM), este responsável por garantir a manutenção da base de dados do *National Institutes of Health* (NIH). Esse projeto foi viabilizado em 1988 com o objetivo de criar, facilitar, coordenar e conduzir pesquisas em diversos campos da saúde, dentre eles, a medicina ou a psiquiatria, especificamente sobre o transtorno de personalidade *borderline*. Os trabalhos publicados nessa ferramenta de busca compõem um banco de dados internacionalizado profícuo para o avanço de pesquisas médicas brasileiras, oferecendo material gratuito ou adquirido.

Contudo, para articular os aportes conceituais e o grande volume de material de análise, visando pensar o objeto de estudo neste trabalho, delegamos, como construção do *corpus* de análise, o recorte de enunciados provenientes uma compilação de quarenta artigos científicos publicados entre os anos de 1953 e 2020. Como critério de seleção dos artigos, escolhemos aqueles que se referem, em comum, a alguma abordagem psiquiátrica do transtorno de personalidade *borderline*. Dispomos, no Quadro 1 a seguir, a listagem com os títulos dos artigos científicos que compõem o material de análise. Vale ressaltar que construímos o *corpus* com base em recortes de enunciados os quais chamamos de *sequências discursivas*. Sustentamos esse procedimento pela análise do enunciado sempre em funcionamento, como discutiremos durante a segunda sessão a despeito das contribuições de Foucault (2008a), ao pensar acerca das noções de enunciado e discurso. Logo, apresentamos, respectivamente, o número da sequência discursiva, o título do artigo o qual foi recortado o enunciado, o autor principal responsável pela pesquisa, o ano de publicação e a página referenciada.

**Quadro 1 – Artigos científicos que compõem o material de análise**

<b>SD</b>	<b>Título no original</b>	<b>Autor(es), ano, página</b>
SD 01	The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder	MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2
SD 02	Borderline Personality and the Detection of Angry Faces	HEPP <i>et al.</i> , 2014, p. 3
SD 03	SERT and BDNF polymorphisms interplay on neuroticism in borderline personality disorder	SALINAS <i>et al.</i> , 2020, p. 2
SD 04	The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder	DUDAS <i>et al.</i> , 2017, p. 2
SD 05	Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks	WEINER, 2019, p. 3116.
SD 06	The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence	SANCHES, 2019, p. 3
SD 07	The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol	MCMAIN <i>et al.</i> , 2018, p. 12
SD 08	The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)	JUURLINK <i>et al.</i> , 2020, p. 7
SD 09	Interpersonal Functioning in Borderline Personality Disorder Traits: A Social Media Perspective	OOI <i>et al.</i> , 2020, p. 1
SD 10	Efficacy of “Family Connections”, a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: study protocol for a randomized controlled trial	FERNÁNDEZ-FELIPE <i>et al.</i> , 2020, p. 2
SD 11	Refresher Course For General Practitioners Hysteria	BATCHELOR, 1953, p. 1041
SD 12	How useful a diagnosis is borderline personality disorder?	DAVIS, 1987, p. 265

(continua)

**Quadro 1 – Artigos científicos que compõem o material de análise**

(continuação)

<b>SD</b>	<b>Título no original</b>	<b>Autor(es), ano, página</b>
SD 13	The Family Physician and the Patient with Borderline Personality Disorder	GRIFFITHS, 1989, p. 1111
SD 14	Managing borderline personality disorder and substance use. An integrated approach	LUBMAN, 2011, p. 376
SD 15	Borderline Personality Disorder and Regularly Drinking Alcohol before Sex	THOMPSON JR. <i>et al.</i> , 2017, p. 540
SD 16	Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder	PENZENSTADLER <i>et al.</i> , 2018, p. 2
SD 17	Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments	SHAIKH <i>et al.</i> , 2017, p. 1
SD 18	Patients with borderline personality disorder need tailored emergency care	EKEBERG <i>et al.</i> , 2019, p. 2
SD 19	Evidence of practice gaps in emergency psychiatric care for borderline personality disorder: how can this be explained?	CASES <i>et al.</i> , 2020, p. 2
SD 20	The Effects of a Forest Therapy Programme on Mental Hospital Patients with Affective and Psychotic Disorders	BIELINIS <i>et al.</i> , 2019, p. 7
SD 21	Diagnosing borderline personality disorder	BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792
SD 22	Psychiatric hospital reform in lowincome and middle-income countries Structured Individualised Intervention And Recovery (SITAR): a two-arm pragmatic randomised controlled trial study protocol	RAJA <i>et al.</i> , 2020, p. 6
SD 23	Borderline personality disorder. An information guide for families	HEBBLETHWAITE, 2009, p. 23
SD 24	What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff	KEERS <i>et al.</i> , 2018, p. 3
SD 25	Reducing coercion in mental healthcare	SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660
SD 26	Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 13
SD 27	Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification	JOHNSON; ELBOGEN, 2013, p. 204
SD 28	Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases	DIERICKX <i>et al.</i> , 2017, p. 2
SD 29	Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts	SHIINA <i>et al.</i> , 2021, p. 1

(continua)

**Quadro 1 – Artigos científicos que compõem o material de análise**

(continuação)

<b>SD</b>	<b>Título no original</b>	<b>Autor(es), ano, página</b>
SD 30	Borderline personality disorder in primary care	NOWLIS, 1990, p. 332
SD 31	Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 15
SD 32	Borderline personality disorder: an update for neurologists	HALL; MORAN, 2019, p. 489
SD 33	A Case Study about Severe Borderline Personality Disorder	DEB, 2020, p. 9-10
SD 34	A Case Report of Borderline Personality Disorder	ZOHRA, 2018, p. 1
SD 35	Culture and Borderline Personality Disorder in India	CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4
SD 36	Understanding Borderline Personality Disorder Across Sociocultural Groups: Findings, Issues, and Future Directions	NEACSIU <i>et al.</i> , 2017, p. 23
SD 37	Cultural Aspects in Symptomatology, Assessment, and Treatment of Personality Disorders	RONNINGSTAM <i>et al.</i> , 2018, p. 2
SD 38	From Lockdown to Release: The Impact of Different Phases Of Covid-19 Pandemic On People Suffering From Psychiatric Disorders	RIGUCCI, 2020, p. 601
SD 39	Personality Disorders in Time of Pandemic	PRETI, 2020, p. 80
SD 40	Psychological impact of coronavirus outbreak on borderline personality disorder from the perspective of mentalizing model: A case report	CHONG, 2020, p. 1-2
SD 41		

(conclusão)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além disso, no decorrer da tese, organizamos o procedimento teórico-metodológico de análise à medida que apresentamos o objetivo de cada tópico, pois alinhamos uma série de elementos epistemológicos para realizarmos o batimento entre teoria e análise. Dessa forma, pontuamos que estruturaremos este trabalho articulando as noções teóricas elencadas e a metodologia adotada em cada caminho analítico. Além disso, enquanto analista, o posicionamento sobre o objeto também se apresenta a partir da disposição de cada aporte teórico em conformidade com o objetivo do tópico em questão.

Ainda sobre a constituição do *corpus*, consideramos relevante pontuar o que chamaremos de *sujeito autor* ao nos referirmos a quem produziu o artigo científico. Nos estudos da análise do discurso foucaultiana, a concepção de *autor* precisa ser caracterizada em duas categorias. A primeira se trata do autor enquanto indivíduo falante e detentor da

responsabilidade sobre o texto remetente à assinatura de seu nome social. Este se identifica enquanto ser empírico no mundo e parte de uma unidade que reúne de forma coesa uma série de textos. Já a noção de *autor*, situada na perspectiva teórica deste trabalho, ocupa uma função-sujeito no discurso com âmago na constituição de um lugar discursivo historicamente legitimado por condições de possibilidade de emergência, para que aqueles enunciados sejam produzidos daquela maneira singular, uma vez que,

Concernente à relação sujeito e enunciado, sempre há um sujeito, um autor, ou uma instância produtora. No enunciado há sempre uma posição-sujeito, ou uma função que pode ser exercida por vários sujeitos. A análise do enunciado na AD deve investigar qual é essa posição-sujeito, que se inscreve na história, lugar em que o enunciado deve ser analisado. (FERNANDES, 2012, p. 34).

Dessa forma, sempre que nos referirmos ao *sujeito autor*, *sujeito borderline*, *sujeito psiquiatra* ou outros sujeitos, estamos mobilizando esta função do sujeito no enunciado vinculado à instituição hospital. Buscamos, assim, partir do pressuposto de que todos os enunciados elencados nesta tese são passíveis de se identificar uma função autor, isto é, um posicionamento do sujeito por meio da investigação da materialidade discursiva como será discutido posteriormente. Ou seja, ao tratarmos as sequências discursivas como um lugar de ocorrência dos discursos, estamos reativando esta concepção de autoria para denotarmos de qual posição o sujeito se ocupa para que aquele enunciado seja produzido sob aquelas circunstâncias históricas. Nesse sentido, apresentamos a relação entre indivíduo e função-sujeito da qual nos valem para pensar o sujeito autor:

Logo não há que querer desfazer as hierarquias, as coerções, as proibições, para valorizar o indivíduo, como se o indivíduo fosse algo que existisse em todas as relações de poder, que preexistisse às relações de poder sobre o qual pesam inevitavelmente as relações de poder. Na verdade, o indivíduo é o resultado de algo que lhe é anterior e que é esse mecanismo, todos esses procedimentos que vinculam o poder político ao corpo. É porque o corpo foi “subjetivado”, isto é, porque a função-sujeito fixou-se nele, é porque ele foi psicologizado, porque foi normalizado, e por causa disso apareceu algo como o indivíduo, o propósito do qual se pode falar, se podem elaborar discursos, se podem tentar fundar ciências. (FOUCAULT, 2006b, p. 58).

Assim, não nos interessa, aqui, descrever a especificidade de cada autor em cada artigo, mas elencar esses jogos discursivos para refletir sobre uma função-sujeito constituída regularmente nos enunciados. Essa retomada à função-sujeito, portanto, não se restringe a uma individualização no sentido de isolar o sujeito, mas abrange também a construção de um *eu*, no interior dos enunciados, suscetível de se tornar *outro*, ou seja, ocupar uma função-sujeito

distinta. Isso implica pensarmos que um mesmo enunciado pode conter mais de uma função-sujeito a depender da instauração do procedimento metodológico adotado pelo analista do discurso, já que os sujeitos objetivados sofrem transformações históricas de acordo com condições de produção distintas a cada acontecimento enunciativo.

Após esse esclarecimento, partimos pela rota teórico-metodológica definida para esta tese. Na segunda sessão, iniciamos os prolegômenos do empreendimento arqueológico de Foucault (2008a) para delinear o lugar da *Nova História* em oposição à *História Tradicional*. Realizamos esta distinção, pois em diversos momentos da tese nos referimos às *condições históricas* nas quais os artigos se amparam. As noções mobilizadas são os princípios de *descontinuidade e acontecimento histórico*. Por meio dessa perspectiva, reunimos os fatos discursivos inerentes aos artigos científicos de modo a examinar a sua historicidade com fulcro nas concepções de *formação discursiva e discurso*, pois analisar os enunciados em funcionamento nos dispõe uma materialidade circunscrita por sentidos prováveis e observáveis na descrição de um discurso que, ao se vincular ao seu lugar na história, valida o enunciado enquanto uma função.

Logo, verificamos as condições de possibilidade para a emergência desses enunciados naquele lugar histórico dos artigos a partir de regularidades discursivas. Posto isso, o objeto de análise sujeito *borderline* não paira sobre o enunciado, mas sobre as condições de aparecimento desse enunciado, assim como postulado na visão arqueológica discutida posteriormente. Dessa forma, o *corpus* serve de materialidade constitutiva para a construção do objeto do discurso. Dentre esses objetos, isolamos especificamente o sujeito *borderline*. Esse sujeito se constitui à medida que o conjunto de enunciados se agrupa e compõe as propriedades de um discurso mediante a descrição de dadas práticas que seguem certas *regras de formação*.

Dessa forma, interessa-nos, nesta segunda sessão, eleger as condições de produção, ou melhor, de possibilidade para o surgimento dos enunciados frente às regularidades discursivas observadas. Tratamos de buscar as circunstâncias históricas, sociais, culturais ou políticas suficientes para mobilizar instâncias discursivas com o objetivo de propor um aparato científico no processo de objetivação do sujeito *borderline*, processo esse operacionalizado nas análises. Para tanto, tais reflexões se articulam pela mobilização do que chamamos de *sequências discursivas*, isto é, recortes de sintagmas, expressões ou frases que sinalizam elementos de condições históricas, assim como, em alguns casos, a ocorrência discursiva ser provinda de leituras semânticas do enunciado. Por questões didáticas, as sequências discursivas são alinhadas e mencionadas sempre que a apresentação das noções teóricas avança, pois, o que

chamamos de *batimento entre teoria-análise*, torna-se oportuno e congruente na composição do procedimento metodológico deste trabalho.

Ao prosseguirmos as análises, mencionamos o pressuposto foucaultiano de que a determinação dos discursos obedece a uma espécie de *ordem do discurso* a qual o sujeito *borderline* se inscreve. Essa concepção altera o lugar do analista frente ao *corpus*. Se, na perspectiva arqueológica, o enfoque pormenoriza a organização dos enunciados no discurso, nesse caso, busca-se examinar a ordenação dos enunciados nos discursos clínico e acadêmico no saber da medicina. Ressaltamos que o princípio da ordem não condiz estritamente a uma hierarquia no agrupamento de enunciados perpassada pelos discursos, mas a uma sucessão histórica de acontecimentos, interdições ou exclusões, os quais o analista do discurso identifica as correlações entre enunciados produzidos anteriormente e enunciados produzidos na atualidade do saber médico. Novamente, mobilizamos um conjunto de sequências discursivas para elencarmos como essa ordem pode ser percebida no *corpus* com vista a reunir elementos constitutivos do sujeito *borderline* pautados na construção de uma verdade sobre o transtorno, ou melhor, de uma vontade de verdade, perspectiva cara à análise enunciativa.

Partimos do pressuposto de que essa verdade não implica na descrição daquilo que verdadeiro de modo absoluto, mas a verdade sempre pertence a um jogo de regimes de verdade, isto é, de acordo com Foucault (2005a, p. 13), a verdade se trata de um “[...] conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder”. Dessa forma, tomamos a verdade sempre como uma construção, um produto, um efeito circulante sobre os enunciados já produzidos. Conseguimos identificar esses *efeitos de verdade* nas sequências discursivas a partir do momento em que o saber faz circular discursos inerentes à produção dos enunciados visando sustentar elementos semânticos tencionados sob regularidades históricas de possibilidade. Assim, a verdade sempre é um efeito das transformações históricas dos enunciados, e é esse o objetivo da segunda sessão: identificar essas transformações pensando em como o sujeito *borderline* se torna objeto do discurso, isto é, objetiva-se.

Para isso, investigamos no *corpus* como o saber da medicina se organiza e se ordena para fazer emergir enunciados singulares, mas, ao mesmo tempo, produzidos sobre uma regularidade. Afirmamos que a articulação dos objetos do discurso pelo saber da medicina pode ser visualizada na análise dos enunciados recortados dos artigos, já que as regularidades podem demonstrar o modo como essa verdade se constrói intermediada pelas relações entre os discursos, por exemplo, os discursos clínico e acadêmico. Assim, selecionamos textos em que



Foucault (1997) divulga os seus estudos acerca do sujeito louco, pois consideramos viável vislumbrar o sujeito *borderline* em sua atualidade histórica se alinharmos essa perspectiva aos percursos metodológicos dispostos pelo pensador francês na elaboração de uma arquitetura discursiva do saber médico.

Posto isso, devido à amplitude do saber médico e ao grande volume de artigos científicos referentes a esse saber, optamos por utilizar como critério de recorte os artigos científicos remetentes à abordagem do hospital psiquiátrico, pois tendo em vista que o hospital dinamiza tanto as relações entre sujeitos quanto as relações entre objetos, buscamos demarcar como limites analíticos a instituição hospitalar. Tratamos com mais detalhes o funcionamento histórico de uma instituição hospitalar durante as discussões.

O que vale ressaltar, inicialmente, trata-se da maneira como inserimos a concepção de instituição. O nosso objetivo não se reduz a descrever a instituição hospitalar para justificar as condições de produção dos enunciados, mas também mostrar, por meio da investigação do poder psiquiátrico, o depreendimento das condições históricas em que as relações de poder poderiam ser gerenciadas pelas normalizações e normatizações prováveis no interior do hospital. Por isso, finalizamos a segunda sessão constatando que, ao investigarmos o *corpus* pelo viés da arqueologia, podemos examinar o *corpus* almejando relacionar os elementos mostrados sobre o saber médico e a instauração de relações de poder entre os sujeitos nessa instituição. Dessa forma, encerramos a segunda sessão com conclusões suficientes para avançarmos na eleição de elementos de subjetividade capazes de fomentar a objetivação do sujeito *borderline*.

Mediante isso, iniciamos a terceira sessão com a apresentação não da perspectiva arqueológica, mas com o posicionamento da *genealogia do poder*. Esse posicionamento se justifica porque conseguimos fundamentar o procedimento de análise a partir de uma visão investigativa para a relação de poder entre sujeitos no interior da instituição hospitalar. Isso implica em tratar os indivíduos paciente e psiquiatra como sujeitos constituídos em suas relações históricas. Ou seja, conseguimos verificar nas sequências discursivas as probabilidades de se pensar em relações de poder mediante a ocorrência material do que chamamos, em leitura a Deleuze (2005), de *visível e enunciável*. O ato de fazer ver e enunciar resgata a concepção de *exterioridade*.

Chamamos de *exterioridade* as instâncias referentes à construção dos efeitos de verdade que não se materializam no enunciado, mas indicam as circunstâncias em que esse enunciado pode ser produzido daquela forma e não de uma forma distinta, constatação essa amplamente

discutida na obra foucaultiana. Além disso, realizamos a distinção entre algumas terminologias que, apesar de se entrelaçarem, são utilizadas na tese de modo pontual a cada avanço nas análises. Diferenciamos *subjetividade*, *sujeição* e *subjetivação*, pois cada uma compõe uma das propriedades constitutivas do sujeito *borderline* na investigação do *corpus*. Por outro lado, essas noções singularizam o lugar desta tese nos estudos da análise do discurso foucaultiana, haja vista que buscamos evidenciar a genealogia do sujeito.

Após essa discussão da posição da genealogia do poder frente às concepções epistemológicas acionadas, avançamos a pesquisa para um princípio inerente a todos os exames seguintes: a *disciplina*. Mediante a apresentação da perspectiva histórica da análise do discurso foucaultiana, a análise arqueológica do saber médico e o delineamento do percurso enunciado, formação discursiva e discurso, dedicamo-nos a pensar como o advento da disciplina incide sobre a instituição hospitalar, já que acreditamos que essa instituição abarca a emergência de objetos do discurso crivados por relações de poder, dentre eles, o sujeito *borderline*.

Em primeiro lugar, mobilizamos Foucault (1999) para trilharmos um percurso teórico de como as técnicas de *vigiar e punir* se instalaram nos sistemas prisionais, sobre os quais Foucault (1999) se debruça para construir uma espécie de matriz das relações de poder na prisão que se aplica a outras instituições, como o próprio hospital. Para tanto, coloca em enfoque os sistemas de controle dos corpos enquanto materialidades constitutivas de sujeitos. Valemo-nos dessa acepção para situar o sujeito *borderline* no interior da instituição hospitalar, a qual desempenha um papel fundamental na determinação dos âmbitos da relação de poder entre, recortamos, o sujeito *borderline* e o sujeito psiquiatra diante dos objetos do discurso.

Assim, viabilizamos as constatações históricas de transformação do termo *borderline* a partir da transformação da chamada *loucura* nos estudos foucaultianos. Examinamos as sequências discursivas à procura de elementos de discursividade suscetíveis a formalizar certas técnicas disciplinares a partir dos três correlatos apreendidos nas prisões: a *vigilância hierárquica*; a *sansão normalizadora*; e o *exame*. Justificamos essa escolha dos critérios devido à presença dessas circunstâncias no *corpus*. Ressalvamos, ainda, que o objetivo dessa observação das técnicas disciplinares não é repensar os procedimentos metodológicos dispostos nos estudos foucaultianos, mas, sim, elencar quais são as singularidades inerentes à emergência do sujeito *borderline*, dada a atualidade desse sujeito nos estudos discursivos.

Consideramos suficiente, dessa forma, destacar sequências discursivas que mostram como essas técnicas disciplinares normalizadoras e normatizadoras são operacionalizadas na instituição hospitalar contemporânea e produzem subjetividade tanto do paciente quanto do

médico, especialmente no que se refere aos transtornos de personalidade. Como amparo teórico, também optamos por adicionar a essa análise o advento dos estudos sobre as técnicas de vigilância e punição provindas da observação do funcionamento do *panóptico* no contexto prisional, dessa vez aplicado ao contexto do hospital psiquiátrico.

Perante o levantamento da arqueologia do saber médico e a definição da genealogia do sujeito *borderline*, encerramos a terceira sessão com uma proposta pertinente ao avanço da tese. Apresentamos a determinação dos elementos suficientes para pensarmos em um dispositivo psiquiátrico que dê conta do imbricamento entre o discurso clínico e discurso jurídico no interior da instituição hospitalar a qual viabiliza a emergência do sujeito *borderline*. O estudo realizado por Foucault (2011), ao tratar da história da sexualidade, debruçou-se a elaborar o chamado *dispositivo de sexualidade*. Verificamos ser viável recortar algumas dessas constatações para operacionalizar a concepção do dispositivo psiquiátrico a fim de reiterar as propriedades discursivas visíveis e enunciáveis a despeito do transtorno de personalidade *borderline* e, conseqüentemente, instaurar, por meio da mobilização dos regimes discursivos clínico e jurídico, a posição-sujeito do sujeito *borderline* nesse dispositivo em questão. O objetivo desse recorte teórico é refletir sobre o lugar do sujeito *borderline* nos regimes de verdade a partir das *linhas de subjetivação* enquanto elementos de uma *cartografia do discurso clínico-jurídico*, perspectiva essa amparada por Deleuze (1990). Com base nesse estudo, ressaltamos que a mobilização de dois discursos no *corpus*, o discurso clínico e o discurso jurídico, efetiva-se pela necessidade de se fazer “ver” e “falar” sobre um determinado objeto, o sujeito *borderline*, em consonância com as interdiscursividades, isto é, as relações entre discursos enquanto efeitos de verdade.

Ademais, o acionamento do conceito de *governamentalidade*, teorizado por Foucault (2008b), torna-se oportuno para demonstrar de que modo os sujeitos são governados mediante relações de poder instauradas no interior da instituição hospitalar com fulcro em dois regimes discursivos, o clínico e o jurídico. Recortamos desse estudo sobre o dispositivo da sexualidade um conjunto de enunciados nos quais o sujeito *borderline* se objetiva tanto nas condições clínicas quanto nas condições judiciais referentes ao seu comportamento avaliado pelos manuais e pelas leis, ambos normatizadores, como inadequado, ou melhor, qualifica-se suas condutas ou por um sujeito psiquiatra ou por um sujeito juiz. Posto isso, acionamos a noção de *liberdade* como ponto de partida para esse dispositivo psiquiátrico. Objetivamos reunir os elementos de transformações históricas a exemplo do dispositivo de sexualidade para o dispositivo psiquiátrico, haja vista a pertinência da visualização dos imbricamentos discursivos.

A segunda e terceira sessões tratam de questões referentes ao saber e o poder. Já na quarta sessão avançamos nas análises genealógicas, tendo em vista, agora, os processos de *objetivação* e *subjetivação* do sujeito *borderline*. Para isso, discutimos sobre a correlação dos processos de *objetivação* e *subjetivação* e tomamos como ilustração a *prática de confissão* do sujeito *borderline* ao sujeito psiquiatra. Nesse ponto, questionamos as condutas dos sujeitos no processo diagnóstico com base no estudo do poder pastoral realizado por Foucault (2009) para refletir sobre o poder estabelecido pela prática clínica. A fim de verificar essa relação de poder, apresentamos o que chamamos de *aliança médico-paciente*, pois as sequências discursivas demonstram elementos satisfatórios para que possamos consolidar essa aliança de modo a revelar quais instâncias de *objetivação* e *subjetivação* integram a constituição do sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra.

Por outro lado, após a investigação dos elementos de subjetivação inerentes às relações de poder entre os sujeitos, prosseguimos as análises a partir de alguns estudos de caso clínicos. Justificamos no início do tópico que a prática de análise de estudos de caso clínicos pertence ao campo das ciências humanas, a psicologia clínica, e, por isso, delineamos o lugar dessa metodologia nos estudos discursivos. Em seguida, observamos dois aspectos: o primeiro, a fixação de um *olhar do médico* reiterado pelas análises anteriores; e o segundo, a definição de um *olhar do paciente sobre si mesmo*. Para tanto, examinamos a descrição de uma sessão de atendimento com o sujeito *borderline* em consultório médico realizada pelo sujeito psiquiatra. Nessa descrição, o sujeito *borderline* confessa sobre suas autopercepções, autoavaliações e autoanálises a despeito de seus comportamentos sociais. Dessa forma, conseguimos investigar como o sujeito *borderline* julga as suas atitudes a partir do olhar do sujeito psiquiatra apresentado nos artigos científicos. Por exemplo, o sujeito *borderline* afirma que sente “culpa” por agir de tal maneira, e essa confissão é descrita pelo sujeito psiquiatra e publicada no artigo científico. Posto isso, utilizamos a contribuição de Foucault (1997) para discutir sobre as *técnicas de si* enquanto componente desses processos de *objetivação* e *subjetivação*. Essas *técnicas de si* provêm não mais do governo de um sujeito sobre outro, mas do sujeito sobre si mesmo.

Por meio da análise de algumas sequências discursivas, conseguimos reunir ocorrências capazes de fundamentar a construção de uma posição do sujeito *borderline* em estudos de caso clínicos enunciados pelo sujeito psiquiatra que, apesar de pertencente ao saber da psicologia, serve de material para fazermos emergir o objeto sujeito *borderline*. Manejamos, assim, as concepções de *governo*, *governamentalidade*, *controle de condutas*, *olhar para si*, dentre outras

instâncias pertinentes à prática de estetização das próprias práticas no discurso clínico. A fim de subsidiar esse gerenciamento de noções, tratamos o sujeito *borderline* como inserido em um jogo de “liberdade” e “ética de si”, tais como os objetos *sujeito livre* ou *self*. Enfim, o olhar para os enunciados se mostra satisfatório para elegermos esses elementos de *objetivação* e *subjetivação* das *práticas de si* presentes no *corpus* a despeito da constituição do sujeito *borderline* enquanto uma experiência no atendimento clínico em consultório médico.

Por fim, encerramos a quarta sessão com uma nota decorrente da atualidade histórica desta tese. Os meses finais de 2019, o ano de 2020 e o início 2021 foram marcados fortemente pela instalação de um estado de pandemia devido ao rápido contágio do *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2* (SARS-CoV-2), causador da doença covid-19. A ocorrência dessa pandemia afetou radicalmente a arquitetura da estrutura social, cultural e política em todo o mundo. Até a produção desta tese, 31 de agosto de 2021, as informações, retiradas do *site* oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que o vírus se enquadra no rol de doenças avaliadas como de baixa letalidade no que se refere ao número proporcional de vítimas em um grupo isolado de indivíduos. Porém, a velocidade com que tal vírus se espalha e contagia e a alta taxa de mortalidade aos chamados grupos de risco geraram uma série de atribuições ao Estado ou a outras formas de governo em diversos países que, conseqüentemente, mobilizou muitas vezes parte das instituições sociais em prol de amenizar os impactos negativos.

Esses impactos afetaram diversos setores e instituições sociais, dentre eles a economia e o sistema de saúde em diferentes nações. Torna-se relevante, para esta tese, destacarmos os impactos socioeconômicos especificamente no que se refere à produção técnico-científica dos artigos científicos componentes do *corpus*, por se remeterem à instituição hospitalar e à objetivação do sujeito *borderline* no discurso clínico e, como chamaremos neste estudo, no *discurso pandêmico*, uma vez que, nesse recorte, levaremos em consideração as medidas de prevenção e remissão da velocidade do contágio por meio de quarentena como condições de possibilidade para a emergência de sujeitos, dentre eles os sujeitos psiquiatra e *borderline*. Essa quarentena foi composta por isolamentos sociais que limitaram a circulação de sujeitos nos espaços sociais como medidas de prevenção, além da recomendação de uso de máscaras, aplicação do álcool em gel, e outras intervenções. A instalação da pandemia influenciou nas transformações históricas da comunidade científica de todas as áreas de pesquisas, como o saber da medicina. A necessidade de desenvolver imunizantes para conter os graves sintomas do vírus

também influenciou os posicionamentos das autoridades governamentais e proporcionou um avanço mais rápido da ciência para dar conta de todas essas novas condições atípicas.

Dessa forma, consideramos relevante e importante mencionarmos de que modo a ciência do saber médico recebeu esse sujeito com transtorno de personalidade diante dessas inéditas circunstâncias sociais, históricas e culturais desencadeadas pela quarentena. Entendemos a pertinência em alinhar as constatações das sessões anteriores ao que chamaremos de *discurso pandêmico*. O *discurso pandêmico* foi pensado como uma resposta ao *discurso clínico*, pois, como analisado no *corpus*, os artigos científicos publicados após o início da pandemia sofreram alterações significativas na emergência de objetos do discurso e sujeitos. Para formalizarmos esta análise, selecionamos algumas sequências discursivas provindas de artigos científicos publicados durante a quarentena para pensar em como os impactos da pandemia fomentam material de análise satisfatório e refletir a despeito desse sujeito com transtorno de personalidade a partir de sua posição-sujeito no *discurso pandêmico*. Posto isso, reiteramos o posicionamento do sujeito autor a fim de viabilizar esse objetivo.

Assente a exposição do tema e justificativa, perguntas de investigação, objetivos, hipóteses, fundamentação teórica, construção do *corpus* e delimitação dos procedimentos de análise, defendemos a seguinte tese: o indivíduo diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito *borderline* em relação ao sujeito psiquiatra a partir dos processos de *objetivação* e *subjetivação*, ambos legitimados por técnicas disciplinares instaladas na instituição hospitalar e materializadas nos enunciados condicionados pelos discursos clínico e acadêmico, dentre outros desde a publicação dos primeiros textos, em 1957, até a atualidade, em 2021. Sendo assim, passemos à segunda sessão.

## 2 ARQUEOLOGIA DO SUJEITO *BORDERLINE*

### 2.1 *Prolegômenos da arqueologia do saber*

O ponto de partida desta tese exige uma recorrência à *Nova História*, a fim de fundamentar um ângulo específico sobre o sujeito *borderline*, pois, quando tomado como objeto da análise do discurso foucaultiana, torna-se um objeto histórico e singular, instâncias essas explicadas no decorrer da sessão. Assim, em oposição, a problemática central do percurso metodológico da *História Tradicional* gira em torno dos critérios adotados no trabalho do historiador ao definir quais acontecimentos devem ser apresentados e quais devem ser silenciados no sentido de isolar séries de enunciados em detrimento de outros a partir de um princípio de encadeamento específico e coerente.

Essa coerência se institui na tentativa teórica de fazer com que as relações entre as séries de enunciados já produzidos sobre o transtorno de personalidade *borderline* se efetivem pautadas em parâmetros temporalmente fixos e permanentes, tais como os últimos dez anos de produção técnico-científica no contexto da Academia. Todavia, questionamos: sob quais trajetórias metodológicas um historiador se inscreve para elencar uma série de enunciados científicos enquanto um princípio de unidade de um dado campo do conhecimento médico? Para responder a essa urgência, de acordo com os estudos arqueológicos de Foucault (2008a), precisamos colocar em pauta os motivos pelos quais os agrupamentos de séries sobre o transtorno são examinados de forma imanente às exterioridades dos artigos científicos, em contraponto à observação da materialidade histórica provinda tanto do ambiente universitário quanto da medicina enquanto disciplina.

Em contraste com a *História Tradicional*, na perspectiva da *Nova História*, podemos pensar hipoteticamente que a sistematização dos enunciados sobre o espectro *borderline* fomenta categorias regulares de aparição e, conseqüentemente, desencadeia um conjunto de apagamentos de sequências lógicas supostamente genuínas a fim de suprir as lacunas acarretadas por deslocamentos históricos, nesse caso, desconsiderados para efeito de análise do novo formato de “fazer história”. De acordo com Foucault (2008a), e tendo em vista o tema desta pesquisa, mostra-se inviável pensar em uma *história geral* dos acontecimentos históricos referentes ao campo da medicina, sobretudo uma história aparentemente coesa por relações asseguradas pelo saber médico e, ao mesmo tempo, heterogêneas e múltiplas com várias instâncias mutáveis. Isso decorre da falta de permanência de unidades enunciativas devido à

existência de dispersões desde os níveis materiais até os níveis discursivos em direção à delimitação de conjuntos de séries articuladas em forma de publicação teórico-prática na perspectiva universitária.

Assim, consideramos pertinente discutir sobre a internalização das instâncias referentes à perspectiva discursiva com o objetivo de delinear a noção de *descontinuidade* calcada no pensamento de Foucault (2008a) em sua empreitada arqueológica, já que consideramos as conjunturas de artigos científicos, o *corpus* desta tese, como uma sucessão de enunciados temporalmente, no entanto, não pertencentes a um mesmo alinhamento tradicionalmente histórico. Inicialmente, notamos algumas fissuras de ordem teórica na disposição e manejo com os enunciados sobre *borderline*, pois, para que alguns sejam tomados como matriz de análise, precisamos romper com a influência das tradicionais interceptações da *História Tradicional* para dar lugar a uma observância, no caso dos estudos da linguagem, sobre os fenômenos discursivos recorrentes. Remetemos, por um lado, ao equilíbrio entre os aspectos das semelhanças ou repetições e, por outro, às afetividades entre a mutabilidade e o desenvolvimento de conjunturas mais ou menos coerentes dos enunciados inseridos em um escopo do que chamaremos, em um primeiro momento, de medicina moderna em consonância com a universidade.

Essa movimentação não se restringe somente às margens de elementos consolidados enquanto rastros soberanos do sujeito *borderline* ciente de sua interligação com a coletividade dos doentes mentais em uma dada sociedade médica, pois essa não se sustenta por laços alojados em formas estanques, mas, sim, pela influência da história acerca da construção do objeto no processo de dispersão dos acontecimentos históricos. De acordo com Milanez e Santos (2010, p. 45), “A descontinuidade arqueológica problematiza a categoria sujeito. Foucault demonstra que, antes de fonte dos discursos, o sujeito é apenas uma posição ocupada por aquele que enuncia algo”. Nesse sentido, desenredamos uma série de enunciados a partir de um olhar estratégico do analista para os fatos de discursos em suas heterogêneas propriedades à medida que se tornam reconhecíveis em um princípio de unidade. Objetivamos organizar a estratégia adotada pelos sujeitos autores dispostos na introdução de três artigos publicados respectivamente em 2014, 2016 e 2020 em atmosferas clínica e universitária, pois tencionamos mostrar como se desenvolve a articulação histórica do funcionamento enunciativo a partir das regularidades ao longo desses sete anos de produção acadêmica:

*SD 01.* A preferência forte e estável por viver na forma do outro gênero é o sintoma clínico dos Transtornos da Identidade de Gênero (TIGs). Com base no texto revisado



da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), esse transtorno causa insatisfação contínua do gênero ou sentimento de inadequação do papel sexual atual. [...] Esse estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Ciências Médicas do Irã. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido após receberem uma descrição completa do estudo. Vale ressaltar que os resultados dos testes de três pacientes foram excluídos devido aos escores das escalas de baixa validade do MCMI II. (MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2).<sup>3</sup>

*SD 02.* Vinte e nove pacientes do sexo feminino com TPB<sup>4</sup> e 28 HCs<sup>5</sup> do sexo feminino foram recrutados entre maio de 2011 e dezembro de 2011. Os pacientes foram recrutados por meio de um banco de dados de pacientes no Instituto Central de Saúde Mental, Mannheim, Alemanha, e participantes saudáveis do grupo controle foram recrutados por meio de anúncios em jornais locais. [...] Os pacientes com TPB foram diagnosticados por um clínico experiente usando a versão alemã da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV e o Exame Internacional de Transtorno de Personalidade. Os critérios gerais de exclusão foram diagnósticos comórbidos de esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do desenvolvimento ou dependência de substância. (HEPP *et al.*, 2014, p. 3).<sup>6</sup>

*SD 03.* A amostra populacional do estudo foi composta por 76 pacientes com diagnóstico de TPB. Todos os casos foram recrutados na Clínica Psiquiátrica Universitária da Universidad de Chile. Entrevistas estruturadas, SCID-I e SCID-II, foram usadas para identificar distúrbios do DSM-IV nos Eixos I e II. Os critérios de exclusão foram história de mania ou psicose, uso de drogas atual, episódio depressivo presente e doença médica grave que poderia interferir na gravidade clínica. (SALINAS *et al.*, 2020, p. 2).<sup>7</sup>

Preliminarmente, encontramos regularidades linguísticas e discursivas na formulação regular desses três enunciados recortados de três artigos científicos. Observamos um cuidado em desdobrar a visão engessada de estabelecer um *discurso geral* com características estabilizadas e elementos recorrentes nos procedimentos eventuais da análise clínica do sujeito

---

<sup>3</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Strong and stable preference to live in form of the other gender is the clinical symptom of Gender Identity Disorders (GIDs). Based on the revised text of the 4th edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IVTR), this disorder causes continuous dissatisfaction of the gender or feeling of inappropriateness of the current sexual role. [...] This study was approved by the Review Board of the Psychiatry Department of Iran University of Medical Sciences. All the participants signed a written informed consent after they were provided with a complete description of the study. It is noteworthy to mention that the test results of three patients were excluded due to low validity scales scores of the MCMI II.*” (MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2).

<sup>4</sup> Transtorno de Personalidade *Borderline*.

<sup>5</sup> Controle da Saúde.

<sup>6</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Twenty-nine female BPD patients and 28 female HCs were recruited between May 2011 and December 2011. Patients were recruited through a patient database at the Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany, and healthy control participants were recruited through advertisements in local newspapers. [...] BPD patients were diagnosed by an experienced clinician using the German version of the structured clinical interview for the DSM-IV and the International Personality Disorder Examination. General exclusion criteria were comorbid diagnoses of schizophrenia, bipolar disorder, developmental disorder, or substance dependency.*” (HEPP *et al.*, 2014, p. 3).

<sup>7</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The study population sample was comprised of 76 patients diagnosed with BPD. All the cases were recruited at the University Psychiatric Clinic of Universidad de Chile. Structured interviews, SCID-I and SCID-II, were used to identify DSM-IV disorders on Axis I and II. Exclusion criteria were history of mania or psychosis, present substance abuse, present depressive episode, and severe medical illness that could interfere with the clinical severity.*” (SALINAS *et al.*, 2020, p. 2).

*borderline* concernentes à construção de enunciados sobre enunciados. Os trechos “Com base no texto revisado na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) [...]”, em *SD 01* (MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2); “Os pacientes com TPB foram diagnosticados por um clínico experiente usando a versão alemã da entrevista clínica estruturada para o DSM-VI [...]”, em *SD 02* (HEPP *et al.*, 2014, p. 3); e “[...] foram usadas para identificar distúrbios do DSM-IV [...]”, em *SD 03* (SALINAS *et al.*, 2020, p. 2), reúnem elementos originados de dada regularidade enunciativa.

Nessa perspectiva, com essas constatações de oposições entre o regular e o disperso no contexto do discurso, devemos considerar o aspecto notadamente histórico dos artigos científicos no processo de formulação e das condições de possibilidade, uma vez que a noção de *acontecimento histórico*, como preconizado anteriormente, abarca os entrecruzamentos de relações para além da materialidade linguística. Isso retoma a particularidade dos estudos da análise do discurso em examinar o atravessamento de discursos em enunciados em contraposição à análise exclusiva da proposição. Mediante essas respostas, consideramos significativo esclarecer o conceito de *acontecimento histórico* teorizado por Foucault (1996). Assim, apresentamos integralmente a colocação a seguir:

Certamente o acontecimento não é nem substância nem acidente, nem qualidade, nem processo; o acontecimento não é da ordem dos corpos. Entretanto, ele não é imaterial; é sempre no âmbito da materialidade que ele se efetiva, que é efeito; ele possui seu lugar e consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de elementos materiais; não é o ato nem a propriedade de um corpo; produz-se como efeito de e em uma dispersão material. Digamos que a filosofia do acontecimento deveria avançar na direção paradoxal, à primeira vista, de um materialismo do incorporal. (FOUCAULT, 1996, p. 57-58).

Logo, as relações entre os enunciados, no nível do acontecimento histórico, sinalizam a que ordens os campos heterogêneos da medicina tendem a se agrupar e formular condições gradativamente arroladas na exterioridade de seu funcionamento circunscrito em um campo validado por instituições, tais como os amparos do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Ciências Médicas do Irã, do Instituto Central de Saúde Mental de Mannheim da Alemanha e da Clínica Psiquiátrica Universitária da Universidade de Chile. Consideramos essas ordens como circunstanciais para a reativação de uma *memória discursiva* instalada nos enunciados, uma vez que, segundo Sargentini (2010, p. 98), “[...] os discursos fazem circular formulações anteriores, já enunciadas, produzindo um efeito de memória na atualidade de um acontecimento”. Conseguimos, assim, responder como se ajustam os critérios de seleção dos domínios descritivos desses agrupamentos de enunciados, pois os jogos arquetônicos das leis

de atração crivadas pelas instituições obedecem a um lugar comum e regular de formação dos discursos clínico e acadêmico.

Aqui, aciona-se a existência do suporte material de disposição das patologias elencadas por essa *memória discursiva* dos manuais. Tal memória se garante pela instauração de um diagnóstico inerente ao transtorno para viabilizar a formalização de uma fundamentação teórica capaz de prescrever as constatações. Compreendemos, dessa forma, que os sujeitos autores dos artigos se inserem, de modo a ocupar uma posição de sujeito até então vazia, em uma mesma corrente clínica de produção ao recorrerem, em comum, ao mesmo documento do campo da medicina e ao lugar da universidade. O discurso clínico de caráter científico paira frente aos dizeres, apesar de construídos de modo diferente nas três realidades geográficas mencionadas, o Irã, a Alemanha e o Chile. São, por assim dizer, correspondentes ao resgatarem historicamente os mesmos enunciados dos manuais, especificamente as regularidades, pertencentes ao campo de observação clínica e ao mesmo tempo universitária, isto é, em um jogo de dispersão.

Iniciemos uma discussão sobre a noção foucaultiana de *formação discursiva*, já que essa viabiliza a percepção das configurações suscetíveis a justificar a referência dos artigos às instituições sociais clínicas e universitárias de modo a revelar as condições de produção de discursos. A *formação discursiva* recai sobre essas instituições e afeta a circulação de discursos sobre enunciados isentos de repetibilidade totalizante ou contínua por representar não a proposição ou a frase à espera de sentidos, mas sim o campo de possibilidades mutável e disperso na história que prepara o terreno de exteriorização dos objetos multifacetados com funções complexas e, em alguns casos, representativos ou associados a lugares de emergência definidos.

Nesse sentido, constatamos nas três sequências discursivas a regularidade no isolamento do sujeito com transtorno de personalidade *borderline* sempre em oposição a outras comorbidades, no sentido de reiterar o pertencimento da patologia a um rol de outros diagnósticos preliminarmente conservados pela *memória discursiva* ativada nos manuais. Observamos no trecho de *SD 01*, “Vale ressaltar que os resultados dos testes de três pacientes foram excluídos devido aos escores das escalas de baixa validade do MCMI II” (MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2), que os pacientes selecionados para participar da pesquisa deveriam se encaixar em um determinado padrão de aceitabilidade da análise dos escores de descrição dos sintomas objetivados. Questionamos, nesse sentido, o porquê de mencionar essa informação e não a omitir, se considerarmos que o recorte das características dos participantes ocorreu previamente. Portanto, essa proposição provém de exigências elaborativas do artigo

acadêmico historicamente consolidadas.

Já em *SD 02*, reconhecemos um retorno a essa premissa em “Os critérios gerais de exclusão foram diagnósticos comórbidos de esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do desenvolvimento ou dependência de substância” (HEPP *et al.*, 2014, p. 3), a qual infere o princípio de singularizar a patologia em contraposição aos sintomas de outros diagnósticos para que se proponha uma técnica de prevalência da aplicabilidade da metodologia de análise clínica concebida no artigo. Também averiguamos essa mesma circunstância de individualização das categorias psiquiátricas em *SD 03*, no trecho “Os critérios de exclusão foram história de mania ou psicose, uso de drogas atual, episódio depressivo presente e doença médica grave que poderia interferir na gravidade clínica” (SALINAS *et al.*, 2020, p. 2).

Concluimos que as mesmas condições de produção dos enunciados se mostram regulares em diferentes momentos da história entre 2014 e 2020 e espaços geográficos como o Irã, a Alemanha e o Chile, ou seja, o artigo acadêmico se compõe por proposições relativamente estabilizadas pelo discurso clínico que, apesar de não se repetirem no nível da materialidade linguística, obedecem às mesmas regras de formulação do isolamento do sujeito *borderline* sempre em contraste com outros objetos, o “MCMII”, em *SD 01*, a “esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do desenvolvimento ou dependência de substância”, em *SD 02*, e “mania ou psicose”, em *SD 03*. Notamos, ainda, que essas relações de regularidade entre enunciados produzidos sob diferentes condições de possibilidade cumprem um sistema regimentar próprio do discurso médico e universitário. Entendemos, assim, a necessidade em distendermos os fatores ligados à noção de *sistemas de dispersão* das relações entre enunciados e como o conceito de discurso desempenha um papel central na percepção das formas de repartição congruentes a cada sequência discursiva. Frente a inevitabilidade teórico-metodológica dos procedimentos de descrição e análise, o filósofo francês desenvolve a seguinte proposta conceitual, cujos dois recortes optamos por dispor integralmente para posterior operacionalização:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma *formação discursiva*. [...] Chamaremos de *regras de formação* as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (objetos, modalidades de enunciação, conceitos, escolhas temáticas). As regras de formação são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva. (FOUCAULT, 2008a, p. 43).

Posto isso, colocamos em evidência os lugares possíveis de fundamentação das condições de existência de semelhantes regras de formação dos enunciados produzidos nos moldes dos artigos inscritos em regimes institucionalizados pelo saber médico e formalizados pelas exigências de universidades ou clínicas psiquiátricas, como percebido nas análises. A saber, afirmamos que a existência de um discurso científico nas três sequências mobilizadas equipara a relação regular entre o transtorno *borderline* e um lugar teórico, ou seja, uma conjuntura de enunciados preexistente à afirmação.

Em *SD 01*, lemos “A preferência forte e estável por viver na forma do outro gênero é o sintoma clínico dos Transtornos da Identidade de Gênero (TIGs).” (MEYBODI; HAJEBI; JOLFAEI, 2014, p. 1-2). Nesse ponto, percebemos a correlação paralela entre o sujeito *borderline* e os transtornos da identidade de gênero, que indica a alusão a uma formação discursiva capaz de mobilizar historicamente ambos os transtornos, tomados como objetos, e realocá-los sincronicamente em uma determinada ordem de paridade no construto psiquiátrico dos manuais.

Esta tática também é percebida em *SD 02*, no trecho “Os pacientes com TPB foram diagnosticados por um clínico experiente usando a versão alemã da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV e o Exame Internacional de Transtorno de Personalidade” (HEPP *et al.*, 2014, p. 3), o qual situa o sujeito *borderline* não somente no aparato dos manuais, mas também sob o crivo do exame internacional dos transtornos de personalidade. Logo, esse sujeito torna-se um objeto da observação clínica tanto do ponto de vista dos manuais como do ponto de vista do exame de sua conduta. Observamos a regularidade no que condiz a instaurar o sujeito *borderline* enquanto escopo de articulação de ramificações das categorias patológicas da psiquiatria, tais como as correntes universitárias paralelamente mencionadas.

Por último, repete-se essa condição de paridade em *SD 03*, no trecho “Entrevistas estruturadas, SCID-I e SCID-II, foram usadas para identificar distúrbios do DSM-IV nos Eixos I e II” (SALINAS *et al.*, 2020, p. 2). Inferimos uma regularidade nas regras de formação tanto no estabelecimento da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* quanto da referência já mencionada dos manuais. Em suma, vale dizer para as análises subsequentes que o manejo desses objetos, como o sujeito *borderline* e os discursos incidentes no interior do campo da medicina e de instituições, como as universidades, ressoa a existência de uma formação discursiva composta por regras de formação clínica e acadêmica regulares no imbricamento entre enunciado e emergência de objetos, mas, ao mesmo tempo, dispersas na disposição linguística dos enunciados naquela atualidade

histórica específica.

Mediante a apresentação dessas análises, precisamos compreender o papel epistemológico da noção de *formação discursiva*, pois é por meio dela que se tornam visíveis as estruturas das relações de coexistência entre materialidades enunciativas no processo de seleção de um dado objeto de análise, o que responde ao funcionamento do *sistema de formação*, uma vez que

ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática. (FOUCAULT, 2008a, p. 82-83).

Dessa forma, o reconhecimento de como os conjuntos de regras de formação dos discursos clínico e acadêmico se agrupam permite-nos descrever a qual sistema de formação certas práticas analíticas se apoiaram e geraram novos grupos de enunciados pertencentes a uma mesma formação discursiva por meio de mutações tanto explícitas, no nível da proposição do gênero artigo acadêmico, quanto no nível implícito, no nível da formação discursiva teórico-científica permeada pelas regularidades históricas dos acontecimentos no fio da descontinuidade. Isto é, as práticas mencionadas nos artigos se relacionam com outras práticas quando se lança um olhar para o sujeito, para a instituição ou, principalmente, para as condições de existência de tais regularidades enunciativas.

Especificamente sobre a delimitação do objeto desta tese, concordamos com Prado Filho (2005, p. 41) ao reiterar sobre a perspectiva do sujeito na modernidade: “Então, o pensamento moderno é uma filosofia do sujeito porque se volta para o sujeito como objeto, ao mesmo tempo – esse é o duplo – que é um sujeito quem está falando, descrevendo e enunciado esse sujeito/objeto”. Essa relação entre enunciado e sujeito se mostra profícua para pensarmos em como o processo de objetivação do sujeito *borderline* delinea a circularidade de discursos clínicos e acadêmicos em formações discursivas distintas, logo, debruçamos essa questão no próximo tópico.

## 2.2 O problema do enunciado e o arquivo

A análise dos enunciados até este momento elucidada a particularidade da perspectiva arqueológica de observação das sequências discursivas. O exame das regularidades das

condições de produção em cada um dos artigos revela a inscrição de elementos históricos concernentes aos discursos clínico e acadêmico, e o olhar sincrônico e contínuo para os enunciados dá lugar à investigação assincrônica do acontecimento enunciativo. Logo, colocamos em voga o trabalho com o real, isto é, como distinguimos um fenômeno linguístico de um fenômeno discursivo. Para tanto, mencionamos a seguinte reiteração:

Nas acepções de real com que trabalha a Análise do Discurso – *o real da língua, o real do sujeito, o real da história* – estão presentes o traço da incompletude e da não sistematicidade. Portanto, ainda que preservando a noção de *sistema* e de *estrutura* no quadro teórico do discurso, vai se dando uma alteração dessas noções no modo como eram empregadas no estruturalismo. (FERREIRA, 2010, p. 62-63).

Posto isso, a descrição dos enunciados advém do delineamento do ato de formulação dos agrupamentos de séries, pois, compõem a propriedade material do discurso, uma vez que, segundo Foucault (2008a, p. 96), “se não houvesse enunciados, a língua não existiria; mas nenhum enunciado é indispensável à existência da língua (e podemos sempre supor, em lugar de qualquer enunciado que, nem por isso, modificaria a língua)”. Isso significa que tomar a língua como parâmetro para determinar o que é ou não instância de individualização desses enunciados no campo do saber da medicina ou da universidade não é suficiente para responder à premência desses critérios de seleção do *corpus*.

Esboçamos, nesse contexto, um lugar próprio de emergência desses enunciados a partir do momento em que se tornam singulares, conforme se constituem por uma série de formações discursivas para além da materialidade significativa, isto é, instâncias ligadas à história, às instituições, aos motes socioeconômicos e políticos. Ou melhor, a existência do sujeito *borderline* posicionado em conformidade com a inscrição dos enunciados aos discursos clínico e acadêmico não é percebida restritamente na apresentação do que se produz na superfície, mas, ao contrário, é apreendida nas condições de possibilidade de emergência desse dizer. Em suma, de acordo com Deleuze (2005, p. 15), “Os enunciados, ao contrário, são inseparáveis de um espaço de raridade, no qual se distribuem segundo um princípio de parcimônia ou, mesmo, de déficit”.

Por outro lado, ainda segundo esse autor, a singularidade do enunciado não se reduz à qualificação do dizer enquanto originário ou primeiro, mas convém em fazê-lo funcionar a partir do atravessamento de discursos estabelecidos segundo elementos circunscritos. Nesse sentido, Deleuze (2005, p. 16) sinaliza que “O que conta é a *regularidade* do enunciado: não uma média, mas uma curva”, isto é, a formatação transversal e não unilateral das regras de formação do discurso se refere à ordem hierárquica e estipulada por dimensões valorativas tanto

na constituição de um sujeito como na formulação de uma posição estimada desse sujeito no discurso.

Por conseguinte, se existe imprecisão e incompletudes na análise do enunciado por intermédio da sua estrutura linguística, uma nova óptica investigativa deve ser convencionalizada almejando apreender como uma materialidade linguística deixa de ser um conjunto de signos e transmuta-se para uma formulação que produz significados, não no sentido de ignorar essa estrutura, mas sim em demonstrar até que ponto as lacunas da interpretação do real podem ser examinadas, ou seja,

Não há razão para espanto por não se ter podido encontrar para o enunciado critérios estruturais de unidade; é que não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço. (FOUCAULT, 2008a, p. 98).

Em conformidade às análises, esse pensamento foucaultiano acerca da expressão incidente no enunciado circula sobre alguns preceitos gerados esquematicamente no espectro da formação discursiva e as suas correlações com o arranjo de atravessamentos do discurso na exterioridade material do dizer a partir da apreensão das condições de produção das formulações. Assim, discutimos a seguir a respeito dessa inserção do enunciado no campo discursivo a partir da análise de três sequências discursivas, *SD 04*, *SD 05* e *SD 06*, que possuem como regularidade no acontecimento a comparação entre o transtorno de personalidade *borderline* e outras comorbidades do campo da psiquiatria, tais como a condição do espectro autista, o *déficit* de atenção com hiperatividade e a bulimia nervosa. Portanto, objetivamos identificar no *corpus* as recorrências de constituição dos artigos tomados aqui como enunciados a fim de compreendermos o funcionamento da materialidade significativa sob uma perspectiva discursiva, ou seja, como os discursos constituem o sujeito *borderline*:

*SD 04*. As Condições do Espectro do Autismo (CEAs) são diagnosticadas pela presença de dificuldades sociais e de comunicação, ao lado de interesses estreitos e incomumente fortes e/ou comportamento repetitivo e estereotipado incomum (DSM-5). Preferimos o termo CEA em vez de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) porque é menos estigmatizante. Além disso, CEA é mais consistente com o fato de que esses indivíduos não têm apenas deficiências que requerem um diagnóstico médico, mas também áreas de força cognitiva. Os traços autistas são continuamente distribuídos na população em geral, e o limiar para o diagnóstico é determinado pelo julgamento clínico. (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “Autism Spectrum Conditions (ASC) are diagnosed by the presence of social and communication difficulties, alongside unusually strong, narrow interests and/or unusually repetitive and stereotyped behaviour (DSM-5). We prefer the term ASC rather than ASD (Autism Spectrum Disorder) because it is less stigmatising. Also, ASC is more consistent with the fact that these individuals have not



*SD 05.* As duas primeiras revisões com foco nesse tópico, publicadas antes da proposta do DSM-5 de critérios diagnósticos específicos para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos, concluíram que havia uma associação significativa entre os diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em adultos e a história de sintomas de TDAH na infância avaliados retrospectivamente, sugerindo que o TDAH pode representar um fator de risco de desenvolvimento para TPB. Três revisões mais recentes de Matthies & Philipsen (2014) e Storebø & Simonsen (2014) destacaram as características clínicas comuns de TPB e TDAH em adultos, incluindo impulsividade e desregulação emocional, e as formas mais graves de pacientes apresentando ambos os diagnósticos. (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116).<sup>9</sup>

*SD 06.* Em um estudo de Bayes e Parker (2017), foram estudadas as taxas de pacientes com um diagnóstico de Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ou ambos de acordo com os critérios clínicos *versus* DSM-5. Os autores observaram que as taxas de pacientes alocados em cada grupo variaram de acordo com os critérios utilizados. [...] Outros autores enfatizaram as diferenças fenomenológicas entre as “oscilações de humor” observadas na BN e no TPB. Apesar de sua aparente semelhança, as principais diferenças parecem estar presentes entre as duas condições no que diz respeito a esse construto. No TPB, breves oscilações de humor que são desencadeadas por eventos externos e com uma curta duração não parecem corresponder à polarização real no humor, mas a um construto diferente (ou seja, instabilidade afetiva). (SANCHES, 2019, p. 3).<sup>10</sup>

Para responder a essa premência, direcionamos o olhar para o que Foucault (2008a) chama de *função enunciativa* e nos debruçamos a dissertar sobre essa temática. Diferentemente de estrutura, *função*, nesse aspecto, ocupa-se do empenho em recortar os recursos existentes na formulação capazes de fazer emergir um agrupamento de enunciados sob certos condicionamentos típicos de uma atualidade histórica singular. Logo, ocorre nas três sequências discursivas a presença desses recursos de tensionamento dos enunciados a um lugar comum. Mais uma vez, vemos o amparo dos sujeitos autores aos manuais, nesse caso a quinta edição, sustentando a formulação dos enunciados mediante a listagem dos critérios diagnósticos tanto

---

*only disabilities requiring a medical diagnosis, but also areas of cognitive strength. Autistic traits are continuously distributed in the general population, and the threshold for diagnosis is determined by clinical judgement.”* (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2).

<sup>9</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The first two reviews focusing on this topic, published prior to the DSM-5 proposal of specific diagnostic criteria for adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), concluded that there was a significant association between adult Borderline Personality Disorder (BPD) diagnoses and history of childhood ADHD symptoms assessed retrospectively, hence suggesting that ADHD could represent a developmental risk factor for BPD. Three more recent reviews by Matthies & Philipsen (2014) and Storebø & Simonsen (2014) highlighted the common clinical features of BPD and adult ADHD, including impulsivity and emotion dysregulation, and the more severe forms of patients presenting with both diagnoses.*” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116).

<sup>10</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*In a study by Bayes and Parker (2017), the rates of patients assigned to a diagnosis of Bulimia Nervosa (BD), Borderline Personality Disorder (BPD), or both according to clinical versus DSM-5 criteria were studied. The authors noticed that the rates of patients assigned to each group varied according to the criteria utilized. [...] Other authors have emphasized the phenomenological differences between the “mood swings” observed in BD and in BPD. Despite their apparent similarity, key differences seem to be present between both conditions with regard to that construct. In BPD, brief mood swings that are triggered by external events and with a short duration do not seem to correspond to actual polarization in mood but to a different construct (i.e., affective instability).*” (SANCHES, 2019, p. 3).

do transtorno *borderline*, no rol dos transtornos de personalidade, como das outras patologias elencadas pelo DSM-5, no rol dos transtornos do humor.

Em *SD 04*, observamos a estratégia enunciativa do sujeito autor em se basear nos enunciados produzidos pelo manual para reproduzir uma nomenclatura alternativa concebida no espectro autista, dessa vez tratando o autismo como uma “condição” e não como uma “desordem” em “Preferimos o termo CEA (Condições do Espectro do Autismo) em vez de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) porque é menos estigmatizante” (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2). Isso implica uma transformação do enunciado anterior, a qual recupera historicamente o termo “transtorno” e o substitui por “condição” ao se justificar pelo fator sociocultural “estigmatizante”. Além disso, o termo “preferimos” denuncia a liberdade teórico-científica em fazer emergir o autismo enquanto um objeto dos discursos clínico e universitário. O que nos interessa, nesse caso, é compreender por que essa transformação da nomenclatura sobre a patologia ocorreu e constatamos uma articulação histórica em que a palavra “transtorno”, segundo a atualidade do saber médico e universitário – o ano de 2017 – não procede pela inadequação do sujeito autista a seguir uma vida “transtornada”, pois se entende, agora, por uma vida “condicionada a”.

Como regularidade, analisamos em *SD 05* que o sujeito autor recorre ao DSM-5 para sinalizar a fundamentação teórica capaz de viabilizar a comparação entre o transtorno *borderline* e o *déficit* de atenção com hiperatividade, no sentido de justificar a pertinência de tal equivalência ser legítima no campo da psiquiatria. Primeiramente, o trecho “[...] concluíram que havia uma associação significativa entre os diagnósticos de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) em adultos e a história de sintomas de TDAH na infância [...]” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116) demarca um ponto de partida na história dos manuais, o DSM-4, no qual o sujeito autor se aporta para introduzir a revisão da associação entre as duas patologias atualizada no DSM-5 ao afirmar “Três revisões mais recentes de Matthies & Philipsen (2014) e Storbø & Simonsen (2014) [...]” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116). Esse deslocamento do objeto transtorno de personalidade *borderline* no interior dos manuais demonstra, mais uma vez, a recorrência de redefinições precisas e, ao mesmo tempo, excludentes dos sujeitos afetados pela dinâmica dos critérios diagnósticos e sintomas compartilhados entre o transtorno de personalidade e o transtorno de humor. Isso revela o atravessamento do discurso clínico em distintas atualidades históricas, que fica evidente pela conjugação em terceira pessoa do plural dos verbos “concluíram”, referente ao DSM-4, e “destacaram”, referente ao DSM-5. Ambos os termos delineiam a necessidade de o sujeito autor

ancorar a descrição das patologias a um lugar científico e estável na Academia, ao mesmo tempo que adiciona novos acontecimentos enunciativos, isto é, constatações inéditas, como percebido na expressão “incluindo impulsividade e desregulação emocional” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116).

Por último, também verificamos uma estratégia semelhante em *SD 06* quando o sujeito autor opõe o DSM-5 à perspectiva clínica de diagnóstico dos transtornos de personalidade e transtornos de humor, respectivamente. O trecho “[...] ambos de acordo com os critérios clínicos versus DSM-5” (SANCHES, 2019, p. 3) apresenta as zonas de encontro de diferentes estudos pertencentes ao contexto científico. Já em “Outros autores enfatizaram as diferenças fenomenológicas entre as ‘oscilações de humor’ observadas no BN e no TPB” (SANCHES, 2019, p. 3), essas zonas de encontro são pluralizadas ao sustentar no enunciado a variação das possibilidades de operacionalização dos conceitos clínicos atribuídos aos sujeitos envolvidos. A mobilidade dos pontos de ancoragem, os manuais, os quais o sujeito autor se vale para fazer emergir os pacientes enquanto objetos do discurso, pressupõe a inserção de elementos historicamente dinamizados e assegurados por uma memória discursiva dos critérios diagnósticos reativada pela transformação dos manuais no nível do acontecimento.

Constatamos, dessa forma, a apresentação de estratégias discursivas semelhantes entre as sequências e denotamos que analisar o enunciado sob a ótica arqueológica não se incumbe à restrição de uma materialidade ligada a um sentido, mas como essa ligação se dispõe à medida que se refere a algo que lhe é exterior, os manuais e artigos, no sentido de domínio histórico de enunciados já produzidos e conservada a sua legitimidade no saber médico e universitário, uma vez que, de acordo com Foucault (2008a, p. 101), “é preciso saber a que se refere o enunciado, qual é seu espaço de correlações, para poder dizer se uma proposição tem ou não um referente”.

A *função enunciativa*, logo, não converge essa menção aos DSMs a um motor regulador das leis de aparição dos artigos em equiparação com as marcas estanques do nível frasal e empírico, mas sim autoriza pensar sobre quais encargos valorativos uma *verdade clínica e acadêmica* se sustenta pelo saber médico e universitário, respectivamente. Isso desdobra-se, por um lado, porque se constitui um sujeito *borderline* singular e tangente às moções do discurso científico de modo inerente aos acontecimentos históricos e, por outro, porque se confere ao sujeito autor um *status* de autoridade suscetível a operacionalizar os enunciados diante de um regime de verdade e legitimidade. Como afirmado anteriormente, essa verdade, ou efeito de verdade, constrói-se no sentido de estabelecer uma condição de subsistência material das afirmações sobre os transtornos de personalidade e humor. Para tanto, de ordem

metodológica e pertinente para compor a rede epistemológica desta pesquisa, acionamos, nesse ponto, o conceito de *campo associado*, apresentado pelo filósofo francês supracitado, para fundamentarmos a reflexão seguinte, referenciando que

[O *campo associado*] é constituído, também, pelo conjunto das formulações a que o enunciado se refere (implicitamente ou não), seja para repeti-las, seja para modificá-las ou adaptá-las, seja para se opor a elas, seja para falar de cada uma delas; não há enunciado que, de uma forma ou de outra, não reatualize outros enunciados (elementos rituais em uma narração; proposições já admitidas em uma demonstração; frases convencionais em uma conversa). (FOUCAULT, 2008a, p. 111).

Essa noção de *campo associado* ampara a singularidade de cada um dos três enunciados ao condizer com as linhas discriminadas nas dessemelhanças no interior da organização das conjunturas de séries de enunciados, pois, apresenta Foucault (2008a, p. 112), “[...] não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências, efeitos de série e de sucessão, uma distribuição de funções e de papéis”. Além disso, ao se intercorrer pelos enunciados recortados dos artigos correlacionados e historicamente fixados no campo da medicina e da universidade, obtemos os encaixes da função enunciativa, não a despeito de demarcações das unidades significativas sobre o sujeito *borderline*, mas de ruminar as possíveis condições de existência na materialidade que, segundo o apontamento de Foucault (2008a, p. 114), “[...] é constitutiva do próprio enunciado: o enunciado precisa ter uma substância, um suporte, um lugar e uma data. Quando esses requisitos se modificam, ele próprio muda de *identidade*”. Assim, forja a rarefação dos enunciados em conformidade com a manifestação em uma dada formação discursiva científica em detrimento a outras formações discursivas transversais.

A partir do estudo dessa identidade do enunciado pensada por Foucault (2008a), mencionada enquanto instância filosófica especificadamente no campo dos estudos discursivos, admitimos refletir sobre as probabilidades de variação quanto à repetibilidade dos três enunciados no ato de seu acontecimento histórico entre os anos de 2017 e 2019. Logo, ao analisarmos as sequências discursivas, alvitramos a existência de um posicionamento adotado pelos sujeitos autores em um mesmo *campo associado*: todos situam as suas pesquisas no interior do ambiente clínico sob o crivo da produção universitária. Dessa forma, objetivamos pensar, a seguir, em como esta identidade enunciativa reverbera no *corpus* à medida que restaura regularidades nas condições de possibilidade dos discursos clínico e acadêmico. Vale ressaltar que não buscamos a eleição de significados presentes nos enunciados, mas esperamos apresentar quais as condições de aparecimento desses enunciados as quais viabilizam que

determinados significados sejam produzidos de uma maneira singular.

Em *SD 04*, o sujeito autor menciona “Os traços autistas são continuamente distribuídos na população em geral, e o limiar para o diagnóstico é determinado pelo julgamento clínico” (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2). A menção a esse “julgamento clínico” almeja justificar o porquê de substituir o termo “transtorno”, empregado no DSM-5, por “condição”. Ter um “transtorno” pressupõe prejuízos sociais ao paciente. Já ser acometido por uma “condição” significa um conjunto de características que distingue os pacientes autistas dos outros em uma dada sociedade. O *campo associado* mobilizado nessa sequência emerge a partir do momento em que os comportamentos são “julgados” clinicamente por um sujeito psiquiatra como prejudiciais ou condicionados, isto é, o que pode ser dito sobre o objeto “autismo” se define pela atualidade do lugar histórico-social dos sujeitos constituídos em cada enunciado devido à concorrência de formações discursivas heterogêneas dentro do próprio discurso clínico.

Já em *SD 05*, a identidade clínica do diagnóstico se instala na premissa de que a abordagem adotada para discorrer sobre os transtornos se enquadra nos critérios diagnósticos delimitados pelo DSM-5 em “publicadas antes da proposta do DSM-5” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116). Dessa vez, associa os sintomas mobilizados para a observação às categorias disponíveis nos manuais em “havia uma associação significativa entre os diagnósticos” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116). Na sequência, ocorre uma eleição das características equiparadas entre os pacientes *borderline* e os pacientes com *déficit* de atenção com hiperatividade à medida que situa ambas as patologias na mesma esteira do saber médico aplicado a adultos ao mencionar a expressão “avaliados retrospectivamente”. Ressaltamos, nesse momento, a não existência de aleatoriedade nas escolhas lexicais por parte do sujeito autor durante a produção de enunciados, pois esses enunciados, no nível discursivo, relacionam-se historicamente e obedecem a determinadas ordens de gênero discursivo acadêmico, no caso do artigo científico, e também a aspectos históricos, tais como a inserção de citações de Matthies e Philipsen (2014 *apud* WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116) e Storebø e Simonsen (2014 *apud* WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116) enquanto autoridades médicas precedentes à formulação do enunciado, o que revela mais uma técnica própria desse campo associado.

Por último, em *SD 06*, além de também citar a contribuição dos médicos-pesquisadores Bayes e Parker (2017 *apud* SANCHES, 2019, p. 3) a fim de construir um enunciado dotado de autenticidade de pesquisas anteriormente realizadas, o sujeito autor isola novamente os critérios diagnósticos do DSM-5; no entanto, dessa vez, ele o faz no sentido de destacar a singularidade

dos critérios clínicos, já que eles adotam metodologias de observação dos transtornos que são específicas. Ao mencionar “Os autores observaram que as taxas de pacientes alocados em cada grupo variaram de acordo com os critérios utilizados” (SANCHES, 2019, p. 3), torna-se visível o deslocamento necessário aos dois transtornos por pertencerem a categorias distintas, sendo uma de personalidade e a outra de humor em concordância com o que está disposto nos manuais.

Essa distinção se sustenta pela existência de analogias prováveis entre o transtorno *borderline* e o espectro da bulimia nervosa apesar de pertencerem a escalas diferentes no interior do próprio DSM-5. Além disso, essas diferenciações são reafirmadas no trecho “De particular interesse foi o fato de que a não imposição dos critérios de duração do DSM para BN não pareceu impactar a taxa de TPB diagnosticada erroneamente como BN” (SANCHES, 2019, p. 3). Para que o diagnóstico seja estabelecido como “errôneo”, é preciso que preexistam diagnósticos “não-errôneos” já previamente registrados em enunciados anteriores. Isso significa que mencionar a possibilidade de diagnóstico inadequado demarca o lugar do sujeito autor mediante o conhecimento que detém de estudos realizados anteriormente.

Em suma, como demonstrado no *corpus*, isso tem como consequência a indispensabilidade em mencionar o DSM-5, mas deixa explícita a especificidade da equiparação proposta no artigo científico, uma exigência característica da tradição da produção universitária. Os três enunciados aqui se formulam a partir das suas relações com dizeres anteriores inseridos no mesmo *campo associado* e fundam, conseqüentemente, a identidade de um sujeito *borderline* decorrente de qualificações e categorizações desse sujeito no campo da medicina, seja por manejo de documentos, seja por deslocamentos desse sujeito no próprio saber médico nas diversas formações discursivas factíveis.

Portanto, mediante essa observação do *corpus*, se um enunciado tende a alterar suas configurações de existência no decorrer da movimentação tempo-espacial, diremos que o sujeito autor, ao proferir um mesmo dizer por mais de uma vez em dois pontos da história, em duas seqüências discursivas, acarreta duas instâncias mais ou menos distintas e específicas frente às vinculações com enunciados produzidos anteriormente. Há, como consequência, a conservação e relativa estabilização de elementos discursivos semelhantes ou análogos na superfície enunciativa. No entanto, vale ressaltar, o processo inverso também pode ocorrer. Seguindo a linhagem da filosofia de Foucault (2008a, p. 117), “[...] se o conteúdo informativo e as possibilidades de utilização [do enunciado] são as mesmas, poderemos dizer que ambos os casos constituem um mesmo enunciado” e, conseqüentemente, é na variação histórica de identidades enunciativas que repousa a *função enunciativa*. Ou seja, os enunciados produzidos

circulam em torno da construção de um lugar de emergência do sujeito, pois os enunciados reiteram regularidades no âmbito discursivo e compõem instâncias funcionais e identitárias.

Assim, se o enunciado não pode ser descrito sistematicamente a partir de suas determinações de unidades linguísticas ou formas de expressão de modo geral ou totalitário, em conformidade e concordância com as discussões e análises anteriores, aventamo-nos a apresentar como Foucault (2008a) contrapõe esse empreendimento com o objetivo de articular um procedimento metodológico à concepção discursiva de análise enunciativa baseado no crivo temático da *função enunciativa*. Tal função é colocada em relação ao plano restrito da averiguação de um conjunto de enunciados isentos de isocronismos em um *campo associado* e amparados por uma *formação discursiva* determinada. Para tanto, delinearemos de forma pontual a trajetória esboçada por Foucault (2008a, p. 121-133) no capítulo “A descrição dos enunciados”, no qual concede três construtos tencionando substanciar a viabilidade de um olhar de ordem arqueológica para o princípio de formulação das regras complexas e valorativas entre elementos que compõem os três enunciados selecionados para análise, já que concordamos com a seguinte conclusão já disposta em um estudo de 1987, a qual se tornou consenso nos estudos foucaultianos contemporâneos:

Primeiramente, e articulando em outro ponto distinções que vêm se sedimentando, descrição de enunciado não é “análise lógica de proposições”, não é “análise gramatical de frases” e não é “análise psicológica ou contextual de formulações”. A descrição visada por Foucault deixa também de procurar uma “totalidade perdida” e não quer “ressuscitar”, ironiza ele, a “plenitude da palavra viva, a riqueza do verbo, a unidade profunda do Logos”. (ORLANDI, 1987, p. 16).

O primeiro construto teórico-metodológico se reporta à *fixação do vocabulário*, nesse caso, inserido no campo da linguística, por intermédio do que o autor denomina de *performance linguística*. Esta se define como um arcabouço de signos, no sentido de relações entre enunciados, estruturados e arranjos transversalmente na esteira da condição de existência de uma *formulação*, isto é, afirma Foucault (2008a, p. 121), de “[...] um acontecimento que, pelo menos de direito, é sempre demarcável segundo coordenadas espaço-temporais, que pode ser sempre relacionada a um autor, e que eventualmente pode constituir, por si mesma, um ato específico”.

Nessa perspectiva, visando atribuir autonomia à proposta de análise do *corpus*, consideramos indispensável constatar que os enunciados *SD 04*, *SD 05* e *SD 06* se qualificam, linguisticamente falando, como aquilo que se repete no nível da materialidade, mas também se renova no nível do discurso historicamente constituído em virtude de o *discurso* ser, sob a

perspectiva arqueológica de Foucault (2008a, p. 122), “[...] um conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação; é assim que poderei falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico”. Portanto, ao analisarmos o enunciado assente à concepção dos discursos clínico e acadêmico, como respaldado anteriormente nesta pesquisa, sinalizamos a contingência de fazer evidente o que há de multimodal nos entrecruzamentos das *performances verbais*, respectivamente, tanto conservadas pela estrutura material como reestruturadas pela história no que condiz com a produção de significados.

Ainda nesse contexto, a segunda elaboração de Foucault (2008a) se refere ao estabelecimento da *descrição das unidades enunciativas* enquanto uma construção teórico-analítica das manifestações significativas. Exclui-se, nessa perspectiva, as tentativas de buscar por regularidades entre os enunciados no nível da materialidade, mas, por outro lado, tenciona-se para o que está além da imanência do enunciado, isto é, entorna-se para as questões históricas, sociais, culturais, políticas de emergência dos discursos. No entanto, o enunciado não se separa do discurso, pois ambos integram os elementos necessários para a emergência de objetos do discurso, dentre eles os sujeitos. Posto isso, pensar sobre o discurso é pensar sobre o enunciado em funcionamento colocando as condições de possibilidade de emergência dos elementos discursivos não no enunciado, mas nas relações entre enunciados. Dessa maneira, a descrição dos enunciados deve transcender a materialidade e buscar as circunstâncias de formulação de uma rede de enunciados produzidos em uma rede histórica. Em suma, o filósofo francês propõe a seguinte teorização:

Descrever um enunciado não significa isolar e caracterizar um segmento horizontal, mas definir as condições nas quais se realizou a função que deu origem a uma série de signos (não sendo esta forçosamente gramatical nem logicamente estruturada) uma existência, e uma existência específica. (FOUCAULT, 2008a, p. 123).

Nessa esteira, os elementos discursivos sobre o sujeito *borderline*, como observado no *corpus* nos ambientes clínico e universitário, incidem acerca dessas condições de produção, dos enunciados, e de possibilidade, dos discursos, estabelecidas tanto pela exigência estrutural do artigo científico quanto pela exigência do saber médico e acadêmico em uma alternância integrante do que é ou não enunciável naquele recorte histórico. Dessa forma, a descrição do enunciado sombreia as *performances verbais* intrinsecamente já produzidas e articuladas com o lugar do dizer do sujeito no discurso tangenciando os significados à medida que a multiplicidade dessas condições se manifesta a respeito do que está do lado de fora do



enunciado, isto é, em sua *exterioridade* material. Ou seja, da exigência prescritiva de uma dada função enunciativa dos discursos clínico e acadêmico convalidada pelo saber da medicina perpassando pelas singularidades do funcionamento do artigo científico, como demonstrado nas análises anteriores.

A terceira circunstância teórico-analítica do rol de procedimentos de investigação do enunciado, em conciliação com o pressuposto de Foucault (2008a), remete-se ao *posicionamento do analista* frente ao tratamento próprio e coerente da materialidade significativa. Assim sendo, partimos do pressuposto de que, segundo Fonseca-Silva (2010, p. 72), “o discurso é, por sua vez, um conjunto limitado de enunciados que se opõem numa mesma formação discursiva como uma prática especificada no elemento do arquivo, do qual fazem parte as regras de formação dos discursos”. Por esse ângulo, em primeiro lugar, notamos a presença de elementos discursivos inter-relacionados nas três sequências discursivas que se mostram suficientes para pensarmos na emergência do sujeito *borderline* assente a sua posição nos discursos clínico e universitário, esses ratificados por modalidades singulares de formulação dos enunciados.

Observamos essa constatação ao analisarmos alguns trechos específicos do *corpus*. Primeiramente, em *SD 04*, no trecho “Além disso, CEA é mais consistente com o fato de que esses indivíduos não têm apenas deficiências que requerem um diagnóstico médico, mas também áreas de força cognitiva” (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2). Nessa sequência, a modalidade enunciativa utilizada condiz com o deslocar do parecer sobre o paciente autista: do ponto de vista de uma condição psiquiátrica “diagnosticável” para um indício de falha orgânica “observável”, tal ela o alcance cognitivo que faz parte dos sintomas excluídos dos critérios diagnósticos do espectro autista. Logo, o julgamento de valor “é mais consistente” pressupõe a existência de enunciados anteriormente produzidos relatando um paradigma para a consistência dos diagnósticos de autistas; isto é, para que o diagnóstico seja qualificado como “mais” ou “menos” consistente, é preciso um resgate na memória discursiva instaurada pelo saber da medicina para realizar a analogia aos sintomas do autismo de ordem comportamental ou orgânica, de acordo com os critérios de prevalência apresentado nos manuais.

Essa mesma condição de produção/possibilidade do enunciado se repete na exposição da associação entre o transtorno de personalidade *borderline* e o transtorno de *déficit* de atenção com hiperatividade, em *SD 05*, no trecho “[...] sugerindo que o TDAH pode representar um fator de risco de desenvolvimento para TPB” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116). Atentamos nessa constatação que, mais uma vez, o sujeito autor se vale do artifício de

deslocar os critérios diagnósticos de ambas as patologias do espectro dos transtornos de personalidade para o aspecto comparativo entre sujeitos pertencentes a diferentes esferas clínicas, o *borderline* ou o *déficit* de atenção com hiperatividade, no sentido de atribuir um cruzamento entre os sintomas que transcendem a descrição disposta no DSM-5, tais como a equivalência sintomática entre pacientes *borderline* adultos e ocorrência do *déficit* de atenção com hiperatividade na infância. Os sintagmas “fator de risco” sinalizam o ponto de encontro entre as duas patologias, uma vez que o “risco”, se tomado como um elemento do discurso clínico, denota a racionalização da determinação dos critérios diagnósticos, pois os riscos ao paciente ou aos outros, desencadeados pelos dois transtornos, equivalem-se nas suas respectivas manifestações comportamentais descritas pelos manuais. Essa equivalência ocorre porque o discurso clínico garante o deslocamento dos sujeitos entre diferentes probabilidades de diagnósticos independentemente de sua natureza das personalidades, o *borderline*, ou das oscilações de humor, o *déficit* de atenção ou a hiperatividade.

Por último, em *SD 06*, analisemos o trecho “Os autores observaram que as taxas de pacientes alocados em cada grupo variaram de acordo com os critérios utilizados” (SANCHES, 2019, p. 3). Essa modificação adaptativa dos critérios utilizados para descrever os sintomas nos sujeitos com transtorno *borderline* e os sujeitos com bulimia nervosa sinaliza também a alteração do manejo sobre a execução do diagnóstico clínico sobre os critérios de aplicação dos requisitos dispostos no DSM-5. O termo “observaram” demarca o aspecto subjetivo do recorte procedimental da descrição dos comportamentos, pois, para que o ensaio clínico seja possível, faz-se preciso afirmar quem realizou a seleção dos critérios para assegurar a relevância do estudo. Além disso, essa dinâmica de reunir os instrumentos de observação também se confirma com a ancoragem aos manuais em “de acordo com os critérios utilizados”, ressaltando que não há uma única alternativa de ancoragem teórica aos documentos, mas sim uma conjectura de circunstâncias possíveis de mobilização dos procedimentos diagnósticos. Repete-se, assim, a mesma estratégia enunciativa adotada pelos sujeitos autores nas sequências anteriores, *SD 04* e *SD 05*, formando uma regularidade no âmbito discursivo por meio da ratificação do momento histórico específico da atualidade da psiquiatria e da estrutura do artigo científico exigido pelas universidades, o que instaura, por fim, diferentes formações discursivas referentes a cada lugar de emergência dos transtornos nos manuais.

Por outro lado, questionamos, ainda, sobre quais as relações entre as condições de aparecimento regular do agrupamento desses enunciados, no caso do atravessamento dos discursos clínico e acadêmico, e o pertencimento a formações discursivas científicas abarcadas

por sistemas de funções enunciativas distintas. Para efeito didático de explanação e síntese do procedimento de descrição dos enunciados em tela e sua relação com a noção de formação discursiva especificamente a despeito dos presentes enunciados, citamos a deliberação de Foucault (2008a, p. 131) para fundamentarmos a posterior argumentação:

Descrever enunciados, descrever função enunciativa de que são portadores, analisar as condições nas quais se exerce essa função, percorrer os diferentes domínios que ela pressupõe e a maneira pela qual se articulam é tentar revelar o que se poderá individualizar como formação discursiva, ou, ainda, a mesma coisa, porém na direção inversa: a formação discursiva é o sistema enunciativo geral ao qual obedece um grupo de *performances verbais* – sistema que não o rege sozinho, já que ele obedece, ainda, e segundo suas outras dimensões, aos sistemas lógico, linguístico, psicológico.

Em suma, a descrição das *performances verbais* dos três enunciados se refere às ações de isolar as formações discursivas científicas e estruturar quais enunciados se apoiam mutuamente uns em relação aos outros especificamente nas datas de publicação dos artigos, no caso, o período de 2017 a 2019. Além disso, essa descrição se insere no campo do saber da medicina sob o filtro universitário em um jogo de regularidades de funcionamento enunciativo e de mobilização de condições de possibilidade e de existência dos discursos clínico e acadêmico. Assim, compreendemos que a determinação dessa arquitetura enunciativa é inerente a uma estabelecida *prática discursiva* ou, em outras palavras e de acordo com a descrição de Foucault (2008a, p. 133), trata-se justamente de “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”. Desse modo, asseveramos um ambiente enunciativo fecundo de constituição de discursividades temáticas sobre o sujeito *borderline*, como demonstrado nas análises do *corpus* até aqui.

Além do mais, os discursos clínico e acadêmico abordados na esteira arqueológica se qualificam enquanto situados em uma esfera *positivista* de análise, que prepara um universo funcional e coativo das regras de emergência de enunciados. Esses são entrelaçados devido às condições especiais de aparecimento, e consideramos pertinente mencionar, nesse ponto, a formalização teórica de Foucault (2008a, p. 143-149) a fim de fundamentar essa instância e sugerir a especificidade operacional das concepções epistemológicas de *a priori histórico* e de *arquivo*. Balizamos o pressuposto de que a expressão foucaultiana *positividade de um discurso* imputa um recorte técnico e premeditado de componentes historicamente infundidos em um intervalo descontínuo definido. Portanto, as regularidades enunciativas dos três enunciados analisados podem se vincular a formações discursivas tanto clínicas como acadêmicas; estas

últimas, mediante as constatações nas análises, são permeadas pelo saber da medicina e pelo funcionamento do artigo científico. Assim, concordamos com o posicionamento dos estudos com o discurso reiterado na seguinte afirmação:

Enfim, é preciso partir da análise de tudo o que os homens puderam dizer e fazer em diferentes épocas trabalhando com uma noção de discurso ampliada, que nos leve a estudar o enunciado linguístico, mas também o conjunto de imagens, gestos, expressões, modos de circulação dos discursos, entre outros. (SARGENTINI, 2010, p. 100).

Ou seja, se o enunciado se compõe por tudo o que o homem diz e faz, entendemos que o discurso paira nessas práticas e determina condições de possibilidades enquanto um pressuposto. Nesse cenário, define-se como *a priori* histórico essa conjectura de pressupostos, ou melhor, integra o plano de fundo da materialização enunciativa com apoio na disposição incisória e sistemática dos agrupamentos de séries de enunciados enquanto um elemento híbrido e complexo. Dessa forma, para efeito de metodologia de análise, o exame do *a priori* histórico, de acordo com a postulação de Foucault (2008a, p. 144), “[...] tem de dar conta do fato de que o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não o reconduz às leis de um devir estranho”, para, assim, individualizar, advindo de uma formulação, como se dá a constituição de uma *prática discursiva* empiricamente demarcada e discursivamente firmada. A verdade, nesse aspecto, reverbera os pontos de encontro entre discursos já que articula os dizeres sempre nos entremeios entre discursos circulantes em torno de uma construção de verdade.

Ao retomarmos as três sequências discursivas, prenunciamos rastros dessa construção de verdade de modo regular e esquemático no âmbito das condições de possibilidade de discursos, constatação essa que entendemos como composta por elementos históricos descontínuos no nível do acontecimento e, ao mesmo tempo, sincrônicos, se colocados os três enunciados em análise concomitante. Posto isso, conseguimos elencar alguns elementos que fundam esses efeitos de verdade sobre o sujeito *borderline* frente as características da imagem construída pelo sujeito autor, isto é, a concepção do olhar do médico sobre o paciente, concernentes aos sujeitos acometidos pelas condições mentais respectivamente mencionadas.

Primeiramente, no recorte *SD 04*, as qualidades do sujeito apresentadas no trecho “as Condições do Espectro do Autismo (CEAs) são diagnosticadas pela presença de dificuldades sociais e de comunicação, ao lado de interesses estreitos e incomumente fortes e/ou comportamento repetitivo e estereotipado incomum (DSM-5)” (DUDAS *et al.*, 2017, p. 2), o sujeito autor assinala a demarcação do comportamento observável, do paciente, suscetível a se

enquadrar em determinados sintomas preestabelecidos pelos manuais. Isso implica pensar que os comportamentos causadores de “sofrimento”, “incômodo” ou “perigo” devem ser amparados pelos critérios diagnósticos; do contrário, devem ser condicionados como uma generalidade médica e não psiquiátrica. Assim sendo, a verdade adquire relevo com o uso dos termos “dificuldades sociais”, “interesses estreitos”, “comportamento repetitivo” e “estereotipado incomum”, uma vez que essas qualificações não são descritas de maneira imanente, mas sim baseadas em um suposto “padrão de comportamento” classificado nos manuais como uma “condição”. A questão a esse respeito, para nós, reata a inscrição histórica do sujeito autor em um rol de comportamentos considerados pela ciência como circulantes a uma verdade, a despeito das leis de determinação do que é “condicionado a” em oposição ao que é “não condicionado a” naquela realidade específica apresentada no *corpus*.

Já em *SD 05*, o trecho “[...] incluindo impulsividade e desregulação emocional, e as formas mais graves de pacientes apresentando ambos os diagnósticos” (WEINER; PERROUD; WEIBEL, 2019, p. 3116) indica novamente essas qualidades asseguradas pela comunidade científica do saber médico, já que o sujeito autor apresenta circunstâncias clínicas de semelhança em ambos os diagnósticos, mas não isola estrategicamente as patologias de acordo com cada critério disposto nos manuais. A escolha dos sintagmas “incluindo impulsividade e desregulação emocional” ou “apresentando ambos os diagnósticos” demonstra não somente a existência de uma verdade sintomática sobre os dois transtornos, mas também um lugar comum no discurso clínico válido, em que os diagnósticos próprios de cada patologia recebem autorização científica para tratarem os sujeitos pacientes sob óticas semelhantes ao compartilharem, em concomitância, a descrição dos mesmos sintomas, conforme os manuais. O que nos interessa nessa constatação é entender que, no *corpus*, a verdade sobre o diagnóstico se dinamiza na história das patologias ao construir uma imagem histórica dos objetos e dos sujeitos, pois um mesmo diagnóstico se desloca em diferentes lugares da ciência médica, seja nas particularidades das personalidades, o *borderline*, seja da ordem dos espectros, o autismo.

Partindo dessa perspectiva analítica, analisemos a *SD 06*. Especificamente no recorte “No TPB, breves oscilações de humor que são desencadeadas por eventos externos e com uma curta duração não parecem corresponder à polarização real no humor, mas a um construto diferente (ou seja, instabilidade afetiva)” (SANCHES, 2019, p. 3), notamos a diferenciação na composição do diagnóstico da instabilidade afetiva no sujeito *borderline*, com variações de humor mais rápidas, e no sujeito com bulimia nervosa, que geralmente não decorre de alterações no humor por predominância de influências externas e determinadas pelo meio social. Isso

significa que as afirmações “não parecem corresponder” acarretam a associação realizada entre os diagnósticos já registrados em documentos científicos, como os manuais e outros artigos, e o fator inédito de observação do estudo clínico relatado no artigo em tela. Regularmente, verificamos condições de produção do enunciado passíveis de criação de uma verdade clínica sobre o sujeito *borderline*, porque essa “correspondência” indica uma transformação na teorização científica sobre o transtorno de personalidade *borderline*. Além disso, essa disparidade entre os transtornos também é reforçada quando o sujeito autor utiliza as palavras “construto diferente” para equipar a “polarização real no humor” do transtorno de bulimia com a “instabilidade afetiva” do transtorno de *borderline*, o que confirma a emergência do discurso clínico mobilizado para dar conta historicamente dessa associação entre as patologias nos manuais.

Nessa perspectiva, por outro lado, o retalho histórico instituído por aquilo que imbrica enunciados e discursos e, além disso, instaura práticas discursivas capazes de revelar sujeitos se refere ao que Foucault (2008a, p. 147-178) denomina de *arquivo*, uma vez que “O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares”, ou especificamente, “É o sistema geral da formação e da transformação dos enunciados”. Todo o percurso realizado até esta etapa da tese corresponde à formação de elementos para um arquivo de enunciados sobre o sujeito *borderline* enquanto procedimento metodológico de investigação do *corpus*. Além do mais, é sob essa elaboração da noção de *arquivo* que viabilizamos as análises seguintes neste trabalho. Cabe ressaltar que considerar o *a priori* histórico e o *arquivo* na composição do *corpus* não condiz com apreender a totalidade de um campo do saber como a medicina ou a psiquiatria, mas sim de esquadrihar e recortar uma dada delimitação pontual e regular de condições de produção e condições de possibilidade selecionadas no processo de descrição arqueológica dos discursos clínico e acadêmico. Essa descrição esboça um caminho produtivo para pensarmos sobre como esses discursos circulam no *corpus* e revela elementos constitutivos do sujeito *borderline* obedecendo a certa ordem do discurso, nosso próximo tema de discussão.

### 2.3 Por uma ordem do discurso

Objetivamos, neste tópico, discutir acerca de alguns apontamentos epistemológicos inseridos no campo dos estudos discursivos foucaultianos e, em seguida, demonstrar como esses apontamentos servem de subsídio, a fim de articular uma rede conceitual suficiente, tendo

em vista o delineamento de um procedimento metodológico de análise do sujeito *borderline*. Por conseguinte, mobilizamos o princípio que Foucault (1996) chamou de *ordem do discurso* e nos debruçaremos a relacionar essa perspectiva ao nosso posicionamento enquanto analistas do discurso. Pontualmente, Foucault (1996) inicia o texto “A ordem do discurso”, transcrição da aula inaugural no Collège de France em 2 de dezembro de 1970, questionando sobre a percepção da instância na origem do dizer, no sentido de que, ao proferirmos um enunciado, enquanto sujeitos do discurso, esse faz parte de um enunciado anteriormente incidente no tocante ao que é produzido na atualidade histórica. Alguns fatores são reiterados como parte integrante desse processo de determinação de uma possível conjectura da corrente discursiva, tais como vislumbramos nas análises anteriores, os aspectos históricos e as relações inerentes aos sujeitos envolvidos nessa interação.

Se, de um lado, temos, como indica Foucault (1996, p. 7), certo desejo em vislumbrar a inserção na “ordem arriscada do discurso”, de outro, temos a instituição regimentando a disposição das leis de formulação do enunciado à medida que advém de estabelecidas linhas de ruptura no acontecimento e de descontinuidades na descrição de um dado discurso, nesse caso, dos discursos clínico e acadêmico. Nesse sentido, são as dispersões das apropriações discursivas as responsáveis por validar a constituição de sujeitos e suas respectivas posições no discurso, as quais são constituídas em uma determinada sociedade no processo produtivo dos enunciados e suas verdades, como ilustra o filósofo francês ao propor uma hipótese de delimitação de uma unidade, que tomamos como pressuposto:

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 1996, p. 8-9).

Assim sendo, consideramos necessário problematizar teoricamente esta questão em tela em consonância com o estudo dos discursos clínico e acadêmico enquanto objetos constitutivos do sujeito *borderline*. Para tanto, elencamos quatro sequências discursivas de artigos científicos distintos, esses produzidos por sujeitos psiquiatras e publicados no contexto acadêmico, isto é, enunciados regidos por um discursivo universitário. Para esta etapa da tese, o critério de escolha das sequências discursivas pairou acerca de artigos que se referem, especificamente, ao comportamento socialmente inadequado do sujeito com transtorno de personalidade *borderline*, de acordo com os manuais, e as respectivas abordagens científicas provindas do campo da psiquiatria, mediante demonstrado no *corpus*. Ressaltamos que a escolha desses enunciados

obedece às disposições das formações discursivas isoladas sobre os discursos clínico e acadêmico, portanto, as investigações seguintes se amparam na perspectiva arqueológica de análise do enunciado, ou melhor, na descrição da *função enunciativa*. Apresentamos, ainda, em conformidade ao que defende Foucault (1996), um posicionamento epistemológico direcionado para a ligação entre o ponto de vista arqueológico em relação à constituição do sujeito *borderline* e, com esse objetivo, apresentamos o exame das quatro sequências discursivas a seguir:

*SD 07.* Este será o primeiro estudo rigorosamente controlado comparando dois comprimentos diferentes de TCD<sup>11</sup> para indivíduos com TPB e comportamento suicida crônico. [...] Dada a gravidade e os custos sociais do TPB, e os recursos limitados disponíveis para psicoterapia para o TPB, os resultados têm o potencial de impactar significativamente a prática clínica. Se 6 meses de TCD produzirem resultados clínicos comparáveis a 1 ano de TCD, a versão mais breve seria uma alternativa excelente e menos intensiva em recursos que poderia ajudar a aumentar o acesso ao tratamento, reduzindo os tempos de espera e permitindo que mais pessoas sejam tratadas. (MCMAIN *et al.*, 2018, p. 12).<sup>12</sup>

*SD 08.* Até onde sabemos, este foi o primeiro estudo examinando o efeito independente do diagnóstico de TPB (provável) e dos domínios dos sintomas no absenteísmo e no desempenho no trabalho em indivíduos com (e sem) depressão e ansiedade atuais. [...] Este estudo oferece uma visão sobre a necessidade de um melhor reconhecimento e suporte de sintomas (quaisquer sintomas psiquiátricos) para reduzir o desempenho prejudicado no trabalho. [...] Portanto, a superação de dificuldades e barreiras para o trabalho deve ser integrada ao tratamento psiquiátrico, pois a manutenção do emprego provavelmente contribui positivamente para a saúde e o humor. Por exemplo, reduzir o absenteísmo pode ser uma meta clara no plano de tratamento. (JUURLINK *et al.*, 2020, p. 7).<sup>13</sup>

*SD 09.* Este é o primeiro estudo a demonstrar as dificuldades interpessoais associadas às características do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) no domínio das mídias sociais. Usando *crowdsourcing*, apresentamos aos participantes uma bateria de perguntas sobre seu uso recente de mídia social e, em seguida, avaliamos seus recursos de TPB usando a forma abreviada do inventário *Borderline* de cinco fatores. [...] Os resultados revelaram que os indivíduos com pontuações mais altas no traço TPB relataram postar com mais frequência nas redes sociais, bem como uma maior incidência de arrependimento após postar nas redes sociais e de excluir ou editar suas postagens. [...] Nossas descobertas podem fornecer um ponto de partida para

---

<sup>11</sup> Terapia Comportamental Dialética.

<sup>12</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*This will be the first rigorously controlled trial comparing two different lengths of DBT for individuals with BPD and chronic suicidal behaviour. [...] Given the severity and societal costs of BPD, and the limited resources available for psychotherapy for BPD, findings have the potential to significantly impact clinical practice. If 6-months of DBT produces comparable clinical outcomes to 1-year of DBT, the briefer version would be an excellent, less resource intensive alternative that could help to increase access to treatment, reducing wait times and enable more people to be treated.*” (MCMAIN *et al.*, 2018, p. 12).

<sup>13</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*To our knowledge, this was the first study examining the independent effect of BPD (likely) diagnosis and symptom domains on absenteeism and work performance in individuals with (and without) current depression and anxiety. [...] This study offers insight into the need of a better recognition and support of (any psychiatric) symptoms to reduce impaired work performance. [...] Therefore, overcoming difficulties in and barriers to work should be integrated in psychiatric treatment as maintaining employment is most likely positively contributing to health and mood. For example, reducing absenteeism could be a clear goal in the treatment plan.*” (JUURLINK *et al.*, 2020, p. 7).



pesquisas usando dados de mídia social para iluminar os processos cognitivos e emocionais que sustentam as dificuldades interpessoais associadas a características do TPB e para informar e avaliar intervenções terapêuticas. (OOI *et al.*, 2020, p. 1).<sup>14</sup>

*SD 10.* Este é o primeiro estudo sobre CF<sup>15</sup> para parentes de pessoas com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) em comparação com uma condição ativa (TU<sup>16</sup>), e esta é a primeira vez que os dados de parentes e pacientes serão analisados. Além disso, é o primeiro estudo a testar a eficácia do programa na Espanha. Esta intervenção pode contribuir para melhorar a eficiência e eficácia dos programas de tratamento atuais para parentes de pessoas com TPB, ajudar a diminuir a carga e melhorar a conexão familiar. [...] O TPB também envolve altas taxas de internações hospitalares e uso de serviços de saúde. O TPB está associado a um alto ônus econômico devido ao uso prolongado dos serviços de saúde, incluindo intervenções em ambientes de emergência e a necessidade dos serviços de diversos profissionais. Além disso, o TPB é um importante problema de saúde mental pública, que produz grande sofrimento para os pacientes e seus familiares. Por esse motivo, há necessidade de atendimento especializado. (FERNÁNDEZ-FELIPE *et al.*, 2020, p. 2).<sup>17</sup>

Inicialmente, os procedimentos de análise do discurso mencionados na “Ordem do discurso” permeiam o exercício do que Foucault (1996) chama de *exclusão* por meio de algumas estratégias, e nos atentamos às possibilidades de se pensar essas instâncias no *corpus*. A primeira delas, o princípio da *interdição*, funciona de acordo com a autorização ou não das práticas de sujeitos que falam conduzindo em que momento ou em quais circunstâncias um determinado enunciado, no sentido dos estudos do discurso, pode ser legitimado baseado em escopos de *desejo* e *poder*. Esses são tomados, nesse ponto, como objetos moldados por sistemas de dominação, por exemplo. Dessa forma, concordamos com a constatação de Navarro (2010, p. 83) ao afirmar que “[...] os sujeitos não são livres para formular qualquer discurso, pois só podem ser formulados os discursos que forem autorizados pelo sistema de relações que

---

<sup>14</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*This is the first study to demonstrate interpersonal difficulties associated with borderline personality disorder (BPD) features in the domain of social media. Using crowdsourcing, we presented participants with a battery of questions about their recent social media use, and then assessed their BPD features using the short form of the five-factor Borderline inventory. [...] The results revealed that individuals with higher BPD trait scores reported posting more often on social media, as well as a higher incidence of experiencing regret after posting on social media, and of deleting or editing their posts. [...] Our findings may provide a starting point for research using data from social media to illuminate the cognitive and emotional processes underpinning the interpersonal difficulties associated with BPD features, and to inform and assess therapeutic interventions.*” (OOI *et al.*, 2020, p. 1).

<sup>15</sup> Programa Conexões Familiares.

<sup>16</sup> Tratamento Usual.

<sup>17</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*This is the first study on FC for relatives of people with Borderline Personality Disorder (BPD) compared to an active condition (TAU), and this is the first time relatives’ and patients’ data will be analyzed. In addition, it is the first study to test the efficacy of the program in Spain. This intervention could contribute to improving the efficiency and effectiveness of current treatment programs for relatives of people with BPD, help to decrease burden, and improve the family connection. [...] BPD also involves high rates of hospital admissions and health service use. BPD is associated with a high economic burden due to the long-term use of health services, including interventions in emergency settings and the need for the services of several different professionals. Furthermore, BPD is an important public mental health problem that produces great suffering for patients and their relatives. For this reason, there is a need to provide specialized care.*” (FERNÁNDEZ-FELIPE *et al.*, 2020, p. 2).

regula as práticas discursivas”.

Conseguimos perceber esse princípio da *interdição* nas sequências discursivas ao observarmos uma regularidade enunciativa produzida sobre a demarcação dos sujeitos autores no início de cada artigo para a premissa de que o desenvolvimento das pesquisas apresentadas se trata de uma investigação inédita e avançada em oposição aos estudos já realizados e publicados anteriormente naquele contexto específico universitário dos ensaios clínicos. Ressaltamos, ainda, que entendemos por *interdição* a ruptura do enunciado atual para o atravessamento de enunciados produzidos previamente, no sentido de “interditar o dizer” a partir do atravessamento dos discursos clínico e acadêmico, e não no sentido de interditar a produção de dados enunciados naquela ocorrência histórica.

Os artigos mencionam, respectivamente, os sintagmas “primeiro estudo rigorosamente controlado”, em *SD 07*, “primeiro estudo examinando”, em *SD 08*, “primeiro estudo a demonstrar”, em *SD 09*, e “primeiro estudo sobre”, em *SD 10*, nos quais todas essas expressões denotam as condições de possibilidade de um posicionamento do sujeito autor frente ao estudo que vincula a interdição daquela atualidade a um acontecimento histórico já produzido e materializado em outros artigos científicos, de modo a romper com a linearidade regular dos discursos clínico e acadêmico. Vejamos como esse aspecto aparece no *corpus*. Notamos, nesse ponto, a existência não somente de uma regulação do dizer capaz de guiar as estruturas lexicais e intervir no processo de formulação dos enunciados, mas também interdições no nível dos discursos clínico e acadêmico, ao permearem as sequências discursivas com fulcro no posicionamento histórico do sujeito autor percebido no resgate de enunciados anteriores. Entendemos por interdição uma ruptura da continuidade histórica, isto é, os enunciados rompem com os dizeres anteriores ao aludirem ao aspecto inédito das pesquisas, pois, apesar de os enunciados pressuporem sempre enunciados anteriormente produzidos, o sujeito autor se vale de pontuar, estrategicamente, um lugar diferente de emergência do dizer.

A partir dessa regularidade de ocorrência das condições de produção dos enunciados, observamos, assim, a estratégia subjetiva de controle, por intermédio da manifestação dos discursos clínico e acadêmico, adotada pelos sujeitos autores quando atestam a continuidade do estudo fecundo de pesquisas já reconhecidas e reativadas previamente por uma *memória discursiva* tradicionalmente assegurada pela conjuntura universitária. Isto é, ao afirmarem que um estudo é inédito, pressupõem a existência de outros estudos com limitações agora avançadas ou reiteradas mediante uma medida de intervenção da continuidade histórica do acontecimento enunciativo atual, ou melhor, intervenção no sentido de se alterar as condições de possibilidade

do discurso. Nesse sentido, ainda segundo Foucault (1996), trata-se de um enunciado atual subsequente a enunciados já produzidos, e essa constatação apenas pode ser percebida no espectro discursivo e histórico. Evidentemente, não podemos simplificar esta premissa em um mote binário de discursos dominadores e enunciados dominados, mas sempre discursos em relação, pois, dentro do espectro da *interdição*, luta-se contra algo, mas também, por algo, no caso, a inscrição do sujeito *borderline* nos discursos clínico e acadêmico.

Considerando essas análises dos discursos clínico e acadêmico, de agora em diante, não realizaremos a distinção entre ambos, referindo-nos somente ao discurso clínico, pois as evidências encontradas no *corpus* são suficientes para entendermos que o artigo científico é inerente a todas as sequências discursivas. Portanto, não nos remetemos nas análises seguintes aos discursos clínico e acadêmico, mas apenas ao discurso clínico, haja vista que partimos do pressuposto de que a instituição universitária se instala em todos os enunciados do *corpus* e estruturam de maneira condizente a relativa estabilidade discursiva nos dizeres. Dessa forma, como consideramos a estrutura artigo científico uma premissa a todas as sequências discursivas analisadas nesta tese, nos absteremos, em alguns casos, de usar o termo “acadêmico” ou “universitário” uma vez que consideramos satisfatória essa orientação de agora em diante. Por último, também articularemos o discurso clínico a outros discursos e necessitaremos dessa especificidade.

O segundo princípio defendido por Foucault (1996) se subdivide em dois aspectos indissociáveis: a *separação* e a *rejeição*. O autor discute sobre a dicotomia instaurada no que concerne às relações entre sujeitos dotados de racionalidade e sujeitos considerados como loucos no sentido de sanidade mental e a patologização. No caso do sujeito *borderline*, tomado como um objeto de discurso, pode ser integrante da qualificação de um sujeito anônimo, isto é, uma posição do sujeito frente as suas atribuições sociais. Por exemplo, o papel social do paciente perante seus direitos e deveres assegurados pelas leis vigentes no campo da medicina, especialmente na instituição hospitalar, ou ainda a necessidade de seguir padrões linguísticos a fim obter a autorização para publicar um artigo científico em um determinado veículo acadêmico. Em conformidade e aceitação dos sujeitos médicos psiquiatras, essa área do saber médico, em alguns casos específicos, pode considerar o sujeito *borderline* como aquele ilegítimo de proferir enunciados pertencentes a uma determinada construção de verdade, como demonstrado nas análises. Como ponto de partida para as investigações seguintes, o sujeito médico detém um conhecimento científico, o qual o autoriza a produzir enunciados, tal como defende Foucault (2008a, p. 57):

A fala não pode vir de quem quer que seja, [pois] seu valor, sua eficácia, seus próprios poderes terapêuticos, e, de uma maneira geral, sua existência como discurso médico não são dissociáveis da personagem estatutariamente definida que tem o direito articulá-lo, reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte.

Um exemplo dessa ilegitimidade de produção de enunciados de sujeitos se dá pelo fato de, no decorrer da história, a concepção de transtorno de personalidade *borderline*, amparada pelos manuais estatísticos e diagnósticos até a quinta edição, deslocou-se para outras diretrizes sistematicamente modificadas por motivos associados à instauração de uma verdade histórica sendo, em cada edição, uma reformulação do conceito e, principalmente, dos critérios diagnósticos. No *corpus*, averiguamos o deslocamento do sujeito nos manuais. Em *SD 07*, o trecho “os resultados têm potencial de impactar significativamente a prática clínica” (MCMAN *et al.*, 2018, p. 12) retrata a precisão da prática clínica “eficaz”, pois o autor se pauta no modelo ideal de tratamento defendido pelo discurso clínico para prever em seu texto um deslocamento do sujeito, já conhecido pelo saber da medicina, para uma nova abordagem ao qualificá-la como “alternativa excelente e menos intensiva em recursos”. Logo, o sujeito *borderline* se movimenta no interior da variação dos tratamentos e ocupa posições distintas no discurso.

Em *SD 08*, o deslocamento se torna evidente no trecho “Este estudo oferece uma visão sobre a necessidade de um melhor reconhecimento e suporte” (JUURLINK *et al.*, 2020, p. 7), que utiliza termos como “necessidade” e “melhor reconhecimento” para transmutar a posição do sujeito *borderline* como aquele que precisa das condições ideais de tratamento e um objetivo deve ser atendido, nesse caso, da redução do “desempenho prejudicado no trabalho”. Questionamos, a esse respeito, quais as condições de aparição desse sujeito ao pensarmos no seu lugar ocupado no discurso clínico à medida que não se enquadra absolutamente aos moldes empreendidos pela literatura médica dos manuais. Isso incumbe o sujeito autor de pontuar sistematicamente quais as alterações nos estudos foram necessárias para abordar a especificidade de cada paciente submetido à avaliação diagnóstica.

Regular as estratégias discursivas de exclusão se aplica à *SD 09* no trecho “Nossas descobertas podem fornecer um ponto de partida para pesquisas” (OOI *et al.*, 2020, p. 1). Aqui, o sujeito autor demonstra uma preocupação em situar a sua pesquisa no entremeio da possibilidade de execução e outros estudos. Isso implica dizer que a prática de evidenciar os limites acadêmicos permeados no artigo aponta para a exclusão dos sujeitos constituídos em outros estudos, ou seja, o sujeito descrito nesse enunciado, além de ter sofrido mutações em seu tratamento, “nossas descobertas”, ainda prevê um lugar comum para diálogo com enunciados

posteriores, “ponto de partida para pesquisas”. O sujeito *borderline* ocupa nesse enunciado, portanto, três posições diferentes: o sujeito conhecido pelo saber médico, o sujeito em análise, e o sujeito possível de ser analisado em outras pesquisas. Esses deslocamentos se amparam pelos critérios de exclusão das propriedades do discurso clínico ao longo da história. Defendemos esta divisão do sujeito *borderline* mediante a seguinte perspectiva sobre o saber da medicina:

[...] o médico é sucessivamente o questionador soberano e direto, o olho que observa, [...] é porque todo um feixe de relações se encontra em jogo; [...] relações entre o campo das observações imediatas e o domínio das informações já adquiridas; relações entre o papel do médico como terapeuta, seu papel de transmissor na difusão do saber médico e seu papel de responsável pela saúde pública no espaço social. (FOUCAULT, 2008a, p. 59).

Vejamos brevemente essa diferenciação nesse caso específico da divisão do sujeito *borderline* para posteriores análises do *corpus*. O sujeito conhecido pelo saber médico se trata daquele constituído no interior dos manuais, isto é, a posição anônima de um sujeito objetivado a partir do olhar dos sujeitos autores dos manuais. Já o sujeito em análise se trata da constituição de um sujeito a partir da individualidade do paciente no momento de realização do diagnóstico clínico, ou seja, esse sujeito se constitui a partir da associação dos enunciados produzidos pelo sujeito psiquiatra em relação aos enunciados já publicados nos manuais. Por último, o sujeito possível de ser analisado funda um lugar de ocorrência desse sujeito, ou melhor, o sujeito se constitui à medida que as condições de possibilidade dos discursos se materializam nos enunciados e se torna, conseqüentemente, provável se pensar em um sujeito singular suscetível a se enquadrar mais ou menos nos moldes defendidos pelos manuais. Esse deslocamento de posições de um sujeito no mesmo enunciado se aplica a outros recortes do *corpus*, estudados nas sessões seguintes.

Por último, vemos em *SD 10* a mesma objeção em “Esta intervenção pode contribuir para melhorar a eficiência e eficácia dos programas de tratamentos atuais” (FERNÁNDEZ-FELIPE *et al.*, 2020, p. 2). Nessa sequência, resgata-se historicamente o ideal de intervenção clínica do sujeito e articulam-se elementos como “melhorar”, “eficiência” e “eficácia”, mostrando o manejo com os tratamentos passados em equiparação aos recentes. Além do mais, a escolha da palavra “atuais” justifica a apresentação dessas qualificações, haja vista a necessidade indispensável de correlacionar o estudo atual com trabalhos anteriores.

O que apreendemos dessa observação remete à reflexão acerca da regularidade discursiva detectada nessas quatro sequências. O sujeito *borderline*, em todos os trechos,

constitui-se sempre em uma oposição entre o que foi arquivado no saber médico, nos manuais, e o que foi reatualizado pelo saber atual por meio da ativação de uma memória discursiva, nos artigos científicos. Logo, não asseguramos um sujeito unívoco e insolúvel nas sequências discursivas, isto é, o sujeito ocupa diferentes posições no enunciado, pois, a cada relação estabelecida com os objetos do discurso, novos elementos circulam e restauram deslocamentos singulares percebidos nas descrições dos sujeitos autores mediante uma determinada verdade ou ao menos uma *vontade de verdade*, noção abordada a seguir.

Assim posto, mobilizamos, ainda em consonância com o pensamento de Foucault (1996), a noção de *vontade de verdade* em relação à vontade de saber do sujeito *borderline* do século XXI descrito no DSM-5, conforme as análises do *corpus* realizadas até este ponto. Primeiramente, a *vontade de verdade* instaurada pelo diagnóstico clínico não se refere ao discernimento do que é autêntico em oposição ao que não é autêntico em um dado acontecimento histórico. Isso se dá pois o direito do sujeito médico em dizer algo a respeito do domínio de um sujeito *borderline*, enquanto objeto, institui-se por meio dos regimes formalizados pela coletividade da comunidade médica em um jogo de interferências históricas e pela disseminação de práticas aceitas ou não nos imbricamentos entre a produção de enunciados e o atravessamento de discursos específicos. Nesse sentido, essas interferências históricas incidem a despeito do que chamaremos de *subjetividade* nesta tese, concepção operacionalizada durante as análises. Ademais, vale ressaltar, preliminarmente, que esses elementos de subjetividade abordados nesse ponto são inerentes à constituição do sujeito *borderline*,

Porque a subjetividade não é da ordem das essências, não é substância, não é instância – é um enunciado histórico e refere-se a toda uma multiplicidade de práticas sociais e políticas. Não há aqui um centro, um ponto consistente de convergência e unidade do sujeito a ser decifrado por um discurso, por outro ou por si mesmo – existe apenas essa ‘vontade de verdade’, no sentido nietzschiano, onde estamos sempre buscando a nossa verdade na nossa essência, na nossa origem, em algum ponto onde haveria um centro, seja de um sujeito psicológico, ou de um sujeito filosófico. (PRADO FILHO, 2005, p. 44).

Em vista disso, a vontade de verdade do sujeito médico gera e direciona as práticas de conceituação, diagnóstico e indicação de tratamentos para o sujeito *borderline* em um certo recorte social e histórico, no caso os artigos científicos publicados no ano de 2019 e de 2020. Em *SD 07*, os termos “rigorosamente controlado”, “custos sociais”, “tempo de espera”, “padrão de tratamento”, “melhorando a acessibilidade” revelam a articulação dos objetos integrantes da relação entre paciente e abordagem médica, na qual a prática clínica afeta direta ou

indiretamente a maneira como os procedimentos são aplicados. Para que esse manejo ocorra, precisa-se instaurar uma dada verdade sobre esses elementos. Essa verdade não deve ser entendida, aqui, como um princípio, mas como uma rarefação das práticas dos sujeitos envolvidos, isto é, não colocamos em xeque as práticas, mas sim como essas práticas se estabeleceram dessa forma mediante a construção de uma verdade clínica sobre o sujeito *borderline* com base nos enunciados retirados dos artigos científicos.

Partindo desse pressuposto, outros fatores de articulação dos objetos são encontrados em *SD 08*. Expressões como “medo da estigmatização”, “barreiras para o trabalho” ou “reduzir o absenteísmo” denotam leis de manutenção das condutas dos pacientes. Importa, nesse momento, averiguarmos de que modo essas colocações do sujeito autor fundamentam a emergência do sujeito *borderline*, segundo indicam paradigmas comportamentais associados aos sintomas. Ter “medo”, ser acometido por uma “barreira” ou o “absenteísmo” são elementos pertencentes ao saber médico e, por essa razão, caracterizam a inscrição dos sujeitos no discurso clínico e demonstram a especificidade de uma verdade vinculada a esses recursos discursivos. Vale apontar, ainda, que os objetos não se fundam sucessivamente de maneira síncrona, mas fomentam uma condição histórica que garante a circulação dos discursos influentes nas práticas, portanto, influentes nas condições de produção dos enunciados.

Além do mais, essa condição histórica se manifesta nas duas seguintes sequências discursivas. Se, por um lado, a vontade de verdade em *SD 07* e *SD 08* aludem à posição do sujeito médico no discurso clínico ao expor as intervenções e manejo dos objetos e sujeitos, por outro, em *SD 09*, o sujeito autor coloca em oposição o sujeito com transtorno de personalidade *borderline* e o sujeito sem o diagnóstico desse transtorno. No fragmento “Esses resultados destacam a difusão das dificuldades interpessoais associadas às características do TPB, mesmo na população não clínica” (OOI *et al.*, 2020, p. 1), o sujeito autor sinaliza uma organização dos sujeitos no discurso clínico em que, de um lado, temos os sujeitos *borderline* e, do outro, os sujeitos externos à população não clínica.

Dessa forma, as análises anteriores conduziram as reflexões para a relação entre sujeitos com patologias, mas, dessa vez, surge uma nova classificação, a “população não clínica”. Essa população se remete ao grupo de pacientes não diagnosticados com algum transtorno de personalidade, no entanto, enquadram-se no que são chamados pelos manuais de “traços” de personalidade, isto é, quando há diagnóstico de alguns sintomas, mas esses são insuficientes para se determinar um diagnóstico completo. Esses traços distinguem um comportamento “aceitável” de um “não aceitável” dentro da comunidade médica. É válido destacar a verdade a

respeito do sujeito *borderline* sobre um realocamento em sua equiparação com outros transtornos. Se os traços não são suficientes para o diagnóstico, “usando a forma abreviada do inventário *borderline* de cinco fatores”, a identificação dos traços isola o sujeito dos transtornos, “Os indivíduos com pontuações mais altas no traço TPB relataram postar com mais frequência nas redes sociais”. Ou seja, a verdade sobre o diagnóstico se atualiza no enunciado.

Por fim, em *SD 10* (FERNÁNDEZ-FELIPE *et al.*, 2020, p. 2), verificamos uma relação de causa e consequência enquanto estratégia discursiva do sujeito autor. Primeiramente, este afirma que “o TPB está associado a um alto ônus econômico”. Em seguida, diz que “o TPB é um importante problema de saúde mental pública”. Essa associação de um fator negativo, os altos gastos ao poder público, a um fator de prevalência, a pertinência desses gastos, confirma a inscrição dos sujeitos a uma verdade construída a partir não somente do discurso clínico, que objetiva reduzir os sintomas, mas também de discursos políticos e culturais, que visam garantir o investimento público na recuperação desses pacientes. Nesse sentido, entendemos, pela análise desse enunciado, que o sujeito autor se baseou em uma relação entre o discurso clínico e o discurso político para formalizar o seu dizer ao buscar justificar a viabilidade e relevância da execução de tratamentos para os pacientes com transtorno de personalidade *borderline*.

Logo, essa *vontade de verdade* demonstrada pela investigação das práticas discursivas do sujeito autor pode se pautar nas condições de possibilidade do manejo dos objetos do discurso inseridos no campo da medicina e do poder público. Nesse caso, os saberes da medicina autorizam o indivíduo médico a diagnosticar um paciente e, portanto, constitui-se em um sujeito médico que detém poder sobre os objetos e o sujeito *borderline* ao determinar, no processo de prescrição de tratamentos, um controle sobre seu comportamento inadequado no que se remete à correção comportamental, como afirmado em “por esse motivo, há necessidade de atendimento especializado”. Trata-se, frente a essas análises, de se valer do saber para exercer o poder, ou melhor, o sujeito médico se inscreve no saber da medicina para diagnosticar e, por meio do exercício do poder, “interditar” ou “conduzir” as práticas sociais do sujeito *borderline*, impedindo, ilustrando, enunciando perante normalizações e normatizações clínicas a fim de ter o discurso delimitado como um construto de verdade.

Consideramos pertinente mobilizar a concepção foucaultiana de *comentário* a fim de discutir sobre essa construção da verdade no *corpus*. Em primeiro lugar, essa se trata de uma configuração do funcionamento das relações de poder. No caso desta pesquisa, partimos da constatação de que as quatro sequências discursivas fazem parte de enunciados produzidos sobre os enunciados tanto de outras pesquisas precedentes quanto de documentos, tais como o



DSM-5. Apontamos, além disso, esses documentos como a base do reestabelecimento de novos enunciados. No entanto, são conservados elementos diversos da multiplicidade do saber médico nos aspectos culturais e políticos ao inferir apagamentos e restaurações de discursos clínicos modificados na e pela história, pois, segundo sinaliza Fernandes (2012, p. 49), “são discursos que geram comentários sobre si e, como consequência, sofrem transformações, são modificados, permitem construir indefinidamente novos discursos”.

Dessa maneira, os quatro enunciados recortados e tomados como sequências discursivas se constituem como comentários da ordem do discurso, pois são produzidos a partir de uma reiteração de enunciados anteriores, nesse caso, de outros estudos publicados, ou o DSM-5, especificamente, e esses materiais são tomados como matrizes já produzidas e resgatadas por uma *memória discursiva*. Notamos essa averiguação na regularidade encontrada entre os enunciados ao analisarmos os trechos, respectivamente, “[...] os resultados têm o potencial de impactar significativamente a prática clínica”, em *SD 07* (MCMAN et al., 2018, p. 12); “[...] a manutenção do emprego provavelmente contribui positivamente para a saúde e o humor”, em *SD 08* (JUURLINK et al., 2020, p. 7); “Nossas descobertas podem fornecer um ponto de partida para pesquisas usando dados de mídia social [...]”, em *SD 09* (OOI et al., 2020, p. 1); e “[...] é a primeira vez que os dados de parentes e pacientes serão analisados”, em *SD 10* (FERNÁNDEZ-FELIPE et al., 2020, p. 2). Observamos, nessas afirmações, um ponto semântico em comum: todos os enunciados direcionam o objetivo do ensaio científico para um avanço aos limites diagnósticos impostos historicamente pelo DSM-5. Os termos utilizados, como “potencial de impactar”, “contribui positivamente”, “descobertas” e “primeira vez”, demonstram materialmente esse posicionamento do sujeito autor ante as informações apresentadas no artigo. Apreendemos uma regularidade na estratégia discursiva do sujeito autor em assinalar quais são as retificações nos manuais elencadas no artigo, logo, é relevante tratar os enunciados como comentários originados de enunciados produzidos anteriormente.

Esses comentários identificados geram efeitos de subjetividade constitutivos do sujeito *borderline* ao objetivá-lo mediante um arsenal de condições de possibilidade do discurso clínico. Nesse sentido, essas matrizes se apresentam por meio da manutenção de um discurso científico sobre o discurso clínico ao perpetuar um estatuto ambíguo da atualidade, pois se entrelaçam as condições de produção do enunciado primeiro e do enunciado segundo em um jogo de apagamentos e visibilidades de sentidos, já que, de acordo com Foucault (1996, p. 26), “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento a sua volta”, princípio esse relevante para se considerar a respeito da singularidade de cada enunciado recortado dos artigos científicos no

dado momento histórico demarcado.

Portanto, ao refletirmos sobre a noção de *comentário*, entendemos que esse pressuposto auxilia a compreensão da articulação entre estatuto do discurso histórico e a noção de acontecimento enunciativo. Mediante a fundamentação do filósofo francês, podemos observar, nas sequências discursivas em tela, a presença de termos e expressões que sinalizam o posicionamento do sujeito autor na produção dos comentários sobre os estudos a respeito do sujeito *borderline*, tais como, respectivamente, “a versão mais breve seria uma alternativa excelente”, em *SD 07*, “melhor reconhecimento e suporte”, em *SD 08*, “para iluminar os processos cognitivos e emocionais”, em *SD 09*, e “o TPB é um importante problema de saúde mental pública”, em *SD 10*. Nesses excertos de comentários, as palavras “excelente”, “melhor”, “para iluminar” e “importante” indicam o posicionamento do sujeito autor, isto é, a sua função no enunciado, diante do reconhecimento dos estudos já realizados sobre o transtorno de personalidade *borderline*, pois, para que a estratégia de equiparação entre estudos anteriores e estudos atuais seja possível, precisa-se estipular ao menos duas abordagens subjetivas e distintas sobre um mesmo objeto no âmbito discursivo.

Baseado nas constatações das análises realizadas até este momento, afirmamos que o sujeito *borderline* se torna um conceito-chave nesta discussão e introduz a problemática da descontinuidade e instabilidade em sua constituição por ser, como demonstrado no exame do *corpus*, incompleto, inacabado e disperso. Essas características induzem aos seguintes questionamentos propostos por Foucault (1996, p. 60-61), na esteira do que iremos nos referir pontualmente no decorrer deste trabalho de *genealogia do poder*: “como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação”, sobretudo inseridos em uma série de elementos sociais, históricos e culturais específicos.

Em síntese, pensar o sujeito *borderline* no *corpus* exige um exame do enunciado pelo que está além da materialidade lexical, ou seja, toma-se o discurso clínico como objeto de reflexão, uma vez que, segundo Foucault (1996, p. 70), a análise de um discurso “[...] não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação”, o que concerne em conceder uma descrição das formas de repartição e os efeitos de regularidade elencados para análise das *práticas discursivas*. Essa concepção de prática discursiva é cara para esta tese, pois direcionamos os interesses analíticos não para a leitura e interpretação de enunciados, mas para a investigação das práticas dos sujeitos sob a perspectiva do discurso, próximo tema de discussão.

#### 2.4 A noção de prática discursiva

Objetivamos, neste subtópico, investigar como a concepção de *prática discursiva* pode amparar epistemologicamente o percurso das análises seguintes, pois buscamos situar as práticas dos sujeitos extraídas dos artigos científicos inseridas no escopo da análise do discurso foucaultiana. Antes de tudo, durante um dos cursos ministrados entre os anos de 1970 e 1971, intitulado como *A vontade de saber*, Foucault (1997) apresenta em seu resumo o que ele chama de “morfologia da vontade de saber”, e consideramos pertinente acionar esse texto para refletirmos sobre a concepção de *prática discursiva* esquadrinhando como os enunciados recortados na composição do *corpus* servem de suporte para o funcionamento de dadas práticas inseridas no campo da medicina, esses posteriormente aptos a transparecer elementos de subjetividade reunidos esquematicamente nesta tese.

Em primeiro lugar, retomando a noção de *vontade de saber*, também discutida neste texto, enquanto instância histórica dos recursos circundantes à instauração do pensamento, Foucault (1997) comenta que a análise da verdade se torna suscetível ante a formulação de procedimentos sistemáticos de isolamento de certas práticas em detrimento às condições mais ou menos nítidas de irrupção de suas limitações discursivas, à medida que permeiam jogos de diferenças. Para sustentar o percurso dessa racionalidade teórica, valemo-nos da seguinte definição:

*As práticas discursivas* caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito de conhecimento, pela fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias. Cada uma delas supõe, então, um jogo de prescrições que determinam exclusões e escolhas (FOUCAULT, 1997, p. 11, grifos nossos).

Dessa forma, não interessa à análise das práticas discursivas estabelecer a descrição dos modos de distribuição e isolamento de discursos, mas, ao contrário, trata-se de analisar de que maneira esse discurso percorre historicamente as demarcações de sua própria constituição enquanto estratégias de controle dos sujeitos. Para operacionalizarmos essa concepção no *corpus*, a fim de elaborarmos uma perspectiva de arquivo a partir das regularidades entre enunciados produzidos em diferentes momentos históricos, os quais denunciam o sujeito *borderline*, elencamos três sequências discursivas em três momentos históricos e lugares socioculturais distintos, sendo a primeira publicada em 1953, a segunda em 1987, e a terceira em 1989.

Justificamos a escolha dos citados recortes por apresentarem como regularidade nas condições de produção o descolamento dos sintomas referentes ao comportamento socialmente inadequado do doente mental, como defendido nos manuais, em contraposição aos aspectos orgânicos de diagnóstico médico apresentados nos artigos científicos. Além disso, os enunciados se referem ao período anterior à última publicação dos manuais estatísticos até a execução desta pesquisa, no caso, o DSM-5. Ressaltamos, ainda, que buscamos explorar e demonstrar, por meio da análise do *corpus*, como as sequências discursivas se organizam e se ordenam no saber médico mediante o estabelecimento de um *a priori* histórico e, além disso, como fundam o sujeito *borderline* nesses limiares em convenção com as estratégias de construção de objetos discursivos heterogêneos. Dessa forma, conseguimos determinar quais práticas discursivas integram uma regularidade nas condições de possibilidade do discurso clínico à medida que indicam sistemas de dispersão na descrição do acontecimento enunciativo produzindo, conseqüentemente, efeitos de subjetividade. Seguem as sequências discursivas para posterior análise:

*SD 11.* Várias características clínicas foram propostas como indicativas de transtorno histérico: (1) que os sintomas não se conformam a um padrão compreensível de anatomia ou fisiologia; (2) os sintomas correspondem à “ideia de doença física” do paciente; (3) os sintomas atendem a uma necessidade inconsciente. Os psiquiatras são solicitados a opinar quando (a) nenhuma explicação física para os sintomas foi encontrada; (b) os possíveis modelos explicativos da doença física foram exauridos; e (c) os sintomas não respondem ao tratamento físico. Nessas condições, os modelos psicológicos são considerados a única explicação alternativa para a “doença” da criança. Os critérios para um diagnóstico positivo de histeria são difíceis de entender para o amador psiquiátrico. É necessário fazer inferências sobre o “estado mental” de uma criança ou suposições sobre processos inconscientes. (BATCHELOR, 1953, p. 680).<sup>18</sup>

*SD 12.* Os Transtornos de Personalidade *Borderline* estão incluídos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association (terceira edição: DSM III), mas suspeito que muitos médicos britânicos não estejam familiarizados com o diagnóstico. Para entender o termo, precisamos considerar suas duas partes. A palavra *borderline* foi introduzida para descrever transtornos psiquiátricos que são difíceis de categorizar porque estão na fronteira entre neurose e psicose. [...] Como uma categoria, o transtorno de personalidade esquizotípica substituiu a esquizofrenia *borderline*, embora esse termo ainda seja

---

<sup>18</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “A number of clinical features have been proposed as indicative of hysterical disorder: (1) That symptoms do not conform to an understandable pattern of anatomy or physiology; (2) Symptoms correspond to the patients' 'idea of physical illness'; (3) The symptoms serve an unconscious need. Psychiatrists are asked for opinions when: (a) no physical explanation for symptoms has been found; (b) possible explanatory models of physical illness have been exhausted; and (c) symptoms fail to respond to physical treatment. Under these conditions psychological models are considered as the only alternative explanation for the child's 'illness'. The criteria for a positive diagnosis of hysteria are difficult for the psychiatric amateur to grasp. Inferences need to be made about a child's 'mental state' or assumptions made about unconscious processes.” (BATCHELOR, 1953, p. 680).

usado para descrever certas peculiaridades que são comuns entre os parentes biológicos de esquizofrênicos. (DAVIS, 1987, p. 265).<sup>19</sup>

*SD 13.* No curso de seu trabalho, os médicos de família encontram uma variedade de diferentes tipos de pessoas. Existem alguns cujos problemas são fáceis de resolver e alguns cujos problemas são difíceis. Em algum momento, todos os médicos encontrarão alguns pacientes difíceis que parecem incapazes de permitir que o médico os ajude: eles parecem ter uma necessidade de manter seus problemas, embora estejam em grave sofrimento. Estas podem ser as pessoas com Transtorno de Personalidade *Borderline*. [...] O adjetivo *borderline* implica uma personalidade que ocupa a área fronteira conjunta de normalidade, neurose e psicose. Podemos esperar dessas pessoas um conjunto altamente instável de reações ao estresse da vida, com elementos de normalidade, neurose e psicose. (GRIFFITHS, 1989, p. 1111).<sup>20</sup>

Antes de tudo, entendemos que essa perspectiva específica referente ao conceito de *prática discursiva* acarreta o envolvimento de um campo heterogêneo de elementos epistemológicos concernentes ao processo de segmentação das práticas dos sujeitos, por um lado, intermediado por relações entre discursos constituídos e, por outro, crivado por condições de possibilidade de coexistência de uma rede de discursos dispostos em escalas ordenadas hierarquicamente em cada período da história. Portanto, mencionamos a teorização do pensador francês a fim de evidenciar os pressupostos de repartição das práticas discursivas, conforme se deslocam nos entremeios da formulação do discurso:

A transformação de uma prática discursiva está ligada a todo um conjunto, por vezes bastante complexo, de modificações que podem ser produzidas tanto fora dela (em formas de produção, em relações sociais, em instituições políticas), quanto nela (as técnicas de determinação dos objetos, no afinamento e no ajustamento dos conceitos, no acúmulo de informação), ou ainda ao lado delas (em outras práticas discursivas). (FOUCAULT, 1997, p. 12).

Por conseguinte, ainda de acordo com o texto em tela, a *prática discursiva* se caracteriza por um jogo de recortes vinculados a um dado campo do saber pela qualificação de uma conjuntura significativa composta por fronteiras equivalentes aos pressupostos reiterados por

---

<sup>19</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Borderline Personality Disorders are included in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition: DSM III), yet I suspect that many British doctors are unfamiliar with the diagnosis. To understand the term, we need to consider its two parts. The word borderline was introduced to describe psychiatric disorders that are difficult to categorise because they lie on the border between neurosis and psychosis. [...] As a category schizotypal personality disorder has replaced borderline schizophrenia, although this term is still used to describe certain peculiarities that are common among the biological relatives of schizophrenics.*” (DAVIS, 1987, p. 265).

<sup>20</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*In the course of their work family physicians meet a variety of different kinds of people. There are some whose problems are easy to solve and some whose problems prove difficult. Eventually, all physicians will meet some difficult patients who seem unable to allow the physician to help: they seem to have a need to maintain their problems even though they are in severe distress. These may be the people with Borderline Personality Disorder. [...] The adjective borderline implies a personality occupying the border area conjoin ing normality, neurosis, and psychosis. From these people we can expect a highly unstable set of reactions to the stresses of life, with elements of normality, neurosis, and psychosis.*” (GRIFFITHS, 1989, p. 1111).

um sistema funcional e, ao mesmo tempo, *excludente*. Vejamos como essa constatação excludente funciona no *corpus* e serve de princípio norteador de nossas análises. Primordialmente, ocorre em *SD 11* uma abordagem histórica do conceito de *histeria* vigente até o ano de publicação do artigo, em 1953. Nessa sequência discursiva, vemos o posicionamento do sujeito autor no campo do saber médico ao caracterizar a histeria como um “transtorno” a partir do diagnóstico dos sintomas não catalogados nos paradigmas da anatomia ou fisiologia conhecidos até aquela atualidade pela comunidade acadêmica.

Nesse sentido, o sofrimento psíquico tomado enquanto uma prática discursiva substitui o sofrimento orgânico e visível tradicionalmente operado por meio da realização de exames fisiológicos e exige, assim, a avaliação de um médico psiquiatra, já que esse surge como uma urgência à especificidade do sofrimento enquanto um objeto discursivo da medicina geral. Observamos no excerto “(a) nenhuma explicação física para os sintomas foi encontrada; (b) os possíveis modelos explicativos da doença física foram exauridos; e (c) os sintomas não respondem ao tratamento físico” (BATCHELOR, 1953, p. 680) o ponto de partida do isolamento dos sintomas “históricos”, pois o sujeito autor sinaliza o posicionamento subjetivo de uma ruptura entre o olhar do médico para as comorbidades fisiológicas e o olhar para o comportamento social inadequado segundo queixas do próprio paciente em consultório. Logo, o tratamento fisiológico, isto é, direcionado para o corpo em sua organicidade, já não é mais suficiente para tratar o objeto “histeria”, uma vez que parte de condições psicossociais estipuladas e gradativamente situadas na atualidade do saber médico.

Essa descrição apresentada na sequência discursiva viabiliza a demarcação de um *acontecimento histórico* vinculado a essa atualidade do saber médico na década de 1950 por meio da circularidade do “sofrimento psíquico” enquanto uma prática discursiva condicionada pelo objeto “histeria”. Consideramos oportuno consignar a descrição desse acontecimento histórico para equiparar os enunciados produzidos posteriormente em alusão a um deslocamento das características do sujeito histórico, a fim de formalizar o que futuramente seria desdobrado em patologias de ordem psiquiátrica, em especial os transtornos de personalidade decorrentes de condutas inadequadas, segundo constam nos manuais publicados adiante, capazes de gerar o sofrimento psíquico em oposição ao sofrimento fisiológico, como relacionado no enunciado seguinte.

Partindo dessa constatação, avancemos ao exame da próxima sequência discursiva. Em *SD 12*, observamos o sujeito autor vinculado à terceira edição dos manuais, de modo a fomentar, haja vista as análises anteriores, um amparo teórico-científico para determinar a concepção de

transtorno de personalidade *borderline* enquanto um objeto do discurso clínico. No trecho “mas suspeito que muitos médicos britânicos não estejam familiarizados com o diagnóstico” (DAVIS, 1987, p. 265), confirmamos a hipótese de que o sujeito autor se envolve em condições de produção tencionando reafirmar a qual filiação teórica um diagnóstico deve pertencer historicamente, pois, assim como verificamos nas análises anteriores, faz parte da constituição de um artigo científico que exige essa formalização enunciativa. Portanto, o sujeito autor reitera a dificuldade dos psiquiatras em isolar os sintomas específicos do transtorno em oposição aos sintomas psicofísicos, em razão de a construção dos critérios diagnósticos ter sofrido alterações históricas desde a formulação do conceito de “histeria” até o conceito de “transtornos do comportamento”, como vislumbrado em *SD 11* e *SD 12*.

Além disso, ainda no ano de 1987, o sujeito autor sugere que o sujeito médico deve situar o sujeito *borderline* nos entremeios das patologias já conhecidas no trecho “A palavra *borderline* foi introduzida para descrever transtornos psiquiátricos que são difíceis de categorizar porque estão na fronteira entre a neurose e psicose” (DAVIS, 1987, p. 265). Inserir o conceito nas classificações “neurose” e “psicose” demonstra uma transformação na instauração do objeto *borderline* em comparação ao entendimento da psiquiatria aos comportamentos prejudiciais caracterizados como “histeria”, como abordado em *SD 11*. Ademais, ao utilizar o termo “esquizofrenia *borderline*”, o artigo situa o posicionamento necessário ao sujeito médico naquele recorte histórico diante do saber vigente do campo da psiquiatria.

Essas transformações no conceito indicam os requisitos necessários para se formular um objeto do discurso, prática de *objetivação* discutida posteriormente, porque as formações discursivas sofrem modificações à medida que o discurso clínico paira sobre a superfície das estruturas acadêmicas, isto é, os enunciados relacionados ao diagnóstico psiquiátrico do paciente parecem se compor de maneira regular no que concerne a objetivar o sujeito em descrições possíveis e legítimas. Essas tentativas de descrever os sintomas e catalogá-los em certos lugares do saber médico inferem na recorrência sistemática da organização dos elementos constitutivos de um artigo científico.

Partindo do entalhe das duas primeiras sequências, observamos regularidades entre as práticas discursivas dos dois sujeitos autores. A primeira regularidade acarreta a formulação de conceitos e diagnósticos clínicos de um mesmo objeto como formulado, respectivamente, em “Várias características clínicas foram propostas como indicativas de transtorno histérico” (BATCHELOR, 1953, p. 680), em *SD 11*, e “[...] são comuns entre os parentes biológicos de

esquizofrênicos” (DAVIS, 1987, p. 265), em *SD 12*. No caso, o sofrimento provindo do comportamento inadequado, por um lado, caracterizando-o como uma “histeria limitada” a se romper com a medicina fisiológica, e, por outro, caracterizando-o como o “resultado psicofísico originado pela “neurose” e “psicose” ressignificados pelo deslocamento das características da “esquizofrenia”. Constatamos, dessa forma, duas práticas discursivas, uma da medicina e outra da psiquiatria, que, no processo de dispersão histórica dos enunciados, conservam a abordagem de um mesmo objeto, o sofrimento, ao longo de descontinuidades díspares. Torna-se possível, portanto, a descrição do *discurso psiquiátrico* a partir do pressuposto de que o conceito e o diagnóstico dos sintomas referentes ao *borderline* sofreram alterações no decorrer da história, deslocando-se de uma adversidade do campo da medicina para um lugar privilegiado na repartição do campo da psiquiatria.

Por meio dessa asseveração, analisemos a terceira sequência em oposição às duas primeiras. Testificamos em *SD 13* a presença de mais uma especificação do saber médico, uma vez que esse circulava anteriormente em torno das doenças orgânicas e, em seguida, das doenças psiquiátricas. Nesse enunciado último, ratifica-se um desdobramento da particularidade da prática médica: o “médico de família”. Inicialmente, o trecho “O adjetivo ‘*borderline*’ implica uma personalidade ocupando a área fronteira conjunta de normalidade, neurose e psicose” (GRIFFITHS, 1989, p. 1111) assinala o acréscimo da qualidade “normalidade”, distinguindo-se das sequências anteriores e demarcando um lugar histórico. Além disso, presume-se uma resposta a respeito de qual seria a necessidade de designar um médico especialista em tratamentos do espectro familiar para pacientes com o transtorno *borderline*, já que, nos estudos anteriores, a medicina tratou o descontrole dos comportamentos como “histeria” ou “psicose/neurose”.

Encontramos, novamente, a discriminação da função esperada do sujeito médico ao se referir aos comportamentos como “fáceis” ou “difíceis” de serem diagnosticados e tratados no sentido de os pacientes serem resistentes a assumirem a indispensabilidade de cuidados médicos. Notamos, com essa afirmação, a circularidade sobre a prática do sujeito *borderline* enquanto objeto do discurso ao negar ajuda mesmo passando por grave sofrimento psíquico, como no trecho “eles parecem ter uma necessidade de manter seus problemas, embora estejam em grave sofrimento” (GRIFFITHS, 1989, p. 1111). Por fim, apesar de, hipoteticamente, o sujeito autor ainda mencionar os objetos “neurose” e “psicose”, esse apresenta uma perspectiva mais efetiva de descrição do transtorno ao mencionar os termos “reações aos estresses da vida” e “elementos de normalidade”, instâncias não apresentadas ou prováveis nas sequências



anteriores. Esses prolegômenos discursivos componentes de um arquivo denotam uma especificidade das características comportamentais dos pacientes a partir de elementos de subjetividade *a priori* do saber médico.

Diante dessas três análises das regularidades de condições de produção percebidas nos enunciados, reconhecemos, ainda, qualidades estabelecidas tanto para o sujeito médico como para o sujeito *borderline*. Primeiramente, ambos os sujeitos se encontram envolvidos em um mesmo campo do saber por formações discursivas mútuas e análogas no interior do saber médico, tais como os espectros fisiológicos ou comportamentais. Além disso, verificamos as alterações na abordagem clínica dos doentes mentais a partir do resgate da atualidade histórica de conhecimento sobre os sintomas e as dificuldades dos profissionais da saúde em enquadrar a patologia em algum lugar do campo da medicina, ora deslocando-a para a subdivisão da psiquiatria, ora transportando-a para um médico especialista em relações familiares. Portanto, o objeto sujeito médico se constitui a partir da sua posição na medicina, enquanto o objeto sujeito *borderline* se constitui na aplicabilidade dos conceitos, diagnósticos e tratamentos dos comportamentos inadequados em relação ao objeto sofrimento psíquico. Evidenciamos, assim, a existência de uma circularidade das práticas discursivas de ambos os sujeitos materializados nos enunciados, conforme o discurso clínico atravessa os dizeres e fundamenta afirmações legítimas e válidas nos entrelaçamentos de objetos distintos.

Em suma, o sujeito médico e o sujeito *borderline* se constituem, em termos metodológicos, mediante a determinação dessas práticas discursivas capazes de revelar as instâncias do saber médico e psiquiátrico, não enquanto uma imposição econômica de inserção estrita em um campo do saber, mas enquanto uma integração desses sujeitos em um arsenal de conhecimentos clínicos distribuídos segundo preceitos regimentados pelas regularidades históricas de emergência dos discursos. Nessa perspectiva, ao se isolar o saber médico, viabiliza-se o recorte das práticas discursivas clínicas por intermédio da conjunção da eminência de suas propriedades como do próprio posicionamento do analista a despeito das materialidades enunciativas, uma vez que, como pontua Foucault (1997, p. 13), “as características gerais dessas práticas e os métodos próprios para analisá-las haviam sido inventariados sob o nome de arqueologia”. Logo, o olhar arqueológico incita a percepção dos elementos de subjetividade no *corpus*, à medida que os sujeitos estabelecem relações entre si permeadas por formações discursivas coexistentes e, ao mesmo tempo, distintivas, tais como a normalidade ou patologização, por exemplo.

Tem-se, aqui, a tentativa de controle dos desejos naturais de viver e, conseqüentemente, procurar ajuda médica, no sentido orgânico do corpo, condizentes às necessidades sociais e políticas advindas da coletividade do saber da psiquiatria que se movimenta pelo estabelecimento das vontades do sujeito médico em não somente ter acesso a uma verdade conceitual e diagnóstica, mas também de alinhar suas práticas aos lugares privilegiados e benéficos de uma organização coletiva ou, como assegura pontualmente Foucault (1997, p. 14) sobre a noção de *vontade de saber*, “o conhecimento é uma ‘invenção’, por trás da qual há outra coisa distinta: jogo de instintos, de impulsos, de desejos, de medo, de vontade de apropriação. É nessa cena de luta que o conhecimento vem a se produzir”.

Nessa perspectiva, sumarizamos que a reiteração esquemática do método arqueológico em relação à concepção de prática discursiva se justifica no exame do *corpus*. Essa relação oferece um preâmbulo epistemológico capaz de fomentar o posicionamento investigativo mediante o fenômeno discursivo do jogo de enunciados e discursos, que apontam indícios de restauração de uma vontade de saber por parte dos sujeitos, uma vez que, de acordo com Orlandi (2005, p. 67), Foucault exumou “[...] os sistemas implícitos de regras, anônimas e inconscientes, que definem os espaços de possibilidades no seio das quais se constituem e trabalham os saberes típicos de cada época e “dizem” quem é, a cada vez, o sujeito e o objeto da história”.

Dessa forma, após esse delineamento de como podemos dinamizar o uso da noção de *prática discursiva* provinda do saber médico e psiquiátrico para pensarmos sobre a constituição do sujeito *borderline* na esteira da visão arqueológica, julgamos pertinente esquadrihar acerca desse espaço de possibilidades do saber psiquiátrico, a fim de refletir sobre uma economia de emergência desse sujeito no discurso clínico percebido no *corpus*.

### 2.5 O saber da medicina

Como demonstrado até este momento de escrita, o saber médico compõe, no *corpus*, um panorama organizado e ordenado segundo uma conjuntura de discursos científicos, clínicos, políticos ou econômicos provindos de formações discursivas engendradas em suas singularidades históricas e em um jogo de normalidades e patologizações. Partindo dessas premissas iniciais, buscamos, neste subtópico, investigar de maneira direcionada a dinamicidade do saber da medicina presente no *corpus*, pois, em seguida, obteremos elementos de discursividade suficientes para elegermos elementos de subjetividade integrantes do processo de objetivação do sujeito *borderline*.

Posto isso, a conferência ministrada por Foucault (2008b) sobre o funcionamento do saber médico no fio da história foi transcrita e publicada ainda em “Microfísica do poder” sob o título “O nascimento da medicina social”, e avaliamos ser pertinente nos ampararmos nesse texto, uma vez que o objeto deste trabalho se insere nesse contexto. Vale salientar que, apesar de o filósofo supramencionado situar o saber médico em sua transformação histórica, atentamos, nesta pesquisa, somente ao que se refere aos pressupostos da medicina contemporânea observados no *corpus* para efeito didático na abordagem de nosso objeto de estudo. Inicialmente, questionamos sobre como o sujeito *borderline* se torna um objeto da medicina ou sob quais práticas discursivas esse objeto se individualiza, isto é, objetiva-se, para indicar os limites subjetivos da relação entre o profissional da saúde e o doente, à medida que obedece a uma convenção coletiva que toma o corpo como parte de um maquinário de contingentes, de controle e de intervenção. Ressalvamos que a discussão sobre a temática do corpo enquanto objeto do discurso se desenvolve nos tópicos seguintes de modo oportuno.

A saber, cronologicamente, entende-se que a medicina social perpassou, segundo Foucault (2008b, p. 75-83) delimitou para análise, três recortes históricos e sucessivos, como parafraseado a seguir. Primeiramente, a *Medicina de Estado* atrelou-se, ainda restrita à Alemanha no século XVIII, ao estabelecimento do Estado Moderno enquanto subsídio político, na relação deste com os outros Estados, sobre as práticas sociais da burguesia. Objetivou, além disso, adaptações dos aspectos econômicos e mercantilistas às necessidades salubres da população dominante com ponto de apoio na *normalização* do saber médico por meio da formação técnica de médicos e de professores no domínio governamental. Ressaltamos que diferenciamos *normatização* e *normalização* nesta tese com fulcro na averiguação a seguir:

O conceito de *normatização* remete genericamente a práticas revestidas de uma cientificidade técnica, buscando a definição de critérios, condições, medidas, padrões quantitativos, médicas, índices, curvas estatísticas, colocados como parâmetros de regulação de uma atividade social em geral. Já a noção de *normalização* aponta mais especificamente para uma tecnologia social que implica a avaliação, comparação e classificação de indivíduos entre si, tomando como parâmetro toda uma normatividade científica de caráter corporal, orgânico, biológico, anatomofisiológico, mas também de caráter psicológico e social, buscando marcar suas identidades situando-as em relação à média, à norma para o seu grupo. (PRADO FILHO, 2010, p. 184, grifos originais).

Utilizaremos o termo *normalização* sempre em relação à *normatização*. Assim, continuemos com o percurso histórico da medicina e suas normatizações como elementos circunscritos da operacionalização de normalizações percebidas no *corpus*. A *Medicina Urbana*, praticada na França no século XVIII, enfocou, no lugar da influência estatal do sistema

alemão, na concentração do poder em frações complexas e compostas pela Igreja, pelo Estado e pelo rei. Todos esses estavam conciliados não no sentido de compartilharem o poder, mas sim de se fundirem em alguns pontos complexos e cada vez mais sutis, a fim de manter a congruência de interesses sobre a organização populacional por intermédio da elaboração esquemática da infraestrutura sanitária da cidade, portanto, sob controle dos médicos.

Ainda, alguns desses objetivos também versavam a respeito do prevaecimento do desenvolvimento industrial sobre a força de trabalho e a política de manutenção do poder em decorrência das resistências de alguns grupos sociais em obedecer às regras predominantes. Logo, a formulação das estruturas de controle sofreu retificações para atender a estas novas exigências, como a repercussão e correção de novas leis de intervenção da arquitetura da medicina com base na existência de doenças epidêmicas e o uso desse fator enquanto artifício de administração vigilante e punitiva das práticas e discursos dos desobedientes, fatores esses explorados no *corpus* nas sessões seguintes. Para ilustrar, a edificação das cidades foi regulada por meio de ações justificadas como medidas de conservação da salubridade e higiene pública, tais como a restrição da livre circulação de pessoas consideradas como uma ameaça à saúde, a redistribuição dos lares no espaço geográfico, para manter seguros os grupos sociais privilegiados pelo Estado, o cuidado sobre as propriedades privadas ou até mesmo o direito sobre o próprio corpo, pretendendo acatar aos interesses políticos e legislativos.

Por último, a *Medicina da Força de Trabalho*, ainda na Inglaterra no século XIX, referiu-se às modalidades de resistência da população à aplicação dos recursos disciplinares da medicina social, que exerceu a medicalização do corpo, a fim de fracionar a burguesia, de um lado, e o proletariado, de outro, para garantir, supostamente, que o Estado preservasse seu projeto de poder. Nesse caso, o trabalho integrou uma das formas estatais de tornar os sujeitos loucos, resistências, naquele momento, pertencentes a uma rede de controle vigente, à qual o corpo vigiado não desencadeou somente uma medida de proteção aos demais grupos sociais, mas também ocupou o lugar de um corpo útil para a movimentação laboral oportuna e o eficaz funcionamento econômico, visando diminuir os gastos e investir a força de trabalho em setores sociais específicos.

Partindo dessa contextualização do aspecto histórico do desenvolvimento do campo da medicina até a modernidade, direcionamos os enfoques para a constituição mais recente do *sujeito louco*, tomado como objeto em oposição ao sujeito *borderline*, para compreendermos como ambos os sujeitos ocuparam, de modo discursivamente equivalente, um lugar privilegiado no estabelecimento da medicina social e da psiquiatria contemporânea, como analisado no

*corpus*. Para tanto, acionamos as contribuições do texto “O poder psiquiátrico” de modo oportuno. Nessa publicação, referente aos cursos ministrados entre 1973 e 1974, Foucault (2006b) estuda a loucura tomada como objeto central de transformação histórica desde a Idade Clássica até o século XVIII e sua correlação com a medicina social.

A loucura, ou melhor, o louco, fora caracterizado como um sujeito dotado de condutas e crenças adversas à convenção coletiva antes desse século, no entanto, estava integrado às repartições sociais de modo a apropriar-se de um lugar, mesmo que anonimamente, de um sujeito suscetível a escapar das normalizações econômico-políticas existentes. Já no início do século XIX, a representação do louco se deslocou de *sujeito variante* para *sujeito adverso* a essas convenções sociais, isto é, aos acordos determinados como normalizações resultantes de experiências recíprocas. Surge, nesse momento, a elaboração de instituições sociais para manter o controle. Uma dessas instituições foi o hospital, reestruturado e direcionado à definição de um conjunto de técnicas disciplinares subjacentes aos motes de controle estatal. Além disso, essas autorizavam, mediante instauração de um campo científico e legítimo do saber como a área da medicina, ações preventivas a condutas resistentes, à medida que uma verdade se instalava e gerava regimentos próprios.

Por meio desses apontamentos iniciais, convergimos o interesse em investigar, no *corpus*, como as técnicas disciplinares da instituição hospitalar ecoam nos enunciados produzidos por médicos psiquiatras inscritos no campo da medicina e na ordem acadêmica, objetivando perceber como essas medidas preventivas são institucionalizadas diante da instauração de uma verdade sobre o sujeito *borderline* nesse momento histórico. Como recorte das condições de produção, aventamos a atualidade desta tese ao considerar a medicina inserida em uma *sociedade industrial capitalista* do século XXI, descrita a seguir:

A sociedade industrial capitalista, visando à sustentação de um *status* definido pela posse econômica, aperfeiçoa técnicas para a manutenção e acumulação de bens, e também manutenção e reprodução das forças de trabalho a partir da elaboração e implementação de dispositivos disciplinares. (FERNANDES, 2012, p. 65).

Para tanto, elencamos três recortes de enunciados de artigos distintos publicados entre 2011 e 2018, com o objetivo de reconhecer, por interposto do exame das regularidades enunciativas, como o sujeito *borderline* se constitui à medida que o discurso clínico se materializa nas sequências discursivas e fomenta a constituição desse sujeito no seio dessa *sociedade industrial capitalista* mencionada. Reiteramos que conferimos essa definição à natureza rentável e lucrativa das condições de produção presentes no *corpus*. A saber, os três enunciados seguintes se referem em comum à descrição dos *departamentos de emergência* para

atendimento de sujeitos *borderline* em casos graves e imediatos de abuso de substâncias, pois entendemos que a recorrência de posicionamentos dessemelhantes dos sujeitos psiquiatras revela a existência de formações discursivas análogas e, portanto, constitutivas de subjetividades. Seguem as sequências:

*SD 14.* As complexidades inerentes ao tratamento de TUS<sup>21</sup> e TPB concomitantes são ainda agravadas por atitudes e práticas negativas por parte dos profissionais de saúde ao responderem às pessoas com essas condições. Isso é especialmente evidente no contexto do uso de substâncias, em que o TPB não diagnosticado pode ser a base de uma difícil relação médico-paciente e atrasar o acesso ao tratamento adequado. [...] Na verdade, foi sugerido que os indivíduos com TPB constituem os “pacientes psicologicamente mais desafiadores que um médico de atenção primária pode encontrar”, e isso é especialmente verdadeiro quando o uso de substâncias também é proeminente. (LUBMAN, 2011, p. 376).<sup>22</sup>

*SD 15.* Os resultados sugerem que o uso indevido de substâncias e os provedores de tratamento psiquiátrico devem identificar clientes com TPB (ou sintomas de TPB, particularmente impulsividade), avaliar a regularidade do consumo de álcool antes do sexo, conduzir uma análise funcional desse comportamento (por exemplo, redução da ansiedade relacionada ao sexo) e contrariar possíveis percepções equivocadas sobre os benefícios sexuais do consumo de álcool (ou seja, expectativas de consumo de álcool). (THOMPSON JR. *et al.*, 2017, p. 5).<sup>23</sup>

*SD 16.* Quando estão mais organizados e podem entrar em tratamento psicológico mais aprofundado, podem ser encaminhados a especialistas para psicoterapia. Essa abordagem é de grande interesse para pacientes com TUS, pois o profissional de saúde mental para TUS pode facilmente aplicar intervenções psiquiátricas sem ter que encaminhar o paciente a um terapeuta especializado em TPB. Frequentemente, os pacientes com TUS não são estáveis o suficiente para comparecer regularmente a reuniões de grupos fixos como [acontece] para TPB e, portanto, são frequentemente excluídos de tais programas. Um estudo de Black mostra que os pacientes com gravidade basal mais alta apresentaram maior melhora após o tratamento de curto prazo. (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2).<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> Transtorno de Uso de Substâncias.

<sup>22</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “Complexities inherent in the treatment of co-occurring SUD and BPD are further compounded by negative attitudes and practices on the part of health professionals in responding to people with these conditions. This is especially evident in the context of substance use, where undiagnosed BPD may underlie a difficult patient-doctor relationship and delay access to appropriate treatment. [...] Indeed, it has been suggested that individuals with BPD constitute the ‘most psychologically challenging patients a primary care physician ever encounters’, and this is especially true when substance use is also prominent.” (LUBMAN, 2011, p. 376).

<sup>23</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “Findings suggest that substance misuse and psychiatric treatment providers should identify clients with BPD (or BPD symptoms, particularly impulsivity), assess their regularity of drinking alcohol before sex, conduct functional analysis of this behaviour (e.g., reduction of sex-related anxiety), and counter possible misperceptions about the sexual benefits of alcohol consumption (i.e. alcohol expectancies).” (THOMPSON JR. *et al.*, 2017, p. 5).

<sup>24</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “When they are more organized and can enter more in-depth psychological treatment, they can be referred to specialists for psychotherapy. This approach is of high interest for patients with SUD as the mental health practitioner for SUD can easily apply psychiatric interventions without having to address the patient to a BPD specialized therapist. Often patients with SUD are not stable enough to regularly attend fixed group meetings like for DBT and are therefore often excluded from such programs. A study by Black shows that patients with higher baseline severity showed greater improvement after short-term treatment.” (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2).

Para realizarmos a análise, partimos do pressuposto de que o sujeito *borderline*, examinado e diagnosticado por meio da observação do comportamento inadequado de acordo com os manuais, exige da instituição hospitalar a adaptação de suas leis de funcionamento, as normatizações, para atender a um sujeito que não se queixa de intercorrências sobre o corpo orgânico como na medicina social do século anterior, mas sim de comportamentos por vezes sem controle próprio ou involuntários e frequentemente prejudiciais tanto a si mesmo como para outros sujeitos, empreendimento fruto da aplicação de normalizações. Depreende-se, conseqüentemente, a necessidade de uma especificação do saber médico para atender à urgência das questões comportamentais, portanto, surge gradativamente o *hospital psiquiátrico*. Partimos do pressuposto de que o hospital psiquiátrico, assim como outras instituições sociais:

[...] têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos. [...] O hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos. [...] a prisão ou os hospitais têm por objetivo ligar o indivíduo a um processo de produção, de formação ou de correção dos produtores. Trata-se de garantir a produção ou os produtores em função de uma determinada norma. (FOUCAULT, 2005a, p. 144).

Percebemos, em comum às três sequências, a preocupação dos sujeitos autores em demarcar, em seu dizer, a inevitabilidade em descrever a conduta tanto dos sujeitos médicos quanto dos sujeitos *borderline*, visando avaliarem os procedimentos congruentes para contenção dos fatores inadequados no tratamento que garante o retorno ao convívio social, garantido pelo funcionamento efetivo do *hospital psiquiátrico*. Vejamos esse aspecto no *corpus*. Em *SD 14*, avalia-se a postura dos profissionais da saúde ante as condições específicas dos pacientes acometidos pelo abuso de substâncias, os quais julgam as práticas como “[...] atitudes e práticas negativas por parte dos profissionais de saúde ao responder às pessoas com essas condições” (LUBMAN, 2011, p. 376). Verificamos nessa afirmação um cuidado não somente em apresentar as condições diagnósticas mediante as queixas dos sujeitos *borderline*, mas também da relevância em mencionar a qualificação da conduta dos sujeitos médicos diante da emergência ao qualificá-las como “negativas”.

Logo, notamos no *corpus* a existência de elementos constitutivos dos sujeitos envolvidos no tratamento que compartilham mutuamente, no esteio das normalizações hospitalares, o mesmo objetivo legitimado pelo saber médico: garantir o controle das condutas nocivas dos pacientes ao utilizar o termo “responder”, o que pressupõe a existência de, ao menos, dois sujeitos na relação. Esses sujeitos precisam se inscrever em um mesmo mote de normatizações, as regras hospitalares, para que fecundem posições no discurso clínico com

fulcro no jogo entre individualidades, de um lado o sujeito médico e do outro o sujeito *borderline*, convalidadas por asseverações coletivas, a comunidade médica.

Já em *SD 15*, o delineio dessa coexistência subjetiva também é demarcado por meio da descrição da relação entre profissional da saúde e paciente. Para tanto, o sujeito autor não menciona as condutas ideais dos sujeitos no processo de emergência hospitalar, como em *SD 14*, mas instaura a aplicação da terapia comportamental dialética como objetivo do tratamento, como visto no trecho “[...] avaliar a regularidade do consumo de álcool antes do sexo, conduzir uma análise funcional desse comportamento” (THOMPSON JR. *et al.*, 2017, p. 5), no qual os verbos “avaliar” e “conduzir” apontam para a intervenção do sujeito médico na conduta do sujeito *borderline*.

Identificamos nessa sequência a precisão em alterar, pautado nos manuais, os comportamentos e sentimentos pouco adaptativos do usuário de substâncias com origem em sanções disciplinares dos profissionais da saúde, aqui chamados de “treinadores”. Questionamos, dessa forma, como esses “treinadores” elegem quais são os comportamentos e sentimentos ideais e esperados dos sujeitos *borderline*, uma vez que chamam a conquista dessas práticas adequadas de “equilíbrio sintético”. Essas afirmações são produzidas a partir das condições de possibilidade do discurso clínico autorizadas pelo saber médico, esse sendo capaz de estabelecer quais são os comportamentos e sentimentos adequados à economia político-capitalista, mediante o resgate de uma *memória discursiva*, e quais comportamentos e sentimentos não são coerentes, por meio do atravessamento de discursos socioculturais naquele exato momento, tais como o discurso político ou discurso capitalista.

Por último, em *SD 16*, ao colocar em evidência os custos financeiros ao hospital, isto é, elementos capitalistas, na recepção dos sujeitos na emergência, o sujeito autor localiza semanticamente o sujeito *borderline* enquanto objeto do discurso em uma conjuntura de condições circunstanciais para justificar a dificuldade no acesso ao tratamento dos sintomas desencadeados por uso excessivo de substâncias. O excerto “Quando estão mais organizados e podem entrar em tratamento psicológico mais aprofundado, podem ser encaminhados a especialistas para psicoterapia” (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2) ilustra essas circunstâncias, pois a escolha da locução “podem ser encaminhados” induz a pensarmos em uma estratégia subjetiva de controle da conduta e, ao mesmo tempo, em um deslocamento do sujeito *borderline* de uma objetivação no rol de “tratamentos psicológicos” para uma intervenção mais assertiva proposta por “especialistas”. Esse encaminhamento, de acordo com o enunciado, gera uma nova configuração dos custos financeiros e coloca o sujeito *borderline*



no interior de um discurso capitalista que fomenta um jogo de rentabilidade na determinação de um tratamento adequado, mas, ao mesmo tempo, em concordância com a disponibilidade financeira.

Nesse sentido, as circunstâncias clínicas apresentadas no enunciado, tais como as “comorbidades paralelas”, “dificuldades financeiras” e “relacionamentos prejudicados com a família”, revelam um sujeito *borderline* não como fruto de uma relação com o “terapeuta” ou com o “treinador” visto nas sequências anteriores, *SD 14* e *SD 15*, mas como resultado de uma categorização das características específicas de constituição sociocultural e clínica, julgadas pelo saber médico e psiquiátrico como problemáticas ao desempenho eficaz do atendimento assim expresso em “[...] o profissional de saúde mental para TUS pode facilmente aplicar intervenções psiquiátricas”. Nesse trecho, o direito à “intervenção psiquiátrica” é qualificado como “de fácil aplicação”, critério de objetivação do sujeito em tratamento. Acrescentamos que a escolha do adjetivo “fácil” pressupõe a existência de uma aplicação “difícil”, ou seja, essa intervenção psiquiátrica gira em torno de um direito condicionado à adaptação de probabilidades qualificadas como mais “fáceis” ou mais “difíceis” no sentido de mobilizar uma economia no processo de controle desses sujeitos doentes.

Concordamos que esses três empreendimentos verificados nas sequências discursivas demonstram os fundamentos de constituição do sujeito *borderline* a partir da eleição de reparações no comportamento inadequado, em busca de um ideal comportamental aceito tanto pela sociedade e prescrito nos manuais quanto pela cultura e regido pela instituição hospitalar diante das limitações das práticas tanto do médico como do paciente no departamento de atendimento emergencial. Logo, essa modalidade de instituição psiquiátrica se preocupa em não mais isolar o sujeito louco da sociedade, de acordo com os preceitos da medicina social do século XIX. Desse período em diante, os casos dos indivíduos com transtornos de personalidade *borderline* são nomeados como sujeitos *borderline*. Ocorre, nesse ponto, o deslocamento do sujeito louco para o sujeito *borderline* mediante a reestruturação da instituição hospitalar, primeiro, tratando a doença orgânica como demonstrado nas primeiras análises; e segundo, diagnosticando o comportamento prejudicial como nas análises últimas, tendo em vista as urgências políticas e econômicas.

Desse modo, nessa perspectiva contemporânea, não interessa qualificar o sujeito *borderline* como eleito exclusivamente pelas suas falhas de conduta social, mas sim pela instauração de uma possibilidade de reintegração à sociedade, à medida que seu comportamento

seja passível de controle pelos profissionais da saúde, comprovado pelo exame do *corpus*, pois, segundo o filósofo francês, em oposição ao hospital psiquiátrico do século XX,

Assim se estabelece a tão curiosa função do hospital psiquiátrico do século XIX; lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios, cuja disposição faz pensar numa grande horta; mas também espaço fechado para um afrontamento; lugar de luta; campo institucional, onde se trata de vitória e de submissão. (FOUCAULT, 1997, p. 49).

Foucault (1997), ainda nesse estudo sobre a psiquiatria, menciona a ação de internamento do sujeito doente como técnica de controle na sociedade disciplinar, pois decorre do que ele chama de “eixo paixão-vontade-liberdade”. Esse eixo associa os desejos inadequados inatos, a materialização observável desses desejos e a relação entre esses desejos e os alcances dos mecanismos de controle. Isto é, de um lado, tem-se o sujeito doente excluído da sociedade e isolado no hospício e, de outro, um *sujeito patologizado*, nesse caso, o sujeito *borderline*, em conformidade com as definições da instituição psiquiátrica ou, por vezes, também socioeconômicas. Reiteremos que, ao nos referirmos à prática de patologização do sujeito, tratamos de uma especificidade do discurso clínico que perpassa o saber da medicina, enquanto uma ciência, para estabelecer relações de poder, ou melhor, segundo Foucault (2005a, p. 121), “trata-se de um poder epistemológico, poder de extrair dos indivíduos um saber e extrair um saber sobre esses indivíduos submetidos ao olhar e já controlados por esses diferentes poderes”.

Encontramos, no *corpus*, aspectos inerentes a esse “sujeito patologizado” sob uma transformação histórica em relação ao “sujeito louco” do século mencionado. Em primeiro lugar, observamos a presença de afirmações nos enunciados as quais fomentam a inevitabilidade em mencionar o diagnóstico médico para sustentar a argumentação acerca da indicação de tratamentos interventivos sob as condutas. Em *SD 14*, tem-se o seguinte enunciado: “Isso é especialmente evidente no contexto do uso de substâncias, onde o TPB não diagnosticado pode ser a base de uma difícil relação médico-paciente e atrasar o acesso ao tratamento adequado” (LUBMAN, 2011, p. 376). O citado fragmento, ao relatar os prejuízos do transtorno a despeito do abuso de substâncias, confirma o problema interpessoal entre profissional da saúde e paciente como “difícil relação” a partir da não patologização do sujeito *borderline* ao enquadrá-lo como “TPB não diagnosticado”, ancorando-se no saber médico. Nesse sentido, a patologização equivale ao processo diagnóstico e possui uma escala de aceitabilidade dessa prática ao qualificar a exequibilidade enquanto consequência da “fácil” ou “difícil” relação estabelecida entre os sujeitos.

Já na sequência discursiva *SD 15*, reitera-se essa condição de produção/possibilidade no trecho “Os resultados sugerem que o uso indevido de substâncias e os provedores de tratamento psiquiátrico devem identificar clientes com TPB (ou sintomas de TPB, particularmente impulsividade) [...]” (THOMPSON JR. *et al.*, 2017, p. 5). Ou seja, para que o tratamento ocorra, novamente se torna preciso distinguir a patologia do cliente como sujeito com “sintomas de TPB”, logo, patologizado. Compreendemos, em ambas as sequências, a emergência do discurso clínico à medida que a prescrição de tratamentos exige a preexistência de um diagnóstico para encaixar os sintomas dos pacientes no saber organizado e ordenado da psiquiatria. Isto é, os sujeitos autores, ao mencionarem “tratamento de TUS” ou “provedores de tratamento”, delineiam o percurso teórico necessariamente adotado pelos profissionais da saúde ao se depararem com um diagnóstico médico.

Enfim, também percebemos a articulação do saber médico em *SD 16* no trecho “[...] pacientes com gravidade basal mais alta apresentaram maior melhora após o tratamento de curto prazo” (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2). Essa “gravidade basal” demarca o lugar do sujeito no saber médico pela preocupação com a questão “orgânica” do corpo. No entanto, ocorre no enunciado um deslocamento do sujeito ao situá-lo no “tratamento de curto prazo” pertencente ao lugar específico da psiquiatria ao se referir à aplicação do “TUS”. Nesse caso, o processo diagnóstico parte da avaliação da gravidade dos sintomas, tanto orgânicos como mentais, almejando otimizar o custo-benefício do tratamento psiquiátrico a curto prazo, questão de ordem capitalista. Mais uma vez, o saber médico é acionado para sustentar essas instâncias normalizadoras ao mencionar a existência de tratamentos em períodos curtos e longos crivados por normatizações, haja vista a manutenção do “custo-benefício”, já prevista no rol de tratamentos médicos ou psiquiátricos para esse tipo de patologia de origem comportamental e não orgânica.

Consequentemente, diante das três análises, o sujeito médico se constitui na relação entre médico e doente mental, já que essa relação entre sujeitos se dispõe, pondera especificamente Foucault (1997, p. 49), ainda nesse estudo em tela, por “[...] aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que detém sobre ela, e aquele que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente”. Dessa maneira, atribui-se ao médico o controle sobre o doente mental a partir do momento em que esses se constituem em sujeitos no interior da instituição hospitalar, a qual determina o lugar que devem ou podem ocupar e quais relações de poder serão exercidas sobre os seus corpos, orgânicos, ou os seus comportamentos, psíquicos. Nesse caso, portanto,

conduzimos a reflexão para a ruptura do saber psiquiátrico nos entremeios do saber médico, assim como demonstrado nas sequências discursivas. Em primeiro lugar, ao colocarmos como objeto o sujeito *borderline* inserido no campo da psiquiatria ou da medicina geral, verificamos a eleição de elementos de subjetividade distintos. Para subsidiar essa premissa, acionamos Caponi (2005) com uma de suas contribuições acerca dessa diferenciação para posterior análise do objeto em questão:

Foucault analisa ambas as disciplinas (psiquiatria e medicina) observando aquilo que as aproxima e aquilo que as separa. Mostra que é necessário deter-se nas diferenças, entre a figura do médico e a figura do psiquiatra, entre a instituição hospitalar e o asilo, entre as práticas próprias do psiquiatra e aquelas realizadas por um anátomo-patólogo ou um clínico nesse mesmo momento histórico, detém-se nas diferenças estratégicas terapêuticas e nos diferentes modos de estabelecer um diagnóstico. (CAPONI, 2005, p. 83).

Desse modo, a partir das análises dos enunciados, consolidamos que a legitimidade e suficiência da verdade clínica convencionalizada sobre o conceito, diagnóstico e tratamentos devem sustentar o estabelecimento das normatizações organizacionais do hospital psiquiátrico, pois é por meio das tecnologias disciplinares do saber da medicina, das normalizações, que o sujeito especialista no campo da saúde se constitui em um sujeito “patologizador” e autorizado a produzir enunciados válidos no espectro do ambiente clínico referente ao sujeito *borderline*. Ademais, Foucault (1997) propõe uma especificidade do hospício no século XIX, e consideramos oportuno mencionar a constatação do filósofo para discutirmos adiante os pontos de encontro entre o hospício e a transformação desse em hospital psiquiátrico no século XX.

[...] o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico, que é do mesmo tipo que o do químico e do biólogo: eis o que fundamenta, agora, a intervenção e a sua decisão. O poder que o hospício dá ao psiquiatra, deverá, portanto, se justificar (e se mascarar, ao mesmo tempo, como sobreponder primordial), produzindo fenômenos integráveis à ciência médica. (FOUCAULT, 1997, p. 50).

Para efeito metodológico, chamaremos de *tecnologia disciplinar* esse conjunto de estratégias de objetivação do sujeito *borderline* no saber médico. Essa tecnologia disciplinar empregada na ciência médica utiliza matrizes, como padrões de influência e definição da abordagem sobre os corpos, a fim de torná-los sujeitos funcionais e objetivados, sobretudo por meio das organizações institucionais e laborativas, como no caso do regime estatal da Europa no século XIX. Isso significa que o sujeito não se torna individual, mas se compõe por uma coletividade supostamente homogênea e funcional, à medida que as condutas dos sujeitos

escapam dos interesses da gestão socioeconômica. Transforma-se, assim, o corpo em um elemento integrante não somente como efeito das relações de poder, mas também como escopo de um campo do saber político, empreendimento esse analisado de maneira mais pontual no decorrer desta tese.

Para elucidar, ao tomarmos o hospital enquanto um lugar de exercício do poder psiquiátrico, observamos que os sujeitos médico e paciente se inscrevem em uma posição efetiva de individualização validada estritamente como relutância a uma configuração paradigmática, ou seja, um mecanismo disciplinar se operacionaliza por meio do respeito ou da negação a uma prática de normalização institucional. Evidentemente, como visto, a normalização não se restringe a técnicas disciplinares, pois a própria constituição do sujeito médico sobre o sujeito enfermo caracteriza práticas discursivas próprias. Para inteirar, em conformidade com as análises, o delineamento de diagnósticos segundo documentos com teor científico e a indicação de tratamentos almejam recuperar esse sujeito doente e qualificá-lo como útil e produtivo para uma sociedade capitalista, como se constata, nas sequências, através da recorrência aos deslocamentos dos sujeitos na instituição visando estratégias “fáceis”, “difíceis”, ou com melhor “custo-benefício”, por exemplo. Contudo, admitimos ser adequado acionar a distinção, realizada por Dreyfus e Rabinow (2005), entre uma ciência normal, formalizada por um histórico tradicional e teórico, e uma tecnologia normalizadora, composta por mecanismos de controle:

Há, contudo, uma diferença maior entre o funcionamento da ciência normal e o das tecnologias normalizadoras: enquanto as ciências normais objetivam, em princípio, a assimilação final de todas as anomalias, a tecnologia disciplinar funciona para estabelecer e preservar um conjunto gradativamente diferenciado de anomalias, que é o próprio modo pelo qual implica seu saber e poder para domínios cada vez mais abrangentes. (DREYFUS; RABINOW, 2005, p. 217).

Nesse sentido, valida-se a abstração, em termos analíticos, do poder incidente sobre os indivíduos no que tange à sua localização em um saber científico como a medicina, pois, ao se objetivar um corpo em sujeito *borderline*, atua-se sobre ele por intermédio de uma formulação subjetiva e histórica permeada por jogos de verdade sustentados por uma disciplina crivada por um saber. Assim, observamos de modo consolidado que a instituição hospitalar contemporânea se ampara pelo compartilhamento social de uma mesma construção de uma verdade clínica cientificamente legítima e pautada em uma série de práticas discursivas, isto é, práticas permeadas pelas condições de possibilidade que fundamentam o esteio de um dado conhecimento científico organizado e ordenado pelas configurações da medicina.

No entanto, entendemos, pelas análises, que essa relação de poder entre médico e paciente não se forja de maneira contínua e sucessiva, pois o jogo de resistências por parte dos sujeitos envolvidos instaura uma mutabilidade das relações de poder pressupostas nos enunciados em tela. Por exemplo, o sujeito psiquiatra tem a permissão de diagnosticar o sujeito *borderline*. No entanto, se esse doente mental não realiza a confissão no momento do atendimento médico de maneira consciente, a despeito de suas próprias práticas inadequadas, o poder do psiquiatra sobre o enfermo sofre alterações dinâmicas para garantir a manutenção do controle do comportamento. Visualizamos, nesse momento, um jogo de estratégia adotado pelo sujeito doente ao dificultar o processo diagnóstico. Dessa forma, como afirma Foucault (1997, p. 52) ao conceituar o processo da *despsiquiatrização*, “trata-se, então, não tanto de anular o poder do médico, mas de deslocá-lo em nome de um saber mais exato, de dar-lhe um outro ponto de aplicação e novas medidas”. Vemos, então, que essa *despsiquiatrização* fomenta o deslocamento do sujeito *borderline* entre saberes distintos. A saber, mencionamos o estudo de Foucault (2006b), o qual discorre a respeito do deslocamento do sujeito louco do saber da neurologia para o saber da psiquiatria, uma vez que, de acordo com a história da loucura, o autor reitera o funcionamento asilar na abordagem de mulheres histéricas:

Forçando as portas do asilo, deixando de ser loucas para se tornarem doentes, sendo tratadas enfim, por um verdadeiro médico, isto é, pelo neurologista, forçando-lhes verdadeiros sintomas funcionais, as histéricas, para o maior prazer delas, mas sem dúvida para nossa grande desgraça, deram à medicina a possibilidade de agir sobre a sexualidade. (FOUCAULT, 2006b, p. 419).

Vejam, pela análise do *corpus*, como o sujeito médico se constitui à medida que recebe autorização para manejar o conhecimento da medicina e, especificamente ao saber da psiquiatria, para incidir sobre o deslocamento do sujeito *borderline*. Preliminarmente, concebemos em *SD 14* a conclusão de que os pacientes com transtorno de personalidade *borderline* são “psicologicamente mais desafiadores” sob o olhar médico remetente à indicação de tratamentos para o abuso de substâncias. Acerca disto, verificamos o poder do sujeito médico sobre o sujeito *borderline* ao se pautar pelo histórico das experiências nos tratamentos já realizados, caracterizando-os como “mais desafiadores” ou “menos desafiadores” em comparação às outras comorbidades do espectro das patologias. Além disso, pontua a veracidade da afirmação ao confrontar as circunstâncias do diagnóstico ao dizer “e isso é especialmente verdadeiro”. A verdade é construída no enunciado como uma atestação da observação do sujeito médico.

Já em *SD 15*, verificamos novamente esse olhar do médico quando o sujeito autor

menciona a avaliação da regularidade do uso de substâncias antes do sexo em relação à funcionalidade do comportamento. Nesse sentido, o médico se baseia em um saber histórico para determinar o que pode ser considerado como avaliação da “regularidade do consumo de álcool antes do sexo” no sentido de estabelecer limites para que o comportamento possa ser julgado como “regular” ou “irregular”. Ainda, a seleção do verbo “avaliar” para se referir à recorrência dos sintomas coloca o sujeito médico em uma posição de domínio sobre o conhecimento da psiquiatria, pois precisa se arrolar a um dado lugar científico para se instaurar como “aquele que avalia” o outro.

Por último, também vemos semelhante condição de produção/possibilidade em *SD 16*, a qual integra um dos requisitos para a eficácia do tratamento psicológico. O trecho “[...] os pacientes com TUS não são estáveis o suficiente para comparecer regularmente a reuniões de grupos fixos” (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2) demonstra essa estratégia adotada por um sujeito “avaliador” de condutas. Não se torna visível somente a apresentação da relevância do diagnóstico médico, mas também reitera a avaliação do sujeito médico ao julgar o desempenho do sujeito com TUS mediante a eficácia do tratamento realizado nas reuniões de grupo como “suficiente”. Pensar em “suficiência” tendo em vista a “estabilidade do comportamento dos pacientes” retoma o lugar díspare do sujeito médico em relação ao sujeito paciente, já que, nesse sentido, a “regularidade” é associada à “estabilidade”, em outras palavras, um comportamento associado a um sintoma prescrito pelos manuais em um jogo de verdades asseguradas pelos manuais. Em suma, esse tratamento pode ser realizado a partir do exame médico que determina se a abordagem deve obedecer aos preceitos específicos do abuso de substâncias ou deve retomar à matriz reiterada pelo tratamento particular do sujeito *borderline*.

Dessa maneira, ao analisarmos os três enunciados, notamos como regularidade nas condições de possibilidade de emergência do discurso clínico a existência do olhar médico para não somente avaliar o comportamento inadequado do sujeito *borderline*, como também para tomar o saber da medicina como um ponto de partida acerca da prescrição de diagnósticos e tratamentos, evidenciando, assim, elementos de subjetividade. O sujeito *borderline*, portanto, constitui-se sob o olhar do sujeito médico, conforme demonstrado nas sequências discursivas, como aquele objetivado pelo lugar autorizado, pela posição do sujeito psiquiatra que se vale do saber médico para determinar a “suficiência” e “estabilidade” do controle sobre os corpos.

Após essas constatações, convergimos o nosso enfoque para o sujeito *borderline* assente às contribuições dos estudos foucaultianos sobre o sujeito anormal, com o objetivo de perceber as estratégias de intervenções sobre o corpo do doente mental no interior da instituição

hospitalar, pois partimos do princípio de que:

O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto a linguagem os marca e as ideias os dissolvem), lugar de dissociação do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está, portanto, no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo. (FOUCAULT, 2008b, p. 22).

Além do mais, como apresentado em “Os anormais”, resumo dos cursos ministrados entre 1974 e 1975, Foucault (1997) propõe uma análise da história dos indivíduos constituídos em sujeitos avaliados como “anormais”, especialmente no final do século XIX. Em primeiro lugar, reconhece os sistemas de controle desses sujeitos a partir da disseminação das relações de poder sobre o corpo não concentradas em apenas um cerne, como ocorre no *poder soberano*, mas em instituições sociais cada vez mais complexas e fracionadas, como o hospital, uma vez que:

Enquanto o poder soberano se manifesta essencialmente pelos símbolos da força fulgurante do indivíduo que o detém, o poder disciplinar é um poder discreto, repartido; é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce. (FOUCAULT, 2006b, p. 28).

Segundo o autor, provocou-se a restauração de novas técnicas de controle sobre o corpo para substituir a maquinaria do poder soberano, no qual as relações entre sujeitos funcionavam de modo subordinado e obediente ao rei ou ao representante religioso, exceto em casos isolados de resistências. Nesse sentido, foi necessário elencar estratégias estratificadas por intervenções sobre o corpo por meio de normas – por um lado, vigiar as condutas, e, por outro, punir os infratores –, que serão investigadas com mais afinco no decorrer desta pesquisa. Vale ressaltar que nos referimos à noção de *norma*, nesta tese, enquanto um princípio de controle baseado na premissa de que:

[...] a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo. (FOUCAULT, 1997, p. 43).

Logo, a norma funciona como um sistema de correção vinculado a uma relação de poder historicamente determinante sobre a concepção de “normalidade” de certos grupos sociais, uma vez que, segundo Prado Filho (2010, p. 186), [...] a norma lhes imprime [aos sujeitos] a chancela



da normalidade x anormalidade, marcando suas identidades, tornando assim possível o governo das condutas”. Ademais, o pensador francês ainda pontua três instâncias, concomitantes em alguns aspectos, a fim de reiterar a história dos anormais enquanto objetos discursivos de dados campos do saber e, posto isso, julgamos pertinente mencioná-las nesta pesquisa para observarmos, em seguida, essa perspectiva histórica concernente ao sujeito *borderline*. Respectivamente, a primeira situa o sujeito anormal na condição de *monstro humano*, que emerge como resultado da desobediência à lei demarcadora de condutas corretas e incorretas, as normatizações, em um determinado grupo de sujeitos normalizados. Ainda, essas condutas se regulamentaram por uma mescla de princípios instintivos no sentido da natureza humana e, ao mesmo tempo, econômica, no sentido de manter a ordem civil para assegurar a convivência estável e organizada, já que que, afirma Foucault (1997, p. 61), “[...] o que faz com que um monstro humano seja um monstro não é somente a exceção em relação à forma da espécie, é a perturbação que traz às regularidades jurídicas [...]”.

A segunda instância toma esse sujeito como um *indivíduo a corrigir*, isto é, trata-se de um sujeito que não obedece sistematicamente às normas porque, apreende-se, não foi “treinado” o suficiente para isso. Dessa forma, o sujeito pode ser corrigido por meio da repetição pedagógica e institucional para garantir a docilidade e submissão aos interesses político-econômicos ou, como coloca Foucault (1997, p. 63), “os novos procedimentos de adestramento do corpo, do comportamento, das aptidões engendram o problema daqueles que escapam dessa normatividade, que não é mais a soberania da lei”. Instala-se, em vista disso, uma tecnologia disciplinar interventiva pautada no controle das práticas dos sujeitos por meio de uma espécie de atividades reincidentes a despeito da correção de condutas, tomando, para isso, os corpos como suporte, ou melhor, como materialidade significativa de exercício do poder.

E a última localiza o anormal enquanto *onanista*, presente no início do século XVIII. Esse incide sobre a formatação do âmbito familiar referente não somente à localização de cada sujeito no sistema, mas também na relação entre a existência de uma sexualidade ainda silenciada no século XVII que, no século seguinte, tornou-se o inverso. Permitiu-se, a partir de então, falar sobre temáticas associadas à sexualidade e ao sexo de maneira aplicada a todas as escalas sociais, econômicas e políticas de cada sujeito. No entanto, vale ressaltar, a interrupção de certas práticas sociais no contexto infantil produz uma reflexão sobre os dizeres intervencionistas a respeito do apagamento de saberes remetentes à sexualidade, uma vez que, segundo pontua Foucault (1997, p. 65), exige-se “[...] um controle de um conhecimento médico

externo para arbitrar e regular essas novas relações entre vigilância obrigatória dos pais e o corpo tão frágil, irritável, excitável das crianças”.

Com fulcro nesse histórico do sujeito anormal, verifiquemos agora a perspectiva atual sobre o sujeito *borderline* mediante análise dos três enunciados. Primeiramente, constatamos precisamente nas análises anteriores o modo como a instituição hospitalar organiza o saber da medicina e produz sujeitos com posições especificadas no discurso clínico por normalizações vigentes, tais como as mencionadas: o processo diagnóstico e o estabelecimento de tratamento adequado segundo os manuais. Além disso, demonstramos a maneira como o sujeito *borderline* se constitui mediante o olhar do sujeito médico. Mostramos, enfim, de que modo as condições de possibilidade do discurso clínico provindas da patologização dos sintomas incidiram sobre as medidas preventivas de condutas. Diante dessas certificações, aventamos a eleger quais as estratégias enunciativas utilizadas pelo sujeito autor na intervenção do saber médico sobre os pacientes.

Inicialmente, atentemos para a convalidação do sujeito autor em *SD 14* ao julgar a velocidade de eficácia do tratamento para sujeitos com abuso de substâncias como “apropriada” ou “não apropriada”. No fragmento “[...] atrasar o acesso ao tratamento adequado” (LUBMAN, 2011, p. 376), notamos o resgate de uma memória discursiva por parte do sujeito autor ao utilizar o verbo “atrasar”, pois pressupõe um tempo ideal de “acesso ao tratamento”, que possui um nível de adequação esperada. O sujeito médico, portanto, demonstra o seu posicionamento no discurso clínico ao determinar a coerência da aplicação do tratamento com base no histórico de prazos estipulados para que o paciente recorra ao departamento médico. Questionamos, a esse respeito, quais as condições de possibilidade pertinentes à ratificação dos prazos de acesso ao tratamento porque são circunstanciais para a dinamicidade do discurso clínico. Com isso, percebemos o alcance da intervenção do sujeito médico sobre o sujeito *borderline*, que aponta um controle esquemático sobre o corpo do paciente mediado por um sistema capaz de reger a modalidade correta de aplicação do tratamento.

Semelhante condição de produção/possibilidade do enunciado pode ser averiguada em *SD 15*, quando o sujeito autor afirma que a intervenção sobre a conduta incide a despeito da redução dos comportamentos disfuncionais graves, isto é, o controle sobre os corpos ocorre mediante o estabelecimento da distinção entre “comportamentos funcionais” e “comportamentos disfuncionais”. Essa “análise funcional” mencionada se dispõe no enunciado com base em uma associação: o sujeito autor organiza o seu dizer ao recortar, das probabilidades de comportamentos inadequados, a “redução da ansiedade relacionada ao sexo”

e, ante esse recorte, associa as consequências esperadas pela prática clínica em “[...] contrariar possíveis percepções equivocadas sobre os benefícios sexuais do consumo de álcool” (THOMPSON JR. *et al.*, 2017, p. 5). Essa agregação entre os dois fatores funciona como resultado da *tecnologia médica*, que interliga fatores sintomáticos a fatores diagnósticos para justificar as intervenções de conduta no interior do hospital. Por outro lado, pensar em “funcionalidade” remete ao aspecto político-econômico em tornar esse sujeito não somente patologizado, mas “funcional” aos interesses do ambiente médico.

Já em *SD 16*, a condição de produção/possibilidade se direciona para outro fator. Nesse enunciado, em vez de se avaliar as limitações do comportamento “adequado” ou “funcional”, como em *SD 14* e *SD 15*, o sujeito médico avalia a “suficiência” da estabilidade dos usuários de substâncias. O recorte “[...] são frequentemente excluídos de tais programas” (PENZENSTADLER *et al.*, 2018, p. 2) indica a razão pela qual o critério da “suficiência” é ativado pelo sujeito autor para compor o enunciado. Verificamos um aspecto interventivo à composição do tratamento ao notarmos a racionalização dos requisitos necessários para que o paciente acometido pelo abuso de substâncias seja admitido nas reuniões de grupo. Nesse caso, o sujeito autor delimita o lugar do sujeito paciente em sua relação com o sujeito médico quando transfere e atribui o poder de decisão de continuar o tratamento ou não ao sujeito paciente. Nesse aspecto, a princípio, o sujeito médico não possui autonomia em “excluir” o sujeito paciente do tratamento. Essa estratégia do sujeito autor demonstra o vínculo existente entre o artigo científico e o amparo com o saber médico, uma vez que, se tomarmos a prática de “exclusão” como ponto de partida, perceberemos que as posições do sujeito médico e sujeito paciente podem sofrer alternâncias no contexto hospitalar – e essa perspectiva é descrita pelo sujeito autor no enunciado.

Em suma, todas essas constatações elencadas em nossas análises se vertem para um lugar comum: a ambientação de um lugar específico para manejar as relações entre o sujeito médico e o sujeito paciente acometido por uma patologia mental. Recorremos, assim, à investigação das consequências desse movimento histórico: a emergência do *hospital psiquiátrico*. Logo, pensar a constituição do sujeito *borderline* no campo da medicina orienta a concepção dos objetos discursivos no interior da especificidade do saber médico sobre os pacientes com doenças mentais, próximo tema de discussão.

## 2.6 Notas sobre o hospital psiquiátrico

Haja vista o panorama histórico disposto até agora, depreendemos que o sujeito *borderline* se torna objeto do discurso clínico no interior do saber da medicina e se constitui nas relações com outros objetos, tais como outros sujeitos ou o inventário de conceitos, diagnósticos ou tratamentos apresentados. Além disso, constatamos que o saber da medicina também perpassou transformações de ordem tanto normatizadora quanto normalizadora e foi permeado por relações de poder. Esses fatores indicam a necessidade de investigarmos o doente mental na sua atualidade contemporânea mediante a divisão da Medicina em áreas intrínsecas para cada conjuntura de patologias, no caso, dos transtornos de personalidade. Os transtornos de personalidade, dentre eles o transtorno de personalidade *borderline*, deslocam-se do campo da medicina para o da psiquiatria na contemporaneidade e, por essa razão, buscamos neste tópico examinar o *corpus* com o objetivo de eleger elementos de subjetividade decorrentes desse deslocamento. Esses efeitos de subjetividade servem de material para analisarmos como o sujeito *borderline* se constitui no interior da instituição hospitalar, especialmente das alas psiquiátricas. Assim, trataremos a seguir a especificidade do *hospital psiquiátrico* a partir da articulação entre os estudos foucaultianos sobre o saber médico e a análise do *corpus* desta pesquisa.

Inicialmente, valemo-nos da transcrição de uma das conferências de Foucault (2008b) intitulada “O nascimento do hospital” e, posteriormente, publicada no conjunto da obra “Microfísica do poder”, objetivando construir um arcabouço teórico sobre as possíveis razões para o surgimento do hospital e suas relações ao que o autor em tela chama de *tecnologia médica*. Essa é caracterizada, *a priori*, por um conjunto de elementos complexos e constitutivos de influências diretas sobre a prática discursiva dos profissionais da saúde no momento de elaboração de um objeto de investigação, nesse caso, o doente ou a doença. Portanto, julgamos oportuno descrever pontualmente alguns desses mecanismos a fim de respaldar teoricamente a discussão acerca do empreendimento de abordagem do hospital psiquiátrico do sujeito *borderline* em uma perspectiva histórica, uma vez que partimos da seguinte afirmação:

Se, por um lado, a medicina se apresenta como um campo mais ou menos estável, por outro lado, não podemos dizer o mesmo dos seus objetos de discurso e dos domínios que estes formam, pois na aparente desordem, o ponto de emergência e o modo de caracterização dos objetos não permanecem estáveis e constantes. (FONSECA-SILVA, 2010, p. 75).

Logo, historicamente, o funcionamento de um hospital enquanto instituição social teve como objeto, na Europa do início do século XVIII, o estabelecimento de práticas que geraram conceitos, diagnósticos e tratamentos referentes à premissa de que poderia haver caminhos para

a *cura* de enfermidades. No entanto, para que essa prática pudesse se efetivar nesse modelo, o hospital necessitou de uma formatação tanto na estrutura interna de seu espaço físico quanto na sua relação com o raio social em que estava inserido, no sentido de legitimar certas atuações dos médicos sobre os pacientes no que se refere a determinadas normas, as normatizações, ou, mais importante, definir como essas normas puderam ser cumpridas pelos sujeitos envolvidos, as normalizações. Isso remete à emergência de efeitos discursivos sobre a convenção política e social da “morte” do sujeito no sentido de descentralização e, ao mesmo tempo, do seu direito à vida, discursos esses que afetam a edificação do hospital enquanto instituição social de controle.

Neste momento, consideramos oportuno apresentarmos três sequências discursivas recortadas do *corpus* com a finalidade de analisarmos de que maneira a concepção da *cura* se instaura na atualidade do saber psiquiátrico entre os anos de 2017 e 2020, com o objetivo de mostrarmos as instâncias de constituição do sujeito *borderline*. Buscamos evidenciar o posicionamento do sujeito autor na descrição do caminho percorrido entre a determinação da suposta concepção de *cura* no espectro dos transtornos de personalidade e a relação com a patologização tomada enquanto uma verdade do discurso clínico. Ressaltamos, ainda, que tratamos a cura como um objeto do discurso, pois, apesar de entendermos a operacionalização da *cura* como uma estratégia enunciativa, pretendemos examinar essa enquanto objetivada no discurso clínico a título de procedimento metodológico. Para tanto, elencamos três enunciados que possuem em suas condições de produção, em concomitância, a abordagem das crises severas de pacientes com transtorno de personalidade *borderline* adotada nos *departamentos hospitalares de emergência psiquiátrica*. Visamos, aqui, sistematizar os aspectos organizacionais da interferência de normalizações estatais conjuradas por intervenções médico-psiquiátricas a partir do processo de patologização do sujeito doente mental em diálogo com as investigações anteriores. Logo, seguem os três recortes para posterior análise.

*SD 17.* Quando esses pacientes apresentam sintomas como agressividade, impulsividade, ansiedade intensa, depressão severa, automutilação e tentativas ou gestos suicidas, o diagnóstico e o tratamento do TPB se tornam desafiadores para os médicos do pronto-socorro. Esta revisão irá, portanto, delinear conselhos para médicos e profissionais de saúde que enfrentam essa população desafiadora de pacientes nos prontos-socorros. A intervenção em crise deve ser o primeiro objetivo dos médicos ao lidar com TPB na emergência. [...] Embora várias psicoterapias, isoladas ou integradas, sejam os modos preferidos de tratamento para esse grupo de pacientes, os efeitos das psicoterapias nos resultados do TPB são pequenos e médios. O gerenciamento de risco adequado, juntamente com o desenvolvimento de uma atitude positiva e empatia para com esses pacientes, os ajudará a se normalizar em um ambiente de emergência, após o qual o curso de tratamento pode ser decidido.

(SHAIKH *et al.*, 2017, p. 1).<sup>25</sup>

*SD 18.* Muitos pacientes admitidos em uma enfermaria somática depois de tentarem se suicidar têm permissão para ficar um ou dois dias após o tratamento somático ser concluído, a fim de dar-lhes tempo para se sentirem mentalmente estáveis antes de irem para casa. Não há razão para acreditar que esse cuidado de curto prazo promova a regressão ou leve a mais comportamentos suicidas. É, portanto, quase incompreensível para os médicos em enfermarias somáticas que os pacientes que experimentam um grau substancial de sofrimento não possam ser atendidos em uma unidade psiquiátrica de emergência em uma situação de crise. O argumento pode ser ilustrado traçando-se um paralelo com a medicina somática: os pacientes com DOPC<sup>26</sup> não têm sua admissão negada em uma enfermaria médica se sua função pulmonar se deteriorar, uma vez que sua doença pulmonar é crônica. Quando há um risco agudo de suicídio, uma proteção adequada deve ser fornecida. (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2).<sup>27</sup>

*SD 19.* Uma fortaleza para o atendimento de TPB é o Departamento de Emergência (DE). O principal objetivo do cuidado dispensado a esses pacientes em um DE é o de aliviar o comportamento suicida e autoagressivo, embora os meios empregados devam ser ajustados de forma adequada devido aos possíveis efeitos iatrogênicos. De fato, tem sido relatado que avaliações inadequadas do risco de suicídio, hospitalizações injustificadas ou o uso excessivo de medicamentos podem piorar os desfechos desses pacientes. Foi demonstrado que as hospitalizações prolongadas ou repetidas reforçam as atitudes de “evitação da vida real” daqueles com TPB e contribuem para a não regressão de seus sintomas. (CASES *et al.*, 2020, p. 2).<sup>28</sup>

Vejamos como o sujeito *borderline* se constitui no *corpus* ao tomarmos a *cura* enquanto um objeto discursivo do saber psiquiátrico provindo dos artigos referentes aos departamentos de emergência psiquiátrica da instituição hospitalar. Em primeiro lugar, recortamos o seguinte

---

<sup>25</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*When these patients exhibit symptoms such as aggressiveness, impulsivity, intense anxiety, severe depression, self-harm, and suicidal attempts or gestures, diagnosis, and treatment of the BPD becomes challenging for ED doctors. This review will, therefore, outline advice to physicians and health-care providers who face this challenging patient population in the EDs. Crisis intervention should be the first objective of clinicians when dealing with BPD in the emergency. [...] Although various psychotherapies, either alone or integrated, are preferred modes of treatment for this group of patients, the effects of psychotherapies on BPD outcomes are small to medium. Proper risk management along with developing a positive attitude and empathy toward these patients will help them in normalizing in an emergency setting after which treatment course can be decided.*” (SHAIKH *et al.*, 2017, p. 1).

<sup>26</sup> Doença de Obstrução Pulmonar Crônica.

<sup>27</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Many patients who are admitted to a somatic ward after attempting to take their own life are allowed to stay for a day or two after the somatic treatment is completed in order to give them time to feel mentally stable before going home. There is no reason to believe that such short-term care promotes regression or leads to more suicidal behaviour. It is therefore almost unfathomable to practitioners in somatic wards that patients experiencing a substantial degree of suffering cannot be taken care of in an emergency psychiatric unit in a crisis situation. The point can be illustrated by drawing a parallel from somatic medicine: patients with COPD are not denied admission to a medical ward if their lung function deteriorates, since their lung disease is chronic. When there is an acute suicide risk, adequate protection must be provided.*” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2).

<sup>28</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*A stronghold for BPD care is the Emergency Department (ED). The main objective of the care given to these patients in an ED is to alleviate suicidal and auto-aggressive behavior, although the means employed have to be adjusted appropriately because of possible iatrogenic effects. Indeed, it has been reported that inappropriate evaluations of the suicide risk, unjustified hospitalizations or the excessive use of medication could worsen the outcomes of these patients. Prolonged or repeat hospitalizations have notably been shown to both reinforce the ‘avoidance of real life’ attitudes of those with BPD and contribute to the non-regression of their symptoms.*” (CASES *et al.*, 2020, p. 2).

excerto de *SD 17*: “Embora várias psicoterapias, isoladas ou integradas, sejam os modos preferidos de tratamento para esse grupo de pacientes, os efeitos das psicoterapias nos resultados do TPB são pequenos e médios” (SHAIKH *et al.*, 2017, p. 1). Nesse enunciado, observamos o pressuposto apresentado de que o paciente pode ser tratado por meio das psicoterapias, no entanto, os resultados podem ocorrer de médio a longos prazos, presume-se. A escolha da expressão “modos preferidos de tratamento” revela a preexistência de outras formas de tratamento para a mesma patologia, todavia, o sujeito autor, ao mencionar a terapia comportamental dialética, associa a eficácia dessa ação como “tem um efeito positivo”. Além disso, a palavra “preferência” denota o posicionamento do sujeito autor perante sua análise das probabilidades de atuação dos sujeitos médicos diante do mesmo objeto sofrimento de acordo com os sintomas apresentados na entrada do paciente na emergência.

Isso aponta para a ausência de *cura* dos sintomas, pois os tratamentos demonstram “amenizar” ou “melhorar” o sofrimento, mas não apresenta intervenções capazes de interromper esse sofrimento de maneira definitiva. A *cura*, portanto, constitui-se enquanto um objeto discursivo inalcançável mesmo com a indicação de tratamentos direcionados. Por meio da compreensão do discurso clínico e sua correlação com os objetos do discurso, visualizamos que esse fator discursivo localiza os transtornos de personalidade em um determinado lugar do conhecimento psiquiátrico à medida que distingue as “doenças curáveis” e “não curáveis” de modo a qualificar os tratamentos como “mais” ou “menos” positivos, tendo em vista o posicionamento do sujeito autor em expressar sua “preferência” de tratamento.

Por outro lado, essa mesma estratégia discursiva do sujeito autor de apagamento dos dizeres sobre o objeto *cura*, em oposição às afirmações excludentes das formas de tratamento mais efetivas, repete-se em *SD 18* no trecho “Não há razão para acreditar que esse cuidado de curto prazo promova a regressão ou leve a mais comportamento suicida” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2). Observamos, nesse momento, a limitação do atendimento emergencial na instituição hospitalar psiquiátrica a partir da premissa de que o sintoma de comportamento suicida não pode ser “curado”, mas sim “regredido” ou “amenizado” se tratado a longo prazo. Mais uma vez, isso sinaliza um silenciamento de dizeres circundantes sobre o objeto *cura* como explícito no uso da expressão “Não há razão para acreditar”. Nesse caso, o discurso clínico atravessa o enunciado e garante as condições de possibilidade legítimas para as afirmações referentes às limitações do atendimento emergencial. Assim, considerando que o suicídio é um dos critérios diagnósticos dispostos no DSM-5, o fato desse sintoma não poder ser dissipado por completo conserva a ideia de que o objeto *cura* não circula nesse diagnóstico do transtorno

de personalidade *borderline* de acordo com o enunciado.

Por último, em *SD 19* recortamos o trecho “Foi demonstrado que as hospitalizações prolongadas ou repetidas reforçam as atitudes de ‘evitação da vida real’ daqueles com TPB e contribuem para a não regressão de seus sintomas” (CASES *et al.*, 2020, p. 2). Novamente, encontramos como regularidade nas condições de produção enunciativas o fator de “não regressão” dos sintomas por intermédio da “hospitalização prolongada”. O objeto *cura* não se apresenta como crivada por um objetivo do tratamento imediato, pois essa “não regressão dos sintomas” indica a diminuição dos sintomas, o que distancia o objeto *cura* da resolutiva das atitudes de “evitação da vida real” dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline*.

Em suma, partindo dessas três análises, percebemos a existência do objeto *cura* no interior dos enunciados no âmbito discursivo, pois, apesar de a cura denotar a interrupção dos sintomas em doenças orgânicas, haja vista o histórico da medicina social, a evitação de colocar a *cura* como um objetivo atingível após os tratamentos incide sobre o apagamento dos dizeres e a reafirmação de gradativas melhoras das situações graves, no entanto, distantes da *cura*.

Desse cenário preliminar sobre a *cura* como objeto do discurso clínico, direcionamos o olhar para a investigação do papel das normatizações e normalizações institucionais percebidas nas sequências discursivas. Para tanto, retornemos para o percurso histórico proposto por Foucault (2008b) para, em seguida, partirmos para a análise do objeto sujeito *borderline*. Ainda no início do século XVIII, em solo europeu, a constituição do médico enquanto sujeito se deu pela forma intervencionista sobre a concepção de indivíduo doente, ou melhor, do sujeito passível de se constituir enquanto doente ou vetor de uma doença. Em primeiro lugar, surgiu a premência em tratar o doente à medida que a relativa estabilidade do motor econômico-social era afetada, porque alguns grupos essenciais à organização pública, como os sujeitos subordinados do Estado, conseqüentemente, fomentaram o fundamento de algumas instituições ligadas ao governo. Nesse caso, uma dessas instituições, o hospital composto por médicos e profissionais da saúde, visou a retomada da ordem de certas atividades capitalistas por meio da manutenção da vida daqueles indivíduos atuantes sobre outros indivíduos com o objetivo de responder aos interesses político-sociais.

Consideramos essa proposição coerente à abordagem do objeto desta pesquisa e analisaremos a existência de elementos estatais em busca dessa tentativa de normalização do sujeito *borderline* com o propósito de reinseri-los na sociedade, dessa vez diagnosticados e em tratamento. Observamos em *SD 17* afirmações como “o gerenciamento de risco adequado” e “os ajudará a se normalizar em um ambiente de emergência”. Essas proposições apontam para



a preocupação da instituição hospitalar em excluir a possibilidade de riscos vitais, conforme o departamento de emergência utiliza como estratégia a normatização dos gestos suicidas a fim de indicar a forma de tratamento mais adequada. A escolha dos verbetes “gerenciamento” e “normalizar” implica os interesses da instituição hospitalar psiquiátrica em não somente diminuir o *sofrimento psíquico* do paciente, mas também de garantir que esse paciente não ofereça riscos a si mesmo. Em contrapartida, acrescentamos que o *sofrimento psíquico* enquanto um objeto do discurso integra o saber próprio da psiquiatria, o que difere das doenças somáticas da medicina geral. Ressaltamos, ainda, que, assim como o objeto do discurso *cura*, pensamos em uma objetivação do *sofrimento psíquico* para elegermos elementos discursivos sempre na relação entre o objeto sujeito *borderline* e os objetos do discurso clínico mostrados no *corpus*.

Já em *SD 18*, a respeito da emergência de objetos psiquiátricos, o *sofrimento psíquico* de origem comportamental se constrói a partir de um critério de responsabilidade e garantia do atendimento no departamento de emergência, como pode ser observado no trecho “É, portanto, quase incompreensível para os médicos em enfermarias somáticas que os pacientes que experimentam um grau substancial de sofrimento não possam ser atendidos em uma unidade psiquiátrica de emergência em uma situação de crise” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2). A posição do sujeito autor no discurso clínico se instaura pelo uso da palavra “incompreensível”, pois essa avaliação do que é ou não “compreensível” pela comunidade médica se trata de um elemento de subjetividade não defendido pelos manuais enquanto um pressuposto se comparado às constatações das análises anteriores. Além disso, a posição do sujeito *borderline* também se instala no enunciado com a afirmação “pacientes que experimentam um grau substancial de sofrimento”, pois entendemos, aqui, o enquadramento do sujeito nas possibilidades de “experimentação” em relação ao “sofrimento” divididas em “graus” advindos dos manuais.

Para equipararmos a maneira como o objeto *sofrimento psíquico* se constituiu em *SD 17* e *SD 18*, coloquemos em discussão a *SD 19*. Nos trechos dessa sequência discursiva “Uma fortaleza para o atendimento de TPB é o Departamento de Emergência (DE)” e “De fato, tem sido relatado que avaliações inadequadas do risco de suicídio, hospitalizações injustificadas ou o uso excessivo de medicamentos podem piorar os desfechos desses pacientes” (CASES *et al.*, 2020, p. 2), observamos a escolha da palavra “fortaleza” para se referir ao departamento de emergência. Esse termo qualifica a ação imediata do atendimento hospitalar como um aparato eficiente de cuidado da situação de crise e uma espécie de “segurança” ou “âncora” oferecida aos pacientes em casos mais sérios. Essa certificação contribui para pensarmos a relação que essa palavra estabelece com a avaliação inapropriada do risco de suicídio. Além disso, as

palavras “inadequadas”, “injustificadas” e “uso excessivo” também demarcam o julgamento do sujeito autor ao relatar a sua visão sobre os procedimentos adotados pelos departamentos de emergência, pois a efetividade das abordagens na instituição hospitalar precisa ser considerada em cada caso específico não catalogado nos manuais.

Consequentemente, concluímos com essas três perspectivas, em suma, que o *sofrimento psíquico* se concebe enquanto um objeto discursivo do saber psiquiátrico a partir de técnicas de normalizações, responsabilidades e instauração de pontos de apoio no interior da instituição hospitalar psiquiátrica. Logo, o sujeito *borderline* se constitui na relação com esses objetos apresentados por meio da emergência de enunciados anteriormente produzidos suscetíveis a delimitar quais as atribuições do sujeito psiquiatra no processo de atendimento do paciente em casos de emergência. Adicionamos, ademais, a acepção de que esse sujeito *borderline* é objetivado não somente pelas relações de poder com o sujeito psiquiatra nos departamentos de emergência, mas também pelas relações estabelecidas com os objetos do discurso como a *cura* ou o *sofrimento psíquico*, revelando a particularidade do hospital psiquiátrico em detrimento ao hospital de atendimento médico descrito nos enunciados anteriores.

Retornemos ao texto “O nascimento do hospital”, de Foucault (2008b), para refletirmos sobre as intervenções médicas percebidas no *corpus* que também servem de elementos de constituição do sujeito *borderline*. A saber, já nas últimas décadas do século XVIII, ainda na Europa, a prática do cuidado com a vida se fortaleceu devido à demanda de preservar a saúde de militares e de grupos sociais coligados ao exército. O propósito seria prolongar o efetivo desempenho das missões militares dentro do território geográfico, não de uma forma totalitária entre os indivíduos, mas sim por meio do estabelecimento das relações ínfimas entre os sujeitos pertencentes a um dado lugar sócio-histórico, o que fez emergir, dessa forma, o exercício do poder por meio da *disciplina*, operacionalizada nas sessões seguintes. Essa, apesar de ter sido praticada desde a Antiguidade, gradativamente se tornou um elemento protagonista no exercício do poder durante o citado século de controle estatal em substituição ao poder soberano das monarquias, por exemplo.

Adiantamos que a *disciplina* tem como função controlar as práticas dos indivíduos e constituí-los em sujeitos obedientes e, ao mesmo tempo, tensionalmente conscientes de suas atribuições na sociedade, no sentido de manifestar conhecimento sobre as normatizações ao utilizar determinadas técnicas normalizadoras de gestão eficaz a respeito da maneira como cada sujeito se relaciona com os outros e com as leis vigentes. Isso não impede, de maneira estanque, a ocorrência de comportamentos resistentes e inaceitáveis do sujeito, pois, apesar de alguns

sujeitos se recusarem a seguir as normatizações, as normalizações objetivam fazer com que cada sujeito seja útil aos rendimentos políticos ao se inserir em uma rede de condução da consciência individual do papel sócio-histórico coletivo de cada um, ou, de acordo com Foucault (2008b, p. 98), “a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade”.

Ainda nessa esteira, o Estado utilizou artifícios para sujeitar os indivíduos a terem consciência de suas ações e responder aos interesses governamentais. Isso se estabeleceu não restritamente por meio da obrigação ou intervenção de uma camada dominante sobre uma camada dominada como o poder soberano nos séculos passados, mas predominantemente por meio dos mecanismos de “vigilância” e “punição”, no caso do objeto desta pesquisa e de acordo com Foucault (2008b, p. 99), “a formação da medicina hospitalar deve-se, por um lado à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nessa época, do saber de práticas médicas”. Coloca-se, logo, uma tática de ação característica da *intervenção médica* no processo de elaboração do hospital enquanto espaço disciplinar baseado na concepção de que a doença se instaura como um objeto de procedência natural e, ao mesmo tempo, suscetível, pela interferência do sujeito médico, à manutenção da vida, um dos objetivos políticos do Estado. Nesse sentido, mobilizamos a contribuição de Foucault (2008b) sobre o poder político no processo de intervenção médica no interior da instituição hospitalar:

[...] o poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou se está morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos. (FOUCAULT, 2008b, p. 82).

Percebemos a presença do processo de objetivação por meio de *intervenção médica*, segundo consta no *corpus*. Em *SD 17*, o sujeito autor postula: “A intervenção em crise deve ser o primeiro objetivo dos médicos ao lidar com TPB na emergência” (SHAIKH *et al.*, 2017, p. 1). Nesse aspecto, a intervenção instala como uma *prática disciplinar* a modalização da recepção desse paciente em momento de crise no departamento de emergência. Observamos que os profissionais da saúde são orientados a direcionar os pacientes com riscos suicidas para a intervenção hospitalar, então, tal risco de suicídio se refere a um “sintoma prioritário” no atendimento às crises graves. Logo, o corpo do paciente se torna um objeto constituído por normalizações fecundas na articulação do atendimento psiquiátrico a partir do diagnóstico do sujeito *borderline*, pois se apreendem procedimentos padrões para lidar com os sintomas

daquele paciente, já que, como mostra o enunciado, preexiste um saber psiquiátrico sobre a forma adequada de sua recepção na instituição hospitalar, como em “a intervenção em crise deve ser” ou “primeiro objetivo”.

Sob outra perspectiva, em *SD 18*, o sujeito autor descreve esse procedimento padrão adotado pelo departamento de emergência nos casos de crises graves de risco de suicídio em “Muitos pacientes admitidos em uma enfermaria somática depois de tentarem se suicidar têm permissão para ficar um ou dois dias após o tratamento somático ser concluído [...]” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2). O uso do termo “admitidos” evidencia a necessidade do paciente se enquadrar em algum diagnóstico já conhecido no saber médico. Já o sintagma “têm permissão” confirma a existência de regras normatizadoras dentro da instituição hospitalar. Além disso, essas regras são reiteradas ao afirmar, ainda nessa sequência, que o atendimento na emergência ocorrerá somente até a “estabilidade mental” ser atingida e, posteriormente, os pacientes devem se retirar do departamento de emergência para destinar a vaga a outros. Logo, apesar da instituição psiquiátrica se adequar às necessidades do doente mental, constatamos como técnica disciplinar o fato de o eficaz andamento do tratamento reduzir a estadia do doente, evidenciando novamente a aplicabilidade das normalizações sobre os sujeitos doentes.

Por último, retornamos mais uma vez ao trecho da *SD 19* “De fato, tem sido relatado que avaliações inadequadas do risco de suicídio, hospitalizações injustificadas ou o uso excessivo de medicamentos podem piorar os desfechos desses pacientes” (CASES *et al.*, 2020, p. 2). Apontamos o papel da instituição hospitalar psiquiátrica nesse enunciado. Em um primeiro momento, o departamento de emergência deve atender ao “risco de suicídio”. No entanto, esse risco pode ser injustificado, uma vez que os sintomas relacionados ao cuidado com a vida dispostos nos manuais podem ser considerados inválidos após a avaliação psiquiátrica. O sujeito *borderline*, nesses casos, se constitui como aquele que não deve somente se enquadrar nos critérios diagnósticos determinados pela instituição psiquiátrica, como também deve apresentar comportamentos involuntários e fora do próprio controle para que a função social do hospital ocorra de modo efetivo.

Mediante essas análises, afirmamos que a instituição hospitalar no contexto psiquiátrico apresenta a disposição mais ou menos estabilizada pelo discurso clínico em relação aos objetos discursivos, como conceitos, diagnósticos e tratamentos do doente em um espaço delimitado tal qual o departamento de emergências, e objetiva, assim, criar condições favoráveis, normas, para assegurar a efetiva saúde dos enfermos por meio de técnicas de controle. Além disso, as técnicas de controle como a “admissão” do paciente ou sua “liberação” para retorno à sociedade

ratificam a noção de “comportamento inadequado” ou a “invalidez” do sujeito produtivo para efeito sociopolítico do capitalismo, já que os departamentos de emergência funcionam com base em “financiamentos”, como visto no *corpus*. Portanto, essas técnicas desencadeiam um colapso, uma resistência, no sistema de constituição normativa das práticas mediante determinado domínio do saber. Nesse caso, do saber médico e psiquiátrico ou, nas palavras de Foucault (2008, p. 102), “o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos do saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar”.

Assim sendo, essa *tecnologia hospitalar* precisa sustentar seus regimes normalizadores baseados em alguma instância material e, no sentido filosófico da análise do discurso foucaultiana, isso se dá por intermédio da arquitetura discursiva tencionando a construção de uma *verdade* situada no campo do saber e constituída nas relações de poder no ato do acontecimento sócio-histórico observado nos enunciados. Nesse contexto, especificamente no campo da psiquiatria, o sujeito psiquiatra se vale de um saber institucionalizado instalado enquanto uma verdade científica, os manuais, para prescrever e diagnosticar o sujeito doente como portador de uma determinada patologia por meio da análise em atendimento clínico dos desvios de conduta. Esses desvios são pautados na conveniência política do hospital em retornar esse sujeito para a sociedade de forma que ele se torne útil e menos custoso para o desenvolvimento econômico ao se remeter a um melhor “custo-benefício” ou, ainda, excluí-lo do convívio social externo ao hospital por intermédio de internações para garantir a segurança dos outros sujeitos válidos ou “menos custosos” quanto ao “custo-benefício” para o projeto de Estado.

Para tanto, essa verdade do projeto estatal pode ser delineada por sujeitos psiquiatras que desempenham um papel social relevante e legítimo dentro de uma área do conhecimento, como a medicina, culturalmente pertinente para autenticar essa verdade. Por exemplo, a prática da *confissão* de um suspeito sobre um crime cometido no contexto do saber jurídico e a posterior análise de um psiquiatra posicionado no saber médico, a fim de catalogar a conduta do criminoso segundo um compilado de diagnósticos que irão qualificar a ação quanto à sua patologia constituída como objeto do discurso clínico. Ressalvamos que as relações entre o discurso clínico e o discurso jurídicos são analisados no *corpus* posteriormente. Nessa perspectiva, acionamos Fernandes (2012, p. 48), em consonância com os estudos de Foucault (1996), para pensarmos de que modo a *patologização psiquiátrica* se estabelece como objeto do discurso sob a ótica da análise do discurso foucaultiana:

O objeto do discurso define, assim, o lugar do dizer e o direito de falar privilegiado

ou exclusivo de algum(ns) sujeito(s) em detrimento de outro(s). Esse procedimento de exclusão mostra que mesmo que o discurso possa aparentemente ser algo menor, pequeno, as interdições definem de imediato sua ligação com o desejo e com o poder. (FERNANDES, 2012, p. 48).

Desse modo, perante as análises, afirmamos que a atribuição do hospital psiquiátrico enquanto uma instituição produtora de objetos dos discursos clínicos se firma na observação, descrição e controle de cada sujeito que apresenta qualquer anormalidade incidente sobre a performance dos meios de produção político-econômica, sendo mais ou menos “custosos”. Aqui, não no sentido de limitar o Estado como o detentor de todo o poder sobre os indivíduos de modo absolutista e fixo, mas sim de mostrar como ele se articula para promover configurações de disciplina sobre os corpos a partir, também, da criação de instituições de controle, como os hospitais psiquiátricos, escolas, órgãos administrativos etc. Conduzimos essa racionalidade para refletirmos acerca da história do diagnóstico médico e para verificarmos como o processo de objetivação da *patologização* se reformulou historicamente. Assim, examinaremos essa concepção no *corpus* com o intuito de pensarmos a constituição do sujeito *borderline*. Para tanto, realizamos a seguir um paralelo entre o “sujeito louco” no passado e a atualidade do “sujeito *borderline*” apresentado nas sequências discursivas.

Antes de iniciar a análise do *corpus*, consideramos necessário contextualizar alguns apontamentos. O “louco” do final da Idade Média fora excluído do seio social por apresentar um desvio de comportamento de maneira perigosa ou inadequada aos paradigmas culturais de dado grupo social, e o hospital começou a se reestruturar de um ambiente de “exclusão” para um ambiente de “*patologização*”. Isto é, tentou-se conceber o sujeito louco de acordo com um sujeito reconhecido como involuntariamente inadequado ao papel social esperado pelas instâncias políticas e culturais. Todavia, gradativamente esse sujeito esteve apto a ser diagnosticado e tratado, porque o médico passou a deter um conhecimento científico suficiente para exercer sobre esse sujeito louco o poder de controlar, por meio da instituição hospitalar, sua conduta baseada em uma verdade acerca da enfermidade, ou especificamente sobre o *poder psiquiátrico*, poder esse explorado nas sessões seguintes. Além disso, acreditamos relevante afirmar que Foucault (2008b, p. 112) assegura: “o poder do médico lhe permite produzir doravante a realidade de uma doença mental cuja propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento”, ou seja, a doença mental emerge pelo olhar daquele que tem autoridade para enunciar naquela instituição hospitalar própria.

Por conseguinte, ainda segundo Foucault (1996), no final do século XIX, na Europa, a *relação saber-poder* no campo da medicina autorizou o sujeito médico a produzir enunciados

“aceitos” e “legítimos” sobre o sujeito louco no ambiente hospitalar, pois a coletividade social conservou e perpetuou discursos históricos em razão da credibilidade da medicina enquanto uma ciência político-econômica. No entanto, já no início do século XX, a disposição dessa deliberação coletiva se modificou gerando novas formulações das relações de poder, cuja abordagem dessa instância é relevante na presente pesquisa. Em primeiro lugar, os jogos dos regimes de verdade sofreram mutações em seus campos de ocorrência ao adotar novas estratégias de poder referentes à problemática nascente sobre a segregação do sujeito acometido por doença mental, uma vez que foram isolados em asilos na tentativa de recuperação de sua sanidade e resgate do direito de conviver adequadamente em uma coletividade, isto é, elaborar um sistema de *patologização*.

Assim sendo, percebemos nas três sequências discursivas algumas instâncias elementares que indicam a existência do objeto discursivo *patologização* no contexto dos departamentos de emergência e consideramos importante elencá-los para pensar sobre como o sujeito *borderline* se constitui nesse jogo de regimes de verdade dispostos e validados pelo saber da psiquiatria. A saber, partimos do pressuposto apresentado por Foucault (2006b) ainda em “O poder psiquiátrico” sobre a noção de verdade construída no dispositivo disciplinar:

Eu havia analisado o nível em que o poder psiquiátrico se apresenta como um poder no qual e pelo qual a verdade não é posta em jogo. Parece-me que, pelo menos em certo nível, digamos o do seu funcionamento disciplinar, o saber psiquiátrico não tem em absoluto por função fundar em verdade uma prática terapêutica, mas em vez disso a de marcar, acrescentar uma marca suplementar ao poder do psiquiatra; em outras palavras ao saber do psiquiatra é um dos elementos pelos quais o dispositivo disciplinar organiza em torno da loucura o sobre poder da realidade. (FOUCAULT, 2006b, p. 299).

Iniciemos a análise do *corpus* com base nessa perspectiva. Primeiramente, observamos em *SD 17* a presença das características patológicas do sujeito com transtorno de personalidade *borderline* em relação ao posicionamento dos médicos psiquiatras em “Quando esses pacientes apresentam sintomas como agressividade, impulsividade, ansiedade intensa, depressão severa, automutilação e tentativas ou gestos suicidas, o diagnóstico e o tratamento do TPB tornam-se desafiadores para os médicos [...]” (SHAIKH *et al.*, 2017, p. 1). Nesse recorte, os sintomas provindos dos manuais sinalizam a existência dos critérios diagnósticos e também avaliam a postura do psiquiatra pertencente ao pronto-socorro diante da condição dos pacientes em estado grave, isto é, comportamentos como “agressividade”, “impulsividade”, “automutilação” ou “tentativas ou gestos suicidas” não são observados e relatados, mas são equiparados aos sintomas descritos no arquivo clínico e são enquadrados nas categorias existentes, ou melhor,

são patologizados.

Detectamos, como regularidade nas condições de produção da *SD 17* e da *SD 18*, a instauração de uma equiparação entre as doenças somáticas e doenças psiquiátricas em dois excertos. O primeiro, “[...] os pacientes com DPOC não têm sua admissão negada a uma enfermaria médica se sua função pulmonar se deteriorar, uma vez que sua doença pulmonar é crônica” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2), apresenta uma situação de aplicabilidade da “medicina orgânica”, enquanto que o segundo, “Quando há um risco agudo de suicídio, proteção adequada deve ser fornecida” (EKEBERG *et al.*, 2019, p. 2) desloca a posição do sujeito doente para a “medicina psiquiátrica”, isto é, o sujeito se divide em duas posições distintas no mesmo enunciado. Ressalvamos, essa distinção de posições de sujeitos em um mesmo enunciado se mostra presente de maneira mais pontual nas sessões posteriores. No enunciado, esse deslocamento das posições do sujeito denota a persistência em considerar os sintomas psiquiátricos como diagnósticos tão relevantes quanto os sintomas somáticos pertencentes à medicina orgânica. Isto é, o diagnóstico dos desvios comportamentais também deve tensionalmente ocupar um lugar equivalente aos diagnósticos somáticos no contexto dos departamentos de emergência psiquiátrica.

Por último, notamos mais uma vez essa regularidade enunciativa em *SD 19* no trecho “O principal objetivo do cuidado dispensado a esses pacientes em um DE é o de aliviar o comportamento suicida e autoagressivo, embora os meios empregados devam ser ajustados de forma adequada devido aos possíveis efeitos iatrogênicos” (CASES *et al.*, 2020, p. 2). Dessa afirmação, constatamos novamente a equiparação entre os sintomas psiquiátricos e os sintomas somáticos, sendo o “comportamento suicida e autoagressivo” equivalente aos “efeitos iatrogênicos” de ordem orgânica. Logo, o sujeito *borderline* se constitui quando o saber da psiquiatria ordena e organiza suas normalizações na instituição hospitalar, especificamente nos departamentos de emergência, conforme assente no enunciado, a fim de patologizar esse sujeito doente mental a partir do olhar do sujeito médico. Enfim, concluímos que o objeto *patologização* obedece a uma verdade cientificamente reguladora de práticas nos departamentos de emergência e tem como função disciplinar a conversão dos indivíduos doentes mentais em sujeitos com transtornos de personalidade na atualidade histórica apresentada no *corpus*. Prosseguimos com algumas considerações finais.

Destinamos a segunda sessão desta tese para a realização de uma arqueologia do sujeito *borderline*. Para tanto, decidimos preparar o terreno disposto no empreendimento teórico-metodológico de “A arqueologia do saber” para pensarmos acerca das concepções de *enunciado*



e *discurso*. Em seguida, desenhamos as contribuições pertinentes de “Ordem do discurso”, que nos ofereceu instrumentos oportunos para avaliarmos a relação entre enunciados e discursos. Mobilizamos, também, a maneira como tratamos as condutas dos sujeitos e trouxemos a concepção de *prática discursiva*. Por último, articulamos a história do saber médico com a emergência da *instituição hospitalar psiquiátrica*.

Todo esse percurso nos ofereceu uma maquinaria epistemológica e analítica para investigarmos com maior detalhamento a dinâmica das relações de saber através da percepção das relações de poder delineadas no *corpus*. Dessa forma, encerramos esta sessão acreditando que reunimos, de modo satisfatório, o arcabouço teórico-metodológico para a realização do que será chamado de *análise genealógica do sujeito borderline* na terceira sessão. Por meio das conclusões inerentes à análise das sequências discursivas pertinentes à constituição do sujeito *borderline*, visamos verificar como as relações de poder fecundam as relações entre sujeitos a partir do *a priori* da disciplina. Para continuação deste percurso, introduzimos a terceira sessão no qual exploraremos o construto histórico do princípio genealógico de análise do sujeito *borderline*.

### 3 GENEALOGIA DO SUJEITO *BORDERLINE*

#### 3.1 *A perspectiva arqueogenealógica*

Objetivamos, nesta sessão, construir uma arquitetura da genealogia do sujeito *borderline* mediante o princípio da *disciplina* inscrita na instituição hospitalar. Logo, buscamos apresentar algumas contribuições pontuais dos estudos foucaultianos concernentes ao lugar epistemológico da problemática do poder. Reconhecemos que a genealogia possui uma relação não somente subsequente à arqueologia, como também se vale dessa para fixar o posicionamento do analista diante de um dado *corpus*. Justificamos a escolha dessa perspectiva por nos permitir pensar como o saber se organiza e se ordena, ao mesmo tempo de modo sistemático e funcional, por meio das relações de poder estabelecidas entre os sujeitos constituídos. Tais relações de poder, como veremos nesta etapa da tese, fazem emergir posições de sujeitos específicas a um dado campo do saber e, por essa razão, nos é caro esse ângulo teórico-metodológico.

Por fim, propomo-nos refletir sobre a genealogia do sujeito *borderline*, isto é, almejamos desvendar as relações entre saber e poder que fazem constituir esse sujeito sob a perspectiva dos estudos discursivos em confluência com as pesquisas da análise do discurso foucaultiana. Vale pontuar que, devido à amplitude da genealogia foucaultiana e a especificidade dos objetivos desta tese, abordamos especificamente a questão da *disciplina*, tendo em vista a instituição hospital e o corpo do sujeito em foco, o *borderline*. Para tanto, preliminarmente, partimos do pressuposto de que, de acordo com Foucault (1995) em “O sujeito e o poder”, o sujeito ocupa uma problemática central na análise das relações de poder não no sentido de desenvolver uma teorização ou propor um procedimento metodológico de investigação, mas ao descrever sob quais condições históricas um indivíduo se constitui em sujeito. Essa constituição se dá a partir da singular e complexa posição do sujeito em um dado campo do saber composto por elementos que objetivam esses sujeitos e instauram lugares de possibilidade para discursos específicos e heterogêneos materializados nas práticas subjetivas.

Isso posto, iniciemos a apresentação do aparato teórico e metodológico em batimento com a investigação do *corpus*. Em um dos registros das conferências de Foucault (2008b), intitulada “Genealogia e poder” e publicada como um texto de “Microfísica do poder”, o autor apresenta algumas reflexões sobre a constituição de saberes e as técnicas de organização das relações de poder. Essas possuem enfoque nos elementos históricos influentes sobre as

materialidades significativas da analítica da *História Tradicional* em detrimento aos empreendimentos com os estudos com o discurso mediante o espectro da *Nova História*, como apresentado na sessão anterior. Elencamos, dessa forma, alguns pontos para posterior discussão quando pertinente ao exame do objeto desta pesquisa.

Nesse contexto, como introduzimos a temática na segunda sessão, a instituição hospitalar psiquiátrica, sobretudo a relação entre o sujeito psiquiatra e o sujeito *borderline*, obedece à capitalização do saber da medicina concernente à produção dos enunciados recortados dos artigos científicos a partir dos jogos estratégicos de emergência do discurso clínico. As estratégias adotadas pelo sujeito autor constroem historicamente efeitos de verdade conservados e, ao mesmo tempo, modificados a partir de articulações socioeconômicas afixadas nas práticas dos sujeitos nos grupos específicos da comunidade médica inserida nos hospitais. Essas constatações se atrelam à seguinte elaboração esquemática de Foucault (2008b, p. 143): “Enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem dessa discursividade”. Em outras palavras, a arqueologia funciona como uma maneira de dispor os saberes na instituição hospitalar, ao passo que a genealogia relaciona discursivamente esses saberes a partir das relações de poder instauradas pela constituição de sujeitos.

Por conseguinte, são nas relações ínfimas de poder que se apreendem as fronteiras de um dado saber, pois a *exterioridade*, no sentido das condições de produção do enunciado ou condições de possibilidade do discurso, encontra-se intrinsecamente disposta mediante a atualização histórica mais ou menos regular em cada enunciado ou, segundo sumariza Deleuze (2005, p. 85), “não se deve, então, confundir as categorias efetivas de poder (do tipo ‘incitar’, ‘suscitar’, etc.) com as categorias formais de saber (‘educar’, ‘tratar’, ‘punir’...) que passam por ver e falar, para atualizar as primeiras”. Enfoquemos nessas duas ações de se fazer “ver” e “falar”, porque são essas instâncias que viabilizam analisar o *corpus* de modo a descrever o exercício do poder desempenhado pelos sujeitos em conformidade com as articulações do saber médico.

Além do mais, o saber e o poder, para efeito de procedimento de análise desta tese, não se confundem, pois a construção e o funcionamento de regimes de verdade implicam o processo de replicar enunciados regulares no nível da materialidade significativa e, ao mesmo tempo, atualizados no nível do discurso pela história a fim de indicar elementos passíveis de “visibilidade” e “enunciabilidade” do dizer, uma vez que, pondera Deleuze (2005, p. 91), “se

as combinações variáveis das duas – o visível e o enunciável – constituem os estratos ou formações históricas, a microfísica do poder expõe, ao contrário, as relações de forças num elemento informe e não-estratificado”. Isto é, analisar o *visível* e o *enunciável* no *corpus* sinaliza a pertinência em mobilizarmos os construtos históricos percebidos nos enunciados a partir das relações de poder ou, especificamente, das relações de forças, essas operacionalizadas posteriormente. Pensando nessa compreensão sobre o “visível” e o “enunciável”, vale ressaltar que, para Deleuze (2005), a concepção de *exterioridade* se distingue da noção de “lado de fora” do enunciado, ou seja, além da materialidade significativa. Se o “lado de fora” se remeter à maquinaria das relações de forças no âmbito de sua fomentação de um terreno propício para a probabilidade de exercício do poder, a *exterioridade*, por outro lado, qualifica o que viabiliza a discursividade sobre os enunciados *já-ditos* no campo do saber, tais como os limites de uma área do conhecimento e seus limiares de aplicação sobre esse saber.

Assim, notamos que fazer uma análise genealógica própria se refere a desenredar como as relações de poder estabelecidas historicamente, silenciadas ou evidenciadas por forças institucionais, sejam por obediência ou por resistência, estabelecem-se na constituição de um sujeito. Nesse sentido, é pela análise do enunciado que percebemos os efeitos de verdade e as posições do sujeito. Por questão metodológica, a análise genealógica, diferentemente da análise arqueológica, preocupa-se em colocar à mostra não somente a dinâmica do saber, mas também as condições de repouso das técnicas de controle dispostas e articuladas sobre os corpos “úteis”, “funcionais”, “produtivos” e “lucrativos” para o Estado, no caso da sociedade disciplinar capitalista da contemporaneidade delimitada nesta pesquisa. Enfoca-se, nesse caso, as relações de poder, isto é, as relações instauradas entre os sujeitos em dada conjectura discursiva. O corpo ocupa um lugar central para o olhar genealógico, sobretudo, serve de suporte material para a emergência de discursos sobre esse corpo.

Além disso, consideramos pertinente mencionar a reflexão de Deleuze (2005) que, no capítulo “As dobras ou o lado de dentro do pensamento (subjetivação)”, delibera que Foucault, em “A vontade de saber”, elabora uma perspectiva sobre o poder, no entanto, não sinaliza de maneira nítida a existência de um possível primado epistemológico suficiente para se pensar em um método de análise operacional. A esse respeito, se refletirmos sobre a particularidade desse empreendimento, reiteramos que a problemática do poder gira em torno da organização e ordenação dos jogos de verdade compostos por possibilidades de forças de resistência a fim de constituir sujeitos, sejam eles sistematicamente posicionados em um lugar de controle sobre os corpos, sejam eles ocupantes de um local de resistências. Logo, as relações de força imperam

construtos complexos sobre a circularidade de resistências.

Em contrapartida, esse autor também propõe prudência sobre a intercepção de uma nova dimensão do funcionamento do poder em oposição ao funcionamento do saber que decorre não somente da sua disposição sobre o poder. Nesse sentido, perpassa uma substância instaurada para além dessas superfícies do discurso, ou melhor, a saber, Deleuze (2005, p. 105) afirma que “não é nunca o outro que é um duplo, uma reduplicação, sou eu que me vejo como duplo do outro: eu não me encontro no exterior, eu encontro o outro em mim [...]”. Logo, a repetibilidade do enunciado, como abordado na concepção arqueológica, advém desse imbricamento entre a materialidade e algo diferente percebido no nível do discurso, reiterando, mais uma vez, a subsistência da variação discursiva decorrente da história e das condições de possibilidade da função enunciativa. Assim, ao examinar essa citação, pensar sobre o “outro” desloca o sujeito do estrito lugar em dado saber para um lugar em dada relação de poder, pois, ver-se no exterior, ver-se para além da sua relação com o outro, imbrica a inferência de elementos externos à própria cogitação de um sujeito estável e premeditado.

Apreende-se, ainda, segundo o autor supracitado e mediante a operacionalização da análise genealógica do enunciado, a contextura de um *lado de dentro*, isto é, a relação entre o sujeito consigo mesmo em detrimento ao *lado de fora* ou a relação do sujeito com o outro crivado no enunciado. Atentemos a essa distinção. O poder enquanto um exercício não se manifesta estritamente em uma série de relações de forças em que o sujeito desempenha o cerne desses movimentos, mas atinge também o domínio do controle sobre as próprias práticas específicas acerca da estetização relativamente estável ao longo da história em uma escala subgerente ao que podemos chamar de *arqueogenealogia de análise*. Em outras palavras, ainda segundo Deleuze (2005, p. 109), “a ideia fundamental de Foucault é a de uma dimensão da subjetividade que deriva do poder e do saber, mas que não depende deles”, isto é, a arte de governar o outro adquire, agora, uma nova economia de resistências não se confundindo com a noção de *sujeição*.

Vale ressaltar que *sujeição* e *subjetividade* não se confundem, pois, apesar de integrarem elementos de emergência do sujeito, a noção de *sujeição* se trata da constituição estética e identitária de um determinado sujeito a partir da validação ou invalidação de suas práticas mediadas por aspectos institucionais ou sociopolíticos de modo regular e consolidado; já a *subjetividade* enquanto efeito de discurso, ou melhor, os elementos de subjetividade, referem-se a uma categoria de análise suscetível a demarcar a singularidade da posição desse sujeito no discurso à medida que apresenta textura na rede discursiva. Dessa forma, vale ressaltar, o *corpo*

*sujeitado* se trata daquele indivíduo sempre constituído em sujeito em um dado momento da história, ou melhor, de acordo com o texto “A verdade e as formas jurídicas”:

A fixação espacial, a extração ótima do tempo, a aplicação e a exploração das forças do corpo por uma regulamentação dos gestos, das atitudes e da atenção, a constituição de uma vigilância constante e de um poder punitivo imediato, enfim a organização de um poder regulamentar que em si, em seu funcionamento, é anônimo, não é individual, que resulta sempre numa identificação das individualidades sujeitadas. Em linhas gerais: apropriação do corpo singular por um poder que o enquadra e que o constitui como indivíduo, isto é, como corpo *sujeitado*. (FOUCAULT, 2005a, p. 89).

Por outro lado, nos entremeios do saber e poder, surge a noção de *subjetivação* para dar conta das lacunas linguísticas da dispersão enunciativa, pois a questão do sujeito se limita à integração dos elementos formativos do enunciado e não abarca, portanto, a dimensão do *lado de fora* devido à presença de dada memória discursiva provinda da própria linguagem capaz de mutar um objeto do saber. Essa mutação não é prescrita de maneira intencional, mas, pelo contrário, como constatamos durante as análises, ocorre de maneira estratégica. Justificamos a teorização da concepção de *subjetivação* para delinear as demarcações entre os termos *subjetividade*, *sujeição* e *subjetivação*, termos esses que, apesar de dialogarem entre si, compõem diferentes superfícies do sujeito. Assim sendo, analisemos a seguinte teorização de Deleuze (2005, p. 122) a esse respeito:

O Ser-saber é determinado pelas duas formas que assumem o visível e o enunciável em determinado momento, e a luz e a linguagem não são separáveis da ‘existência singular e limitada’ que tem sobre determinado estrato. O Ser-poder é determinado nas relações de forças, as quais passam, elas próprias, por singularidades variáveis conforme a época. E o si, o Ser-si, é determinado pelo processo de *subjetivação*, isto é, pelos locais por onde passa a dobra (os gregos não têm nada de universal).

A *dobra*, na esteira genealógica, atribui as condições de existência do lugar do sujeito diante de uma verdade não no sentido de se descrever os acontecimentos de modo linear e contínuo, mas no sentido de mostrar analiticamente a quais circunstâncias os critérios e as configurações de tais condições se sustentam e produzem elementos de subjetividade. Ou seja, segundo a citação, o *Ser-saber*, o *Ser-poder* e o *Ser-si* integram mutualmente o âmbito de um mesmo espaço enunciativo. Além disso, consideramos pertinente, para introduzirmos as intersecções entre saber e poder, a conclusão de Deleuze (2005, p. 125) ao versar sobre as relações de força no percurso genealógico: “as relações de forças, como Foucault as entende, não concernem apenas aos homens, mas aos elementos, às letras do alfabeto em seu sorteio ou acaso, ou mesmo em suas atrações, em suas frequências de agrupamento em cada língua”, por

exemplo. Consequentemente, baseado nessa afirmação, o processo de *subjetivação* se apoia nos elementos de *subjetividade* para instaurar um *lado de fora* oposto ao que há de substância no sujeito inserido em um determinado campo do saber e restaurado pelo poder nas fissuras do discurso que articula as transformações das práticas discursivas e modela engendramentos de *sujeição*.

Findamos, a esse respeito, o lugar epistemológico do termo “arquegenealogia” do qual nos valeremos para pensar em uma *análise arquegenealógica* sob o prisma foucaultiano. Assim, mediante esse cenário, com respaldo no capítulo “Nietzsche, a genealogia da história”, ainda na obra “Microfísica do poder”, entendemos por *análise arquegenealógica* o processo de escavar criteriosamente como um enunciado se tornou singular em seu acontecimento histórico enquanto uma materialidade *já-dita* e inserida na atualidade do saber em oposição à ilusão da origem do dizer instaurada nas relações de poder. Para tanto, em consonância com as nossas conclusões até aqui, buscamos revelar como as relações entre a materialidade e o significado se dispuseram nas correntes do campo heterotópico do saber por meio do exame das exigências para legitimar uma relação de poder no momento da dispersão dos enunciados. Dessa forma, pondera Foucault (2008b, p. 22), “[...] é descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente”. Isto implica na possibilidade de, enquanto analistas de discursividades, deslocarmos o olhar sobre o outro para um olhar para si, como discutiremos no decorrer deste trabalho.

Por conseguinte, faz-se central nas análises arquegenealógicas que se seguem revelar as inconstâncias, as discontinuidades, as instabilidades enunciativas de emergência dos objetos não no que se remete a resgatar os rastros de um passado inacessível do sujeito em sua essência significativa, mas sim a desvelar as superfícies dos acontecimentos históricos específicos. Esses que estão sempre em conformidade com a *Nova História* e com as regularidades concernentes aos domínios de constituição de sujeitos restritos por identidades, pois, diante da perspectiva arquegenealógica, a constituição do indivíduo em sujeito porta uma perspectiva específica sob o olhar da análise do discurso foucaultiano para o que é exterior, como ponderado em:

Rompe-se assim com uma concepção de sujeito enquanto indivíduo, o sujeito da razão, para concebê-lo como produzido por algo que lhe é exterior; atesta, portanto, o descentramento do sujeito e sua constituição pelos discursos. O sujeito passa a ser considerado como uma função, ou como uma posição a ser ocupada nos discursos. (FERNANDES, 2012, p. 59).

A fim de compreender como essa análise arquegenealógica se instaura e formula identidades, especialmente sobre o sujeito *borderline*, aventamos ao estudo foucaultiano sobre

as técnicas de vigilância e punição. A presente reflexão objetiva mostrar como as práticas disciplinares do sistema prisional descritas e analisadas em “Vigiar e punir” ecoam nas práticas disciplinares hospitalares. Buscamos equiparar o percurso realizado por Foucault (1999) à possibilidade de se pensar em um caminho de constituição de elementos de subjetividade inerentes ao sujeito *borderline* percebidos no *corpus*. Por fim, passa à análise genealógica do sujeito *borderline* nas sessões seguintes.

### 3.2 O princípio da disciplina

A partir da fundamentação teórica apresentada até este momento, objetivamos, neste subtópico, propor uma construção arquitetônica do que podemos chamar de princípio da *disciplina*, a fim de reunirmos os elementos de subjetividade observados no *corpus* que sejam suficientes para o exame acerca da constituição do sujeito *borderline*. Para tal, acionamos o percurso trilhado em “Vigiar e punir”, de Foucault (1999), buscando viabilizar teoricamente esta investigação sumária. A partir das nossas constatações, acreditamos ser executável a análise das *técnicas disciplinares* apresentadas na instituição hospitalar psiquiátrica.

Primeiramente, na terceira parte da citada obra, intitulada *Disciplina*, Foucault (1999) inicia sua reflexão a partir da constituição do corpo enquanto uma materialidade suscetível a se dividir e a ocupar diferentes posições sociais consonante a cada acontecimento histórico. Ainda mencionando o indivíduo neste texto, conduzimos a construção de um preâmbulo epistemológico de investigação da questão do sujeito no sentido constitutivo, pois sinaliza pistas de um indivíduo edificado sob um corpo que é controlado e fruto de uma conjuntura de estratégias sociopolíticas. Essa se instaura à medida que incide sobre as práticas do indivíduo e intervém na própria qualificação do que podemos chamar nas obras seguintes de *sujeito histórico*.

Inicialmente, segundo o autor, a partir do século XVIII na França, o corpo gradativamente se tornou suporte de manipulação de suas práticas, pois, como herança do militarismo, os soldados cada vez mais precisaram se aperfeiçoar e se tornar mais profícuos para os interesses de Estado. Isso teve como consequência a necessidade de operar o corpo a fim de consolidá-lo como “dócil” e “útil”, uma vez que a soberania absoluta progressivamente se enfraquecia. Nessa perspectiva, uma série de imposições estatais a respeito do controle das práticas desses sujeitos começaram a se fortalecer e, de modo proporcional e consequente, as técnicas de gerenciamento do sujeito sofreram reestruturações nos métodos de dominação, já



que, argumenta Foucault (1999, p. 118, grifos originais), “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a *sujeição* constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as *disciplinas*”.

Essas *disciplinas* refratam uma concepção de ordem metodológica a respeito das configurações de um sistema de dominação do corpo, não no sentido de relação unilateral, na qual o corpo sempre está em posição de dominado, mas, ao contrário, no sentido de revelar um corpo servido como sustentáculo para a operacionalização de certas engrenagens profícuas de relações de poder específicas de dada instituição social. Conseqüentemente, tem-se um corpo passível de manobra e flexível aos esquemas de coibição conduzidos por fundamentos políticos em dada sociedade disciplinar. A disciplina, dessa forma, funciona como um sistema coordenado de administração dos sujeitos em dada conjectura social e, para tanto, utiliza como materialidade significativa o *corpo*.

Ainda nessa esteira, a entrevista transcrita de Foucault (2008b), intitulada “Poder-corpo”, foi publicada na coletânea “Microfísica do poder” e responde a algumas questões sobre como o *corpo* se constitui enquanto uma materialidade. O filósofo francês afirma no diálogo que o corpo, ainda no século XVII, exerceu um papel importante na configuração de dada sociedade se considerarmos o fato de que, nas relações de poder soberanas no modelo político da monarquia, a existência do corpo do rei vivo incidia sobre o corpo dos seus súditos. Ao contrário do controle do direito de viver ou morrer, essa incidência se deu no sentido de utilizar o corpo como material observável capaz de submeter um indivíduo em uma rede histórica e se constituir em sujeito em uma dada posição através da circulação de discursos. Isto posto, essa circulação se confronta com o outro e consigo mesmo em um sistema discursivo específico como, nesse caso, do poder totalitário e tendenciosamente interventor de possíveis resistências dos demais.

Vale salientar que essa concepção de relações totalitárias não se restringe ao controle do rei sobre os súditos ou, no caso do Estado capitalista, do presidente sobre os cidadãos, por exemplo, mas em toda e qualquer relação condicionada por um princípio de controle mesmo nas implicações cotidianas ou aparentemente triviais, como as relações hierárquicas dos exércitos no final do século na Europa. Concernente ao corpo enquanto objeto do saber da medicina do século XXI, esse princípio de poder se estabelece pelo funcionamento dos mecanismos de controle tanto institucional, no caso de nosso objeto, do hospital psiquiátrico, quanto subjetiva. Em outros termos, as condições de possibilidades são excludentes e produtoras de sujeitos doentes ou sadios por meio do isolamento do corpo e domínio sobre suas

práticas, tornando o paciente consciente de que o enfoque se trata do processo de recuperação.

Direcionando essa perspectiva para a investigação do *corpus*, selecionamos cinco sequências discursivas para verificar como o corpo do doente mental se constitui em sujeito *borderline* pelas relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico, que trata o corpo enquanto um objeto do discurso clínico à medida que a instituição hospitalar psiquiátrica regimenta tratamentos específicos para a remissão dos sintomas. Justificamos a escolha do primeiro enunciado por esse integrar uma técnica disciplinar de recuperação do sujeito *borderline* por intermédio do desenvolvimento de um tratamento que indica uma série de normatizações a serem seguidas por esses pacientes.

O corpo do sujeito, portanto, será tratado nesta análise como a materialidade constitutiva, isto é, como um corpo do indivíduo que se constitui em sujeito em dado momento histórico, nesse caso, no ano de 2019. Ressaltamos, ainda, que o tratamento descrito a seguir se refere especificamente aos pacientes com desordens psicóticas. No entanto, como revisado no início desta pesquisa, as desordens psicóticas integram um dos critérios diagnósticos do transtorno *borderline* apresentados no DSM-5. Segue a sequência discursiva para posterior análise:

*SD 20.* Uma vez que os parâmetros acima mencionados diminuíram ou aumentaram após a terapia, os novos níveis ficaram próximos aos de indivíduos saudáveis em outras pesquisas. Os níveis ideais desses parâmetros psicológicos são importantes para a saúde do paciente e estão negativamente relacionados aos sintomas da esquizofrenia, que podem ser amenizados por um ambiente florestal. Em outra pesquisa, algumas formas de atividade física diminuíram esses sintomas negativos. Isso está relacionado à terapia florestal, pois um de seus elementos é o movimento. Assim, a intervenção da terapia florestal pode estabilizar com sucesso os níveis de humor e ansiedade de pacientes com transtornos psicóticos. Essa é uma informação valiosa para terapeutas, médicos e outros profissionais, e a terapia florestal poderia talvez ser conduzida como uma terapia complementar ocasional na psicose, apesar de parecer contraintuitiva. Antes de conduzir intervenções de terapia florestal, os autores desta pesquisa levantaram a hipótese de que as interações entre pacientes com psicose e um ambiente florestal podem aumentar os sintomas negativos, mas o oposto ocorreu aqui, como em outros estudos. (BIELINIS *et al.*, 2019, p. 7).<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “Once the abovementioned parameters decreased or increased after therapy, the new levels were close to those of healthy individuals in other research. The optimal levels of these psychological parameters are important for patient health and are negatively related to symptoms of schizophrenia, which may be ameliorated by a forest environment. In other research, some forms of physical activity decreased these negative symptoms. This is related to forest therapy, because one of its elements is movement. Thus, forest therapy intervention may successfully stabilise the mood and anxiety levels of patients with psychotic disorders. This is valuable information for therapists, doctors and other practitioners, and forest therapy could perhaps be conducted as an occasionally, complementary therapy in psychosis, despite appearing counterintuitive. Before conducting forest therapy interventions, the authors of this research hypothesised that interactions between patients with psychosis and a forest environment might increase negative symptoms, but the opposite occurred here, as in other studies.” (BIELINIS *et al.*, 2019, p. 7).

Em primeiro lugar, os resultados da aplicação da terapia florestal descrita no enunciado reiteram a concepção de corpo na perspectiva discursiva. No trecho, em *SD 20*, “Uma vez que os parâmetros acima mencionados diminuíram ou aumentaram após a terapia, os novos níveis ficaram próximos aos indivíduos saudáveis em outras pesquisas” (BIELINIS *et al.*, 2019, p. 7), o corpo do sujeito acometido por períodos de psicose se torna objeto dessa forma de tratamento no momento em que o sujeito autor realiza a equiparação entre “doentes”, deduzido semanticamente, e “saudáveis” mencionando “em outras pesquisas” para demarcar a divisão entre grupos sociais. Esta constatação parte do pressuposto de que a terapia acarreta uma melhora nos sintomas psicóticos não somente de pessoas saudáveis, mas também das doentes. Isso resulta do fato da referência aos sintomas da esquizofrenia em “negativamente relacionados aos sintomas” para avaliar a especificidade dos alcances da terapia aos sujeitos psicóticos.

Nesse sentido, o corpo ocupa um lugar privilegiado no enunciado ao integrar um sujeito com a saúde mental debilitada no espectro somático da prática de exercícios físicos capazes de contribuir para uma maior estabilização das variações de humor e níveis de ansiedade em “podem estabilizar com sucesso”. A escolha do termo “sucesso” se opõe a “negativos”. A concepção de “sucesso” se origina desse jogo discursivo clínico das práticas repartidas em “positivas” ou “negativas” referente à correlação entre o “esquizofrênico” e o “psicótico normal”, ambos vinculados ao mesmo tratamento. Além disso, esses efeitos “positivos” da terapia se direcionam para a abordagem de outros profissionais da saúde, ou seja, o campo do saber psiquiátrico se expande para o saber da medicina não-psiquiátrica, validando, assim, o imbricamento entre o saber sobre o comportamento do corpo e, ao mesmo tempo, o saber sobre o aspecto orgânico desse corpo.

Observamos, conseqüentemente, o funcionamento da técnica disciplinar de controlar o corpo doente e fazê-lo tanto refletir sobre o próprio comportamento quanto controlar o corpo orgânico a fim de atingir o objetivo terapêutico de melhoria nos episódios psicóticos. Vemos um corpo objetivado de dois modos distintos: uma posição de *sujeito psicótico*, descrito pelo saber psiquiátrico de análise do comportamento, e uma posição de *sujeito somático*, construído pelo saber médico de exame das doenças orgânicas. Além disso, essa divisão se torna possível porque o corpo se insere em um conjunto de estratégias clínicas pré-estabelecidas pela articulação das práticas diagnósticas legitimadas pelo saber psiquiátrico e médico.

Nesse sentido, a produtividade social do sujeito afeta o funcionamento da técnica disciplinar ao se adequar às formas de tratamento dos sintomas psicóticos e de ansiedade enquanto uma ordem do olhar do outro, isto é, da escuta das medições do sujeito autor. Notamos

novamente a emergência do discurso clínico inerente às práticas dos sujeitos, pois, como apresentado no enunciado em questão, a terapia florestal se sustenta pela autenticidade dos comportamentos inadequados, no caso, a “psicose e a ansiedade”, os quais provêm dos diagnósticos possíveis. Isso se dá em virtude de o discurso clínico dispor, em suas propriedades, do resgate de formações discursivas de melhora da qualidade de vida, como em “são importantes para a saúde do paciente”. Essas são restauradas pelos enunciados já produzidos referentes às formas diversas de tratamentos, o “ambiente florestal”, e a concepção da eficácia desses tratamentos a cada particularidade da abordagem médica, pois “podem ser amenizados”.

Dessa forma, de acordo com o *corpus*, entendemos que o corpo do sujeito psicótico se apresenta como uma materialidade suscetível a ressignificação ao ser analisado enquanto objeto da psiquiatria e da medicina, pois se faz possível observar, diagnosticar e tratar o corpo doente de forma controlada e disciplinar por meio da aplicação da terapia florestal. Essa não se dá de maneira unilateral e categórica, mas, ocorre a partir das descontinuidades históricas daquela atualidade do saber, de modo a integrar um lugar de resistências e forças aos que se negam a executar a terapia, como é aludido em “apesar de parecer contraintuitiva”, ou em “podem aumentar os sintomas negativos”. As palavras “contraintuitiva” e “negativos” nos induz a uma liberdade por parte do paciente em aceitar ou não a proposta do tratamento, haja vista que o sujeito autor seleciona esses termos para demonstrar a probabilidade da eficácia do tratamento.

Além disso, a abertura para essas resistências fortalece as fronteiras entre práticas “aceitas” ou “não aceitas” pela instituição hospitalar psiquiátrica, a fim de perpetuar um individualismo político-econômico das vontades e motivações de amenizar o sofrimento desencadeado pelo transtorno e inerente ao descontrole dos desejos instintivos. Assim dizendo, sinaliza Foucault (2008a, p. 133), “se ele [o sujeito] é forte, é porque produz efeitos positivos em nível do desejo – como se começa a conhecer – e também em nível do saber”. Dessa maneira, não abordamos um corpo abstrato, representativo ou fruto de uma expressão, mas um corpo em seu aspecto orgânico, vulnerável e incompleto no que corresponde a servir de materialidade discursiva para produzir sujeitos mediante funções enunciativas atravessadas pelo discurso clínico.

Nesse contexto, pretendemos analisar o segundo enunciado a partir da acepção de *espaço físico*, apresentado por Foucault (1999). Para isso, selecionamos um enunciado recortado do artigo “Diagnosticando o sujeito com transtorno de personalidade borderline”, de Biskin e Paris (2012). O enunciado trata do relato de um caso ficcional de uma mulher de 39 anos que apresenta sintomas psicossomáticos desencadeados pelas condições de transtornos de

personalidade. Justificamos a escolha desse relato por conter elementos que caracterizam o sujeito psiquiatra e o sujeito *borderline* no processo de informar os pacientes sobre os seus respectivos diagnósticos clínicos, de modo a não prejudicar o andamento do tratamento. Conseguiremos visualizar os construtos de discursos históricos que geram relações de poder entre os sujeitos envolvidos no funcionamento disciplinar inerente à articulação do *espaço físico*. Logo, segue o relato:

*SD 21. Quadro 4: Aplicando os resultados desta revisão na prática clínica (caso fictício):* uma mulher de 39 anos, com uma longa história psiquiátrica, compareceu para avaliação em uma clínica especializada em transtornos de personalidade. Ela foi vista pela primeira vez aos 19 anos com depressão no contexto de um relacionamento abusivo. Na época, foi prescrito um antidepressivo, e ela gradualmente se sentiu um pouco melhor, mas continuou a ter problemas com as flutuações de humor. A paciente foi examinada novamente aos 25 anos de idade, devido ao humor elevado, acompanhado de diminuição do sono e aumento da energia no contexto de um novo relacionamento estimulante. Embora ela tenha relatado que esses sintomas estavam presentes “o tempo todo”, seu diagnóstico foi alterado para Transtorno Bipolar, e o antidepressivo mudou para Lítio. Seu humor rapidamente ficou deprimido, coincidindo com o término do relacionamento. Três meses depois, a paciente ficou cada vez mais isolada, com ansiedade sobre mais "trauma emocional" induzido por seu último término. Depois de um dia particularmente estressante no trabalho, ela ameaçou uma overdose de medicamentos, porque “a voz da minha avó morta me disse para fazer isso”. Esses sintomas eram novos, e a paciente também relatou sentir-se como se não fosse real e que estava em um programa de televisão. O diagnóstico foi revisado para transtorno esquizoafetivo, e a paciente foi internada no hospital e recebeu tratamento com antipsicóticos. Os sintomas psicóticos se resolveram em questão de dias, mas a paciente continuou suicida, com depressão que oscilava com episódios de raiva. Um padrão de tentativas impulsivas de suicídio, sintomas psicóticos e internações psiquiátricas persistiu pelos próximos 10 anos, apesar de vários medicamentos. Ao longo desse período, a paciente continuou a frequentar a escola e começou a trabalhar como cuidadora de crianças em ambiente de educação especial. Durante a avaliação atual na clínica, a paciente relatou que seu humor elevado estava presente apenas por algumas horas de cada vez. Durante esses períodos, ela apresentou sintomas de irritabilidade e labilidade afetiva que permaneceram inalterados desde o início, o que indicava que ela não experimentou episódios hipomaniacos discretos. A paciente relatou que, mesmo durante os períodos de humor elevado, conseguia ir ao trabalho e se concentrar. Essas flutuações de humor geralmente eram provocadas por conflitos com parceiros ou familiares. Quando no trabalho ou em situações de baixo estresse, ela se sentia eutímica. Seus sintomas psicóticos também ocorriam durante episódios de alto estresse e persistiam apenas por algumas horas. Às vezes, os sintomas desapareciam em alguns dias, mesmo sem a necessidade de tratamento médico. Com um diagnóstico revisado de Transtorno de Personalidade *Borderline*, a paciente iniciou um programa de longo prazo de psicoterapia individual e de grupo especializada, durante o qual a maioria de seus medicamentos foi gradualmente removida. Essa abordagem focada no tratamento levou a uma diminuição dos sintomas e melhorias em seus relacionamentos interpessoais. (BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792).<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Box 4: Applying the results of this review in clinical practice (fictional case): A 39-year-old woman with a long psychiatric history presented for assessment in a specialized personality disorder clinic. She was first seen at age 19 with depression in the context of an abusive relationship. At the time, she was prescribed an antidepressant and gradually felt somewhat better, but she continued to have problems with mood fluctuations. The patient was seen again at age 25 for elevated mood accompanied by decreased sleep and increased energy in the context of an exciting new relationship. Although she reported that*

Foucault (1999) apresenta quatro princípios de esquadramento da disciplina em dada instituição relacionados ao *espaço físico*, que elencamos para tornar as propriedades da disciplina visíveis no *corpus*. O primeiro princípio exige uma *cerca*, que se refere ao aspecto singular do lugar ocupado por um sujeito a partir da instauração de alteridades capazes de isolar os “obedientes” em detrimento aos “desobedientes”. O filósofo em tela menciona como exemplo os artificios disciplinares executados em colégios ou quartéis, onde as resistências dos indivíduos, especialmente as práticas opositoras e insubmissas, devem ser dissipadas ou manejadas para assegurar a ordem e domínio, pois, de acordo com Foucault (1999, p. 122), “[...] à medida que se concentram as forças de produção, o importante é tirar delas o máximo de vantagens e neutralizar seus inconvenientes (roubos, interrupção do trabalho, agitações e ‘cabalas’ [...])”.

Ao analisarmos o relato narrado no enunciado, verificamos elementos da técnica disciplinar chamada *cerca*. A mulher de 39 anos se constitui, respectivamente, em “sujeito depressivo”, “sujeito bipolar”, “sujeito esquizoafetivo” e “sujeito *borderline*” no decorrer dos vinte anos, período em que ela se tornou objeto do saber da medicina e, em seguida, da psiquiatria. O sujeito autor caracteriza o processo diagnóstico como “uma longa história psiquiátrica”, o que implica em preexistir na história uma duração média de observação comportamental. Por outro lado, ocorre a prática de os sujeitos psiquiatras dissiparem as resistências comportamentais através de intervenções terapêuticas a fim de assegurar a ordem

---

*these symptoms were present ‘all the time’, her diagnosis was changed to Bipolar Disorder and the antidepressant switched to lithium. Her mood quickly became depressed, coinciding with the breakup of the relationship. Three months later, the patient became increasingly isolated with anxiety about further ‘emotional trauma’ induced by her last breakup. After a particularly stressful day at work, she threatened to overdose on medications, because ‘the voice of my dead grandmother told me to’. These symptoms were new, and the patient also reported feeling as if she was not real and that she was in a television program. The diagnosis was revised to schizoaffective disorder, and the patient was admitted to hospital and given antipsychotic drug treatment. The psychotic symptoms resolved in a matter of days, but the patient remained suicidal with depression that fluctuated with episodes of anger. A pattern of impulsive suicide attempts, psychotic symptoms and psychiatric admissions persisted for the next 10 years, despite numerous medications. Throughout this period, the patient continued to attend school and began a job as a childcare worker in a special education environment. During the current assessment at the clinic, the patient reported that her elevated mood was present only for several hours at a time. During these periods, she experienced symptoms of irritability and affective lability that remained unchanged from baseline, which indicated that she did not experience discrete hypomanic episodes. The patient reported that, even during periods of elevated mood, she was able to attend work and concentrate. These mood fluctuations were usually brought on by conflicts with partners or family. When at work or in low stress situations, she would feel euthymic. Her psychotic symptoms would also occur during episodes of high stress and persisted only for several hours. At times, symptoms would resolve within days, even without seeking medical treatment. With a revised diagnosis of Borderline Personality Disorder, the patient began a long-term program of specialized individual and group psychotherapy, during which most of her medications were gradually removed. This focused approach to treatment led to a decrease in symptoms and improvements in her interpersonal relationships.” (BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792).*

e tornar o sujeito produtivo nos relacionamentos interpessoais. Ou seja, o início do diagnóstico, aos 19 anos e aos 39, representa não somente o tempo do diagnóstico, mas também o período em que os profissionais da saúde detiveram poder sobre o corpo da mulher, como visto em “apresentada para a avaliação”, “foi examinado novamente”, “diagnóstico foi alterado”, “o diagnóstico foi revisado” e “durante a avaliação atual”.

Isto é, estabeleceu-se uma *cerca* incidente sobre as práticas do sujeito de maneira a localizá-los em um lugar pré-determinado no esteio do saber psiquiátrico ao longo do tempo. O trecho “ela foi vista pela primeira vez aos 19 anos com depressão” vislumbra dois lugares no saber clínico: o sujeito antes do primeiro diagnóstico e o sujeito depois de ser catalogado como “depressivo”. Aos 25 anos, “seu diagnóstico foi alterado para Transtorno Bipolar” apresenta um realocamento do sujeito no discurso clínico. Em seguida, “o diagnóstico foi revisado para transtorno esquizoafetivo” e, finalmente, “revisado de Transtorno de Personalidade Borderline”. A constituição do sujeito *borderline*, portanto, dá-se pela reativação de uma memória discursiva do histórico de outras patologias e pacientes que também vivenciaram a experiência relatada no enunciado e são objetivados pelo enquadramento desse sujeito em uma contínua transformação histórica no processo de associação dos sintomas aos diagnósticos. Em suma, pensar na descrição de uma *cerca* nos induz a considerar a instauração de limites nas relações entre as posições do sujeito em um mesmo discurso, o clínico, com base nas movimentações de diferentes formações discursivas, remetentes a cada patologia mencionada.

Já na segunda técnica, demanda-se um *quadriculamento*, isto é, há sempre equivalência entre sujeitos e suas respectivas posições na composição de agrupamentos sociais concernentes a estarem sempre em analogia em uma relação de poder, à medida que as táticas de controle se formulam e fundam sistemas de dominação. Além disso, estima-se a dinâmica do efeito da disciplina adaptativa às condutas inadequadas do indivíduo, já que esse funciona tanto como causa quanto como efeito da integração da própria maquinaria de gestão da coletividade, pois, formula Foucault (1999, p. 122), “é preciso anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa [...]”.

Constatamos características desse *quadriculamento* no relato. Preliminarmente, a paciente ocupa uma posição de sujeito no saber psiquiátrico em correspondência à premissa de que os sintomas a acompanham durante toda a sua vida, “esses sintomas estavam presentes ‘o tempo todo’”, e os diagnósticos a situam em determinadas categorias da divisão de outros sujeitos, tais como grupos de sujeitos depressivos, sujeitos bipolares, sujeitos esquizoafetivos

e, posteriormente, grupos de sujeitos *borderline*. Esse deslocamento de uma patologia para outra desencadeia formas de tratamento distintos, tais como assinalados os “antidepressivos”, “internamentos”, “antipsicóticos” e “psicoterapia”. Logo, ocorre um processo em que o diagnóstico parte do resultado de uma regularidade comportamental em frações de tempo intercalados por diagnósticos reatualizados.

Portanto, essa técnica disciplinar se instala na modalidade de tratamento do sujeito *borderline* no decorrer da história, pois, a “observação do comportamento”, a “intervenção por meio de medicamentos”, a “internação no hospital psiquiátrico” ou a “modificação das relações interpessoais” fundamentam as propriedades de técnicas de *quadriculamento* do sujeito *borderline* na sua relação com a associação entre os prejuízos sociais e a inserção em um campo do saber clínico. Esse sujeito se objetiva e se desloca nas abordagens de tratamento de cada patologia como visto em “Às vezes, os sintomas desapareceram em alguns dias, mesmo sem a necessidade de tratamento médico” (BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792). Em outras palavras, precisar imediatamente de “tratamento médico” não é um requisito para inserção no discurso clínico, pois os fatores históricos anteriores ao ingresso no hospital são resgatados naquela atualidade.

Na disposição da terceira técnica disciplinar apresentada por Foucault (1999), exigem-se princípios de *localizações funcionais* inerentes às instituições, uma vez que remontam aos motes de forças tangentes aos interesses de vigilância e ao estabelecimento de limites às práticas. Nesse caso, a instituição hospitalar psiquiátrica, por exemplo, arquiteta o processo de vigilância com base no conjunto de elementos aptos a funcionar como propulsores da fiscalização, como os pressupostos sobre a garantia de manutenção da vida, ou ainda, pontua nitidamente Foucault (1999, p. 124), “pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas”.

Nesse contexto, o relato sinaliza *localizações funcionais* em dois trechos. O primeiro, “a paciente relatou que, mesmo durante os períodos de humor elevado, conseguia ir ao trabalho e se concentrar” (BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792), apresenta os comportamentos conservados pela paciente no seu cotidiano, como trabalhar e estudar, em oposição às limitações decorrentes do transtorno de personalidade remetentes aos períodos de elevação do humor. Dessa forma, observamos a função do sujeito *borderline* no conjunto de condições de possibilidade de os hábitos da paciente serem categorizados como “decorrentes do transtorno”. Esta demarcação



explícita da capacidade de trabalhar mesmo com a prevalência dos sintomas de alteração do humor, crises suicidas ou depressão, confirma o posicionamento do sujeito *borderline* no espectro das funções socialmente localizáveis no discurso clínico, pois percebemos que o hospital regula essa função de cada paciente mediante o diagnóstico particular. Esse diagnóstico próprio se articula por meio da vigilância do desenvolvimento sintomático ao longo dos anos e equivale a coerentes intervenções terapêuticas sobre o direito à vida. Já no segundo trecho, “quando no trabalho ou em situações de baixo estresse, ela se sentiria eutímica” (BISKIN; PARIS, 2012, p. 1792), novamente reiteramos a demarcação da função localizável da mulher ao associar o comportamento adequado no trabalho ao sintoma de situações de “estresse” em concordância com a forma como a paciente se sente sobre essa circunstância, revelando a peculiaridade dessa técnica disciplinar de regimento dos corpos.

Por último, a quarta técnica requisita uma posição na *fila*, ou seja, a intercalação do lugar de cada sujeito em um sistema consequente e operacional, articulando as relações, por um lado, entre os sujeitos a partir de suas respectivas individualidades e, por outro, entre os sujeitos e a própria funcionalidade da instituição hospitalar. Confere-se, ainda, a demarcação de lugares caracterizados por certas instâncias distintivas, por exemplo, os valores morais atribuídos a cada posição em associação com as posições dispostas pela coletividade, uma vez que, como sintetiza Foucault (1999, p. 126), “determinando lugares individuais tornou possível o controle de cada um e o trabalho simultâneo de todos. Organizou uma nova economia do tempo de aprendizagem”.

Analisemos o *corpus* sob esse aspecto. O relato se encerra apresentando o tratamento prescrito para a paciente de modo mais adequado na remissão dos sintomas mais graves ante o histórico diagnóstico observado, afirmando que levou a uma “diminuição dos sintomas”, e não a uma “cura” definitiva. A detecção de propriedades discursivas suficientes para o isolamento dos sintomas como decorrentes do transtorno de personalidade *borderline* inseriu a paciente em uma ordem discursiva disposta pela organização dos sujeitos nas etapas congruentes de abordagem da psiquiatria ao sofrimento originado em comportamentos por vezes limitantes na adaptação social ou provedoras de sofrimento psíquico.

Por conseguinte, a sucessão dessas etapas, respectivamente, a observação, o aprimoramento do diagnóstico e as tentativas de tratamento por meio de psicoterapias e medicamentos, revela posições delimitadas em progressões nas práticas reconhecidas pelo saber psiquiátrico. A “prática clínica” abrange uma série de patologias distintas e excludentes. Primeiramente, a mulher foi qualificada como pertencente ao espectro dos transtornos de

personalidade ao ser tratada em uma “clínica especializada”. Apesar de o primeiro sintoma relatado, a “depressão”, enquadrar-se nos transtornos depressivos segundo os manuais, a causa detectada foi o “contexto de um relacionamento abusivo”, isto é, o impacto comportamental gerou um “contexto” comportamental reagente à realidade e não uma manifestação orgânica, pois o uso de antidepressivos denota organicidade. O mesmo ocorre com os demais sintomas: “flutuações do humor” e o uso de reguladores de humor, “psicose” e internações, “eutímia” e psicoterapia. Assim, o sujeito médico situa os sujeitos depressivos, bipolares, esquizotípicos ou *borderline* em alguma dessas etapas sedimentares de diagnóstico e tratamento para aplicar as normatizações hospitalares cabíveis à melhor recuperação das relações interpessoais exigidas pelas normalizações sociais.

Depreende-se, dessa forma, uma concepção de disciplina na qualidade de um princípio de divisão e identificação de sujeitos por meio da manipulação de técnicas de controle competentes à instituição hospitalar, ao articulá-las hierarquicamente mediante as funções de cada um em um dado espaço específico. Para tanto, arquiteta-se um complexo de mecanismos econômicos à medida que faz circular relações de poder entre sujeito médico e sujeito *borderline* específicas e concatenadas a um domínio do discurso clínico. Esse produz, fundamentalmente, elementos de normalização regimentais e legitimadores de práticas intervencionistas enquanto efeito de um processo disciplinar sobre os corpos doentes no *espaço hospitalar*.

Em contrapartida, a administração do *tempo* enquanto artifício disciplinar perpetua a subordinação de um sujeito aos demais em dada relação de poder, por um lado, a partir da sua singularização distintiva em um grupo social e, por outro, alicerçado na instalação de um posicionamento baseado na constituição de práticas regidas por âmbitos da coletividade médica. Logo, o ato de regular a duração das atividades tem como pressuposto a composição de um sujeito que é individualizado e, ao mesmo tempo, pertencente a uma rede relativamente estável de posições preestabelecidas no rol de organizações hierárquicas no interior do hospital.

Convergimos essa perspectiva para a análise do *corpus*. Seleccionamos duas sequências discursivas recortadas de dois artigos científicos por apresentarem em comum condição de produção/possibilidade as medidas adotadas pela instituição hospitalar para diminuir os prejuízos sociais dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Objetivamos, nesse ponto, compreender como a internação involuntária e a intervenção imediata constituem o sujeito *borderline* e, além disso, mostrar como essas técnicas disciplinares servem de subsídio para se pensar a objetivação desse sujeito a partir do tratamento imediato de crises graves.

Justificamos a escolha dos enunciados por mostrarem quais são as normas e regulamentos exigidos na instituição hospitalar para o recebimento desse paciente, tais como o comportamento e as condutas aceitas ou não aceitas naquele ambiente psiquiátrico. Alvitramos a hipótese de que o sujeito *borderline* se insere nessa conjuntura de regimentos clínicos, à medida que as regras a serem cumpridas na internação são requisitadas e feitas cumprir por meio da técnica de “vigilância” e “punição”, mediante a observação do comportamento dos pacientes enquanto um corpo constitutivo. Logo, seguem os dois enunciados para posterior análise:

*SD 22.* A intervenção terá como objetivo (1) atender às necessidades não atendidas de sintomatologia por meio de gestão farmacológica adequada e suporte psicossocial. Também inclui diminuir e eliminar, sempre que possível, as consequências físicas e comportamentais adversas do manejo dos sintomas, bem como aquelas que surgem da institucionalização prolongada; [...] Na maioria dos hospitais psiquiátricos da Índia, o atendimento, como de costume, compreende em grande parte o gerenciamento biomédico. A intervenção será interrompida nas seguintes condições: (1) se o participante deseja interromper a participação; [...]. (RAJA *et al.*, 2020, p. 6).<sup>31</sup>

*SD 23.* De acordo com a Lei de Saúde Mental de Ontário (MHA), uma pessoa pode ser levada ao hospital sob as seguintes três condições: (1) quando uma pessoa está agindo de maneira desordenada, a polícia pode trazer a pessoa para ser examinada por um médico se eles acreditarem que a pessoa é um perigo para si mesma ou para os outros ou a pessoa não pode cuidar de si mesma; [...] Uma vez que a pessoa é levada a uma instituição psiquiátrica, um médico pode detê-la por até 72 horas para avaliação psiquiátrica, mas nenhum tratamento é permitido sem o consentimento do paciente. Após esse período, a pessoa deve ser liberada ou admitida como paciente voluntária ou involuntária, conforme indicado na Lei de Saúde Mental. (HEBBLETHWAITE, 2009, p. 23).<sup>32</sup>

Analisemos esses dois enunciados para sancionarmos um aparato histórico das condições de possibilidade do discurso clínico para que as técnicas disciplinares aplicadas nas internações psiquiátricas sejam percebidas, de modo a evidenciar como as relações de poder entre sujeitos médicos e sujeitos *borderline* se estabelecem no interior da instituição hospitalar

---

<sup>31</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The intervention will aim: (1) to address unmet needs on symptomatology through appropriate pharmacological management and psychosocial support. It also includes diminishing and eliminating wherever possible the adverse physical and behavioural consequence of symptom management as well as those arising out of prolonged institutionalisation; [...] The intervention will be discontinued given the following conditions: (1) if the participant wants to discontinue participation; [...].*” (RAJA *et al.*, 2020, p. 6).

<sup>32</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Under the Ontario Mental Health Act (MHA), a person can be brought into hospital under the following three conditions: (1) when a person is acting in a disorderly manner, the police are allowed to bring the person to be examined by a physician if they believe the person is a danger to himself or herself or others or the person cannot care for himself or herself; [...] Once the person is brought to a psychiatric facility, a physician may detain the person for up to 72 hours for psychiatric assessment, but no treatment is permitted without patient consent. After that time, a person must either be released or admitted as a voluntary or involuntary patient, as indicated in the Mental Health Act.*” (HEBBLETHWAITE, 2009, p. 23).

psiquiátrica. Dessa forma, obteremos elementos relevantes para refletirmos acerca de como o sujeito *borderline* se constitui nessa perspectiva nesse momento específico da história entre 2009 e 2020.

Na primeira sequência, *SD 22*, o artigo de Raja *et al.* (2020) apresenta os procedimentos praticados pelo hospital psiquiátrico ao receber um paciente com transtorno de personalidade *borderline* nos momentos críticos de crises graves. Além disso, salienta quais os objetivos desse tipo de intervenção e elenca em quais situações o paciente pode abandonar as medidas preventivas. Por conseguinte, iniciemos o exame pelos requisitos prévios dispostos na instituição hospitalar para o aceite do paciente com transtorno de personalidade *borderline* no departamento de emergência. Utiliza-se esse atendimento para conter comportamentos perigosos do paciente contra si mesmo ou contra os outros de maneira imediata por meio da aplicação de medicamentos e suporte psicossocial. Se aceite, o paciente possui o direito de receber acomodação e alimentação apropriadas. Ainda, são direcionados para atividades desenvolvidas, durante o tratamento, para melhoria da qualidade de vida, tais como as relações interpessoais com outros pacientes, com a comunidade ou com a família. Além do mais, recebem orientações para conservar relativa estabilidade em diversas áreas pessoais, como condições laborais ou financeiras.

Observamos que todas essas práticas interventivas de interrupção dos riscos e reabilitação do comportamento inadequado se amparam em um saber psiquiátrico que determina quais são as estratégias de controle do corpo pela definição de relações institucionalmente determinadas. O sujeito autor associa os objetivos da intervenção, em todos os sete critérios, como um fator de “atender às necessidades” do paciente. A escolha do verbo “atender” reverbera a função do hospital em distinguir quais são os comportamentos socialmente “desajustados”, e, portanto, catalogados, e quais são os comportamentos considerados “ajustados” e sem o direito a internação. Ou seja, a confirmação do diagnóstico não determina as leis de aceitabilidade, mas sim a recorrência dos sintomas de risco. Revela-se, assim, a filtragem das práticas discursivas realizadas pelo sujeito médico em relação ao sujeito *borderline*.

Confirmamos essa relação de poder a partir do momento que, no caso de o paciente apresentar comportamentos perigosos para si ou para os outros, a intervenção psiquiátrica pode ocorrer de modo condicionado. Ao afirmar que “A intervenção será permitida nas seguintes condições: [...]” ou “A intervenção será interrompida nas seguintes condições: [...]”, a voluntariedade do paciente em se submeter a intervenção se torna possível apenas em

determinadas circunstâncias. Isso demonstra qual a estratégia adotada pelo hospital ao definir regras próprias de “admissão” e de “interrupção” da internação a partir da avaliação do sujeito médico. Isso significa que o sujeito médico detém domínio sobre a aplicabilidade do diagnóstico clínico nos departamentos de emergência descritos no artigo, haja vista a necessidade de os sintomas que acarretam sofrimento precisarem se enquadrar categoricamente às normatizações vigentes dessa tecnologia disciplinar.

O sujeito *borderline*, dessa forma, constitui-se como aquele que pode ser ativo e responsável por seus atos ou passivo e controlado pelo departamento de emergência não o admitindo. Em contrapartida, observa-se também a existência de um interesse por parte da instituição hospitalar em não somente conservar a vida do doente, mas também de oferecer condições para que esse sujeito tenha suas necessidades básicas garantidas e receba todo o apoio e incentivo possível para a recuperação dos sintomas posterior retorno às suas atividades sociais. Por isso, há uma preocupação em, após o controle da crise, “ensinar” o sujeito *borderline* a conviver em sociedade com chances menores de ser acometido por novas crises. Essa reabilitação possui uma dupla função disciplinar enquanto uma *técnica de adestramento* visando a produtividade dos corpos: evitar o sofrimento do paciente em situações futuras e tornar os gastos da hospedagem menos onerosos à instituição por meio da negação de casos avaliados como “inadmissíveis”, revelando, dessa forma, o incurso da política econômica do departamento de emergência em consonância às constatações capitalistas apresentadas na segunda sessão desta tese.

Por último, ao analisarmos as condições delegadas para a interrupção do tratamento, percebemos novamente a objetivação do sujeito *borderline*, à medida que a instituição categoriza quais são as práticas denotativas às decisões permitidas ou proibidas a respeito do posicionamento da instituição hospitalar. Nesse sentido, por um lado, o participante pode interromper o tratamento se quiser, mas, por outro, nos casos em que a prevalência de doenças agudas ultrapassa quatro semanas ou o prazo máximo de internação seja atingido, o paciente perde o direito de permanecer na reabilitação. Logo, a demarcação do tempo do tratamento demonstra a localização do sujeito *borderline* nas normas disciplinares que definem temporalmente quais as medidas devem ser aplicadas aos doentes. Isso implica a relação entre o sujeito *borderline* e as normatizações empregadas sobre o controle do corpo orgânico no espaço físico em detrimento ao controle do comportamento.

Nesse contexto, o discurso clínico emerge na operacionalização do saber médico assegurado pela instituição hospitalar sobre as práticas dos sujeitos *borderline*, estabelecendo

quais as práticas podem ou não ser aceitas dentro dessa rede de saberes. Esses são organizados e ordenados segundo estratégias com objetivos definidos, como a validação ou interdição dos comportamentos ou dos elementos ligados ao corpo orgânico, no caso dos tratamentos farmacológicos. Ademais, se temos, de um lado, os critérios mínimos para a admissão do paciente no departamento de emergência, por outro, contamos com os critérios mínimos para o desligamento dessa admissão enquanto uma prática normalizadora.

Para ilustrar, o fato de o critério de admissão “atender às necessidades não atendidas de funcionamento ocupacional, emprego e inclusão financeira” traz práticas não associadas diretamente à remissão dos sintomas de risco, mas sim dispõe um ambiente propício para o retorno às suas atividades sociais de modo voluntário. Essa voluntariedade também se confirma na demarcação da cessação do tratamento em “se o participante deseja interromper a participação”. Se tomarmos a “voluntariedade” como um objeto do discurso em relação à objetivação do sujeito *borderline* nesse enunciado, visualizamos um exercício situacional do poder do sujeito médico sobre o sujeito paciente, pois o termo “intervenção” pressupõe a interposição de uma autoridade, o que não ocorre aqui.

Iniciemos a análise da segunda sequência discursiva em correlação à análise da primeira. O segundo enunciado, *SD 23*, apresenta os dizeres retirados da Lei de Saúde Mental de Ontário, os quais elegem quais as condições possíveis para realizar a internação dos pacientes. No entanto, nesse caso, a internação obedece a duas instâncias diferentes, sendo a primeira o interesse do paciente e a segunda o interesse de outros sujeitos. No primeiro caso, a lei assegura o direito do sujeito “agindo de maneira desordenada” de decidir se participará do tratamento ou não, além de consentir sobre a voluntariedade de internação. Todavia, almejamos analisar com mais atenção a segunda instância. O enunciado disponibiliza três circunstâncias diferentes em que outros sujeitos possuem autorização para exigir a internação do sujeito *borderline* nas situações em que esses apresentam condutas capazes de oferecer algum risco tanto a si mesmos como a terceiros. A primeira trata de “acionar a força policial” para conter o sujeito anteriormente examinado por um médico; a segunda concerne em demandar a um juiz de paz “medidas protetivas” se examinado por um médico; a última reitera a “avaliação do médico” em situações adversas.

Toda essa maquinaria disciplinar de controle dos corpos dos sujeitos *borderline* se origina da decisão do sujeito psiquiatra, isto é, outras autoridades não validadas institucionalmente pelo saber clínico não possuem o direito ou a legitimidade de designar avaliações coerentes e aceitas. Logo, o sujeito médico exerce, no caso do exame psiquiátrico,

um poder sobre o sujeito *borderline*. Em outras palavras, o poder é exercido por um sujeito dotado de uma conduta decisória validada cientificamente diante dos comportamentos julgados “inadequados” sobre um sujeito em condição passiva, que pode ter os direitos sobre si mesmo limitados ou anulados nos momentos de “condutas involuntárias”. Por último, mais uma vez o *controle do tempo* incide sobre o sujeito *borderline* a partir do momento em que o médico tem a permissão de deter, no interior da instituição psiquiátrica, o doente por “até setenta e duas horas”, como definido pela Lei de Saúde Mental. Vemos, nesse ponto, o controle por meio do saber médico concomitantemente ao controle por meio do saber jurídico regimentados, portanto, por âmbitos distintos.

Em suma, nesse enunciado, o sujeito *borderline* ocupa lugares de submissão em relação ao sujeito médico. Esses são detentores de um saber científico legitimado pela conjuntura normalizadora da instituição e são competentes para conferir regras normatizadoras de conduta aceitas ou não aceitas, à medida que utilizam técnicas de controle do tempo. Essas são, por um lado, as recompensas – como a liberação dos tratamentos intensivos ou o treinamento de habilidades interpessoais – ou, por outro, as punições – como a anulação dos “direitos sobre si” ou aplicação de medicamentos sedativos. Além disso, percebemos que o controle do tempo funciona como um elemento qualificador do indivíduo, que serve de instrumento para reger os comportamentos prejudiciais e manter o exercício efetivo do poder tanto na relação entre doentes e profissionais da saúde quanto na relação entre todos os sujeitos inseridos na instituição hospitalar, pois a manutenção dessas relações depende do controle de uns sujeitos sobre os outros inseridos na mesma instituição.

Dessa forma, essas técnicas disciplinares supramencionadas integram o procedimento de preservação e aperfeiçoamento do exercício do poder sobre os sujeitos ao longo do tempo, pois conserva o que Foucault (1999) chama de “gênese” da transformação histórica, no sentido de tornar a prática da *sujeição* um mecanismo de controle sobre as forças, uma vez que, sumariza o pensador francês (1999, p. 136), “com as novas técnicas de sujeição, a ‘dinâmica’ das evoluções contínuas tente a substituir a ‘dinástica’ dos acontecimentos solenes”. Conseqüentemente, o espectro das relações de forças se conduz pela transmutação da dinâmica desse funcionamento disciplinar, já que interdepende dos sujeitos cada vez mais “imprescindíveis” e “convenientes” para o efetivo avanço da eficácia econômica. Desse modo, o controle sobre o sujeito *borderline* no interior da instituição hospitalar precisa constantemente se atualizar historicamente, de modo a dissolver os desvios de conduta de maneira mais efetiva. Isto é, necessita compreender a natureza das resistências e perpetuar a ativa sustentação da

disciplina, almejando tornar a movimentação das relações forças em direção a preservar a obediência e subordinação às normas, pois:

O poder passa assim a se estender para além dos locais estruturados institucionalmente e se abre a movimentos flexíveis e flutuantes que produzem e reproduzem o pensamento e as práticas produtivas, fazendo emergir os processos de subjetivação, resistência e insubordinação. Por isso, as resistências deixam de ser marginais e tornam-se ativas no centro de uma sociedade que se abre em campos abertos, produzindo assim uma infinidade de singularidades. Em razão disso, não se fala mais da resistência do indivíduo, e nem há espaço para o conceito de povo, mas se trata de identificar a reação das múltiplas singularidades. (NASCIMENTO, 2012, p. 167).

Nesse contexto, consideramos válida a introdução fundamentada até aqui sobre a condição de possibilidade de uma genealogia do sujeito *borderline*, pois as contribuições arqueológicas viabilizam a inserção da perspectiva genealógica, e pensamos ser exequível analisar a constituição de um sujeito sob os rastros de subjetividade percebidos no *corpus*. Comprovamos, ainda, nessas análises, a pertinência das concepções de *relações de força* e *princípio da disciplina* para refletir sobre como esses sujeitos emergem nessas funções específicas da instituição hospitalar psiquiátrica, a partir do exame do discurso clínico em relação com os processos de objetivação. Portanto, direcionamos a investigação do *corpus* a seguir para eleger as maneiras como as técnicas disciplinares se fundam no seio das relações de poder e elegem elementos de subjetividade inerentes aos sujeitos.

### 3.3 As técnicas disciplinares

Vislumbrar as técnicas disciplinares perante o olhar da genealogia nos permite identificar como o sujeito *borderline* se constitui em relação aos objetos do discurso. Logo, enfoquemos como essas técnicas se compõem no *corpus*. Ainda em “Vigiar e punir”, no capítulo intitulado “Os recursos para o bom adestramento”, Foucault (1999, p. 143), em concordância com o efetivo exercício da disciplina discutida anteriormente, defende a concepção de que “o poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”. Além disso, as relações de forças se alastram pelas instituições de forma partilhada e se dinamizam, ao passo que os corpos se tornam, por alguma razão de resistência contra o sistema, corpos indisciplinados, uma vez que

Podemos afirmar, então, que o exercício do poder, pelo disciplinamento dos corpos, não se constitui numa via de mão única, isto é, numa ação do governador/disciplinador



sobre o governado/disciplinado. O exercício do poder disciplinar pressupõe a ação do disciplinamento e a resistência do sujeito disciplinado. Esse movimento de resistência contra as formas de dominação e contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete a forças do outro é constituinte das subjetividades que, por sua vez, produzem as múltiplas verdades que o sujeito constrói acerca do mundo e de si próprio. (SINDER; PAULA, 2019, p. 29).

Em vista disso, o sujeito se vale como um produto, um resultado, um meio de fazer com que a disciplina funcione por meio de um poder garantido e influente, uma vez que, introduz Foucault (1999, p. 143), “o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame”. Passemos à discussão sumária desses três princípios da ordem disciplinar, a fim de demonstrarmos, no *corpus*, como o princípio da disciplina se articula nessas técnicas de ordem discursiva. A saber, para a operacionalização desses princípios, partimos do pressuposto de que:

O poder disciplinar tem a dupla propriedade de ser anomizante, isto é, de sempre pôr de lado certo número de indivíduos, de ressaltar a anomia, o irredutível, e de ser sempre normalizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de sempre estabelecer a regra. Um perpétuo trabalho da norma na anomia caracteriza os sistemas disciplinares. (FOUCAULT, 2006b, p. 68).

O primeiro princípio normalizador, a *vigilância hierárquica*, parte da premissa de que a disciplina em seu exercício na instituição, de acordo com Foucault (1999, p. 143), “[...] supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam os efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam”. Isso induz a depreender a formulação de uma tecnologia multiforme e cada vez mais sofisticada, em comparação à soberania, a ponto de delegar a cada sujeito o papel de não somente regular as suas próprias práticas ante as normatizações, mas também de vigiar os outros indivíduos que detêm domínio em uma escala hierárquica de controle configurada pelo comportamento dócil e contratual, ou como teoriza o filósofo francês especificamente no campo do saber médico:

Assim é que o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica: deve permitir que se possa observar bem os doentes, portanto, coordenar melhor os cuidados; a forma dos edifícios, pela cuidadosa separação dos doentes, deve impedir os contágios; a ventilação que se faz circular em torno de cada leito deve enfim evitar que os vapores deletérios se estagnem em volta do paciente, decompondo seus humores e multiplicando a doença por seus efeitos imediatos. (FOUCAULT, 1999, p. 145).

Observamos, nessa citação, que a instituição hospitalar, especialmente a sua arquitetura espacial e a sua função cultural, compõe mais um ponto de vigilância do corpo socialmente crivado, pois se equivale a mais um lugar comum onde os mecanismos de controle perpetuam relações de poder. Essas incidem sobre as práticas, principalmente por meio do compartilhamento de dizeres capazes de validar as medidas disciplinares tanto como causa como efeito do próprio funcionamento de gestão do comportamento inadequado. Ou seja, a maneira como o hospital é pensado como uma instituição de controle coloca em voga as práticas dos sujeitos, já que é preciso assegurar a manutenção do contrato social normalizado e vinculado entre todos os interceptados por interesses políticos e econômicos em comum, o que filtra, conseqüentemente, as formas de resistência “inevitáveis” daquelas “corrigíveis”.

Desse cenário, passemos à análise do *corpus* propriamente. O enunciado escolhido apresenta quais as circunstâncias detectadas em um estudo de caso que justifica os problemas gerados na administração farmacológica no contexto do hospital, particularmente pela postura da equipe de enfermagem em sua relação com os pacientes com transtornos de personalidade. Selecionamos esse enunciado porque contém elementos constitutivos da técnica disciplinar da *vigilância hierárquica*. Questionamos como o controle sobre a administração dos medicamentos fomentam elementos de subjetividade nas relações de poder entre sujeito enfermeiro e sujeito *borderline*. Assim, pretendemos compreender as configurações específicas dessa modalidade de controle por intermédio da análise do discurso clínico circulante sobre o enunciado produzido a respeito de um relato dos procedimentos analíticos. Buscamos identificar, também, quais as condições de possibilidade discursivas para que esse enunciado seja produzido dessa maneira e não de outra. Para tanto, segue o enunciado para posterior análise:

*SD 24.* Na época em que o estudo foi realizado, o hospital do estudo utilizava prescrição em papel e um sistema de registro eletrônico do paciente. A administração de medicamentos envolveu pacientes atendidos na sala da clínica da enfermaria para receber seus medicamentos (exceto enfermarias de idosos). Os medicamentos foram preparados para pacientes individuais sequencialmente durante as rodadas de medicamentos; o pré-preparo de medicamentos ou o preparo de vários medicamentos simultaneamente para diferentes pacientes não era recomendado. A maioria dos medicamentos orais foi autorizada a ser administrada por uma única enfermeira qualificada, mas na prática um segundo “atravessador” (muitas vezes um assistente de saúde ou enfermeira treinada) era frequentemente utilizado para trazer os pacientes para a clínica ou para levar medicamentos diretamente ao paciente. Um grupo de medicamentos de “alto risco”, incluindo todos os medicamentos injetáveis (por exemplo, insulina, antipsicóticos de depósito) e medicamentos controlados, exigiu que dois membros autorizados da equipe verificassem e assinassem para a administração; isso geralmente envolvia duas enfermeiras qualificadas. Estudantes de enfermagem só tinham permissão para administrar medicamentos a pacientes sob a supervisão direta de uma enfermeira registrada (qualificada). (KEERS *et al.*, 2018, p.

3).<sup>33</sup>

Preliminarmente, observamos que esse relato do estudo de caso descreve o procedimento de administração dos medicamentos aos pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Essa técnica envolve quatro grupos de sujeitos inseridos na organização hierárquica, em que cada um possui uma função individual, mas, ao mesmo tempo, uma função integrante de uma coletividade composta por pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, assistentes de saúde, enfermeiros treinados, enfermeiros qualificados e enfermeiros estagiários. A disposição desses sujeitos no interior da instituição hospitalar psiquiátrica engendra um sistema funcional-disciplinar perpassado por uma classificação dos profissionais da saúde em relação aos pacientes doentes, sendo baseada nos níveis de conhecimento legitimado pelo regimento interno da instituição, tais como as menções a “membros autorizados”, “assinarem para a administração”, “permissão para administrar” e “supervisão direta”, essas de maneira distinta em cada circunstância registrada.

Além disso, ao verificarmos o trecho “[...] o hospital do estudo utilizava prescrição em papel e um sistema de registro eletrônico do paciente” (KEERS *et al.*, 2018, p. 3), notamos que a instituição utiliza, como artifício de vigilância, o registro escrito eletrônico de todas as condutas, tanto de pacientes como de profissionais da saúde. Nesse sentido, ao retomar a produção de registros escritos ou eletrônicos sobre o comportamento do sujeito *borderline* na instituição hospitalar e a própria existência do sujeito no discurso, verificamos a presença do que Foucault (2006b) chamou de *dispositivo de escrita*, operacionalizado na instituição asilar, o qual possui a função de:

[...] vigiar perpetuamente o doente, constituir sobre ele um dossiê permanente, e é preciso que, a cada instante, se possa mostrar, ao abordar o doente, que se sabe o que ele fez, o que ele disse na véspera, o erro que ele cometeu, a punição que recebeu. Logo, organização e disponibilização ao médico de um sistema completo de levantamentos, de anotações sobre o doente no asilo. (FOUCAULT, 2006b, p. 61).

---

<sup>33</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*At the time the study was carried out, the study hospital utilised paper-based prescribing and an electronic patient record system. Medicines administration involved patients attending the ward clinic room to receive their medications (except later life wards). Medications were prepared for individual patients sequentially during medication rounds; pre-preparing medications or preparing multiple medications simultaneously for different patients was not recommended. Most oral medicines were authorised to be administered by a single qualified nurse, but in practice a second ‘runner’ (often a trained health care assistant or nurse) was frequently utilised to bring patients to the clinic room or to take medications to the patient directly. A group of ‘high risk’ medications including all injectable medicines (e.g., insulin, depot antipsychotics) and controlled drugs required two authorised members of staff to check and sign for administration; this most often involved two qualified nurses. Student nurses were only permitted to administer medications to patients under the direct supervision of a registered (qualified) nurse.*” (KEERS *et al.*, 2018, p. 3).

Além disso, todo o andamento do processo também ocorre em um ambiente apropriado, como descrito em “A administração de medicamentos envolveu pacientes atendidos na sala da clínica da enfermaria [...]” (KEERS *et al.*, 2018, p. 3), a qual limita o contato físico entre os sujeitos. Compreendemos que a determinação de um lugar fechado, a “sala clínica da enfermaria”, na qual o sujeito *borderline* recebe a medicação acompanhado apenas pelo sujeito enfermeiro, indica uma estratégia disciplinar ao isolar um paciente dos outros, a fim de garantir não somente a privacidade, mas também para impedir que outros sujeitos interfiram no processo. Isto é, vigia-se de modo mais efetivo o paciente em local fechado sem a presença de terceiros.

Ademais, a técnica de vigilância também se manifesta na definição da hierarquia entre os enfermeiros. Respectivamente, o “enfermeiro qualificado” detém autoridade sobre as condutas do “enfermeiro treinado” e esse detém autoridade sobre os “assistentes de saúde”. Essa organização pode ser percebida na escolha dos termos para se referir à conduta dos profissionais, tais como “prescrição”, “recomendado”, “autorizada”, “administração” e “supervisão”. Ainda, esses três profissionais permanentes na equipe de enfermagem detêm domínio sobre os estudantes de enfermagem, pois o sujeito autor utiliza o substantivo “permissão” que pressupõe o exercício de poder entre os sujeitos.

Ademais, os medicamentos considerados de “alto risco” somente podem ser administrados hierarquicamente pelos profissionais superiores sempre que disponíveis, pois são chamados de “membros autorizados”. Portanto, apreendemos que o sujeito *borderline* se constitui à medida que integra essas relações de poder garantidas por um discurso clínico vigente e operante no interior do hospital. Esse sujeito se torna objeto desses profissionais de saúde devido à hierarquia quando determina como o sistema de vigilância será formulado, à medida que o saber psiquiátrico fundamenta as condições de possibilidade para que essa estrutura se sustente. O discurso clínico, portanto, estabelece-se ao se operar a construção de uma verdade influente a todos os sujeitos inseridos na mesma condição, porque a normatização precisa ser convencionada entre todos para fazer funcionar a técnica disciplinar normalizadora.

Estimamos, dessa forma, um olhar para a relevância da socialização das demarcações hierarquicamente legitimadas por um discurso médico competente para prescrever a localização de cada sujeito na escala socialmente delimitada. Nesse aspecto, não no sentido de estabelecer uma relação estanque entre os sujeitos *borderline* sempre obedientes, mas sim no sentido de permitir que essa obediência seja incitada e, ao mesmo tempo, tensionada a se verter de modo consciente de que estão sendo vigiados a todo o instante pela equipe de enfermagem. Essa

vigilância perpetua o funcionamento do esquema disciplinar e torna viável a abordagem terapêutica farmacológica enquanto norma no âmbito da instituição hospitalar, uma vez que:

A norma, como poder disciplinar, encontra-se também ligada ao desenvolvimento das práticas de vigilância, e seu correlato, a tecnologia “científica” – leia-se: social e política – de normalização, que nos é contemporânea, ao comparar indivíduos entre si e classificá-los conforme médias e curvas estatisticamente construídas, marca a identidade de cada um em termos de normalidade ou anormalidade, diagnosticando, nomeando e corrigindo os desvios, reconduzindo à norma. Enquanto as disciplinas produzem “corpos dóceis e úteis”, a norma lhes imprime a chancela da normalidade x anormalidade, marcando suas identidades, tornando assim possível o governo de suas condutas. (PRADO FILHO, 2010, p. 186).

O segundo princípio apresentado por Foucault (1999) engloba a *sanção normalizadora*. A fim de investigar a operacionalização dessa técnica disciplinar no *corpus*, selecionamos um enunciado que apresenta, enquanto condição de produção/possibilidade, o sistema de controle sobre o corpo do sujeito *borderline* nos períodos de crises involuntárias nos departamentos de recuperação da saúde mental. Problematizamos de que modo a internação coercitiva fundamenta elementos subjetivos inscritos nas relações de poder estabelecidas entre os sujeitos psiquiatras e os sujeitos *borderline*. Assim, segue o enunciado selecionado:

*SD 25*. Estima-se que mais de um terço (38%) dos pacientes internados involuntariamente são submetidos a outras medidas coercitivas, como medicação forçada, isolamento e contenção dentro de quatro semanas da admissão (Raboch *et al.*, 2010). [...] Pessoas de origem não europeia estão particularmente em risco de intervenções coercivas em ambientes europeus (Kelly *et al.*, 2015). Em muitos países, as práticas coercitivas não se limitam mais a internações hospitalares involuntárias; elas estão se tornando cada vez mais prevalentes nos cuidados de base comunitária e durante a admissão “voluntária” em hospitais. Embora as opções de tratamento obrigatórias na comunidade, como as ordens de tratamento na comunidade, sejam amplamente ineficazes na prevenção da readmissão ao hospital e restrição da autonomia do paciente (Burns *et al.*, 2013), elas permanecem uma “forma de tratamento involuntário em rápida expansão em muitos países” (Turnpenny *et al.*, 2018). (SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660).<sup>34</sup>

Em primeiro lugar, as técnicas coercitivas possuem diferentes objetivos e categorias de execução, como exposto no enunciado. O fato de que “mais de um terço (38%) dos pacientes internados involuntariamente” necessitarem de intervenções disciplinares mais invasivas, como

---

<sup>34</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “It is estimated that over a third (38%) of involuntarily admitted patients are subjected to further coercive measures, such as enforced medication, seclusion and restraint within four weeks of admission (Raboch *et al.*, 2010). [...] People of non-European origin are particularly at risk of coercive interventions in European settings (Kelly *et al.*, 2015). In many countries, coercive practices are no longer confined to involuntary hospital admissions; they are becoming increasingly prevalent within community-based care and during ‘voluntary’ admission to hospitals. Although compulsory treatment options in the community, such as Community Treatment Orders, are largely ineffective in preventing re-admission to hospital and restrict patient autonomy (Burns *et al.*, 2013) they remain a ‘rapidly expanding form of involuntary treatment in many countries’ (Turnpenny *et al.*, 2018).” (SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660).

medicação forçada, isolamento ou detenção nas dependências hospitalares, sinaliza a existência de uma conjuntura de normas organizacionais previamente estabelecidas e asseguradas por regulamentos circunscritos por uma verdade sobre o sujeito *borderline*. Se esse sujeito apresenta como sintomas os “episódios de raiva” e “períodos de psicose”, os sujeitos psiquiatras se baseiam no histórico do diagnóstico clínico para aplicar a coerção, pois associam os sintomas tanto aos critérios do sujeito *borderline* quanto às patologias de mesmo grupo.

Além disso, a *sanção normalizadora* não se restringe à intervenção do corpo em um ambiente fechado, mas também insere esse sujeito, como percebido no enunciado, no saber/regimento jurídico ao transferir as medidas cabíveis para a contenção aos espectros forenses de saúde mental, como dito em “Estes são mais prováveis de serem usados em ambientes seguros ou forenses de saúde mental [...]” (SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660). Por outro lado, essa coerção pode ocorrer durante as admissões voluntárias no hospital, já que, em dados momentos, ocorre a “restrição da autonomia do paciente”, ou seja, a sanção se estende à prevenção de futuras crises graves, mas de modo eletivo.

Objetiva-se, assim, o sujeito *borderline* sob o olhar do profissional da saúde que possui autorização para abordar o paciente não somente acerca do saber psiquiátrico, mas também sucessivamente transferido para o saber jurídico ou forense. Os elementos subjetivos se estabelecem pela ausência de autocritica sobre o próprio comportamento por parte do sujeito *borderline* e as relações de poder firmadas entre esse sujeito e as normatizações reiteradas pela instituição hospitalar. No trecho “Pessoas de origem não europeia estão particularmente em risco de intervenções coercitivas em ambientes europeus” (SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660), o fator “coercitivo” precede o aspecto cultural e político de um determinado espaço geográfico, fora da Europa, ao colocarmos em associação o excerto “Em muitos países, [...] eles estão se tornando cada vez mais prevalentes nos cuidados de base comunitária e durante a admissão ‘voluntária’ em hospitais” (SASHIDHARAN; MEZZINA; DURAS, 2019, p. 660). Em outras palavras, opõe-se, aqui, “coerção” e “voluntariedade” no entremeio das variações regionais. Isso significa que a decisão “crítica” ou “consciente” do paciente em advir à intervenção sofre transformações a depender do espaço onde o hospital está inserido.

O terceiro e último princípio, o *exame*, gira em torno de uma técnica confluyente entre as duas categorias apresentadas anteriormente. Atenemos com maior cuidado para essa técnica disciplinar, porque ela será cara às demais análises realizadas no decorrer desta tese. Assim,

consideramos pertinente apresentar a concepção de exame segundo o pensador francês para posterior discussão sobre a temática:

É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. (FOUCAULT, 1999, p. 154).

Logo, o *exame* concebe a gênese da disciplina ao se apoiar em um determinado saber e instaurar, conseqüentemente, relações de poder particulares a cada sujeito em consonância à construção de uma verdade válida em uma instituição. O saber da medicina geral distingue sujeitos a partir do momento em que um se inscreve no lugar de médico e o outro se inscreve no lugar do paciente, pois somente o primeiro possui autorização de examinar o segundo através do consenso social de que ser médico significa ser dotado de cientificidade ou, além disso, assevera Foucault (1999, p. 156) “o exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício do poder”.

Nesse contexto, analisemos um enunciado que aborda os critérios para o desenvolvimento de um diagnóstico válido por meio da adequada execução do exame clínico. Justificamos a eleição do enunciado seguinte por causa do detalhamento específico da conduta do psiquiatra de maneira consolidada historicamente na prática de examinar na instituição hospitalar psiquiátrica. Isto posto, segue o enunciado para análise:

*SD 26.* O psiquiatra primeiro realiza uma avaliação inicial do paciente e determina o ambiente de tratamento (por exemplo, paciente interno ou externo). Uma vez que os pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* comumente experimentam ideação suicida (e 8-10% cometem suicídio), as questões de segurança devem ter prioridade na avaliação inicial (consulte a Seção II.B.1, “Respondendo a Crises e Monitoramento de Segurança” para uma discussão mais aprofundada desse assunto). Uma avaliação de segurança completa deve ser feita antes que uma decisão possa ser tomada sobre se atendimento ambulatorial, hospitalar ou outro nível de cuidado (por exemplo, hospitalização parcial ou cuidado residencial) é necessário. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 13).<sup>35</sup>

Segundo o enunciado, o psiquiatra inicialmente deve preparar um ambiente propício para a realização do exame, seja no hospital, no ambulatório ou noutro local específico

---

<sup>35</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The psychiatrist first performs an initial assessment of the patient and determines the treatment setting (e.g., inpatient or outpatient). Since patients with Borderline Personality Disorder commonly experience suicidal ideation (and 8%–10% commit suicide), safety issues should be given priority in the initial assessment (see Section II.B.1, ‘Responding to Crises and Safety Monitoring’, for a further discussion of this issue). A thorough safety evaluation should be done before a decision can be reached about whether outpatient, inpatient, or another level of care (e.g., partial hospitalization or residential care) is needed.*” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 13).

dependendo de cada caso. Em seguida, detecta-se o nível de urgência dos sintomas apresentados por meio de um monitoramento de segurança para, somente depois, indicar como o atendimento deve proceder. Além disso, o sujeito autor pontua que a disposição dos critérios diagnósticos, apesar de se basearem na recorrência mais comum dos atendimentos, podem apresentar instabilidades de acordo com cada situação particular. Após essa primeira aproximação do sujeito psiquiatra ao sujeito *borderline*, ocorre a categorização do conjunto de sintomas examinados em três níveis diferentes, sendo o primeiro a “hospitalização parcial”, o segundo a “hospitalização breve”, e o terceiro a “hospitalização prolongada”. Essa categorização varia e se adapta a cada paciente, já que “Uma avaliação de segurança completa deve ser feita antes que uma decisão possa ser alcançada [...]” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 13).

Verificamos o deslocamento do sujeito *borderline* para ocupar uma posição de visibilidade para o sujeito psiquiatra, a fim de instalar uma relação de poder, como demonstram os trechos “O psiquiatra primeiro realiza uma avaliação inicial” e “Uma avaliação de segurança completa deve ser feita”. O sujeito psiquiatra se torna um agente ativo e detentor de uma posição de “avaliador” e “julgador” das condutas do sujeito paciente, que ocupa uma posição passiva de “avaliado” e “julgado”. Logo, o exercício do poder se fundamenta na impossibilidade do sujeito *borderline* decidir sobre a gestão do seu comportamento nos casos qualificados como graves, tanto por apresentar riscos a si mesmo quanto para outros sujeitos. Quanto a isto, o sujeito psiquiatra adquire a autonomia em decidir a abordagem mais coerente para construção de um programa de tratamento terapêutico ou interventivo, à medida que o corpo se torna visível e passivo. Isso implica em situar o sujeito psiquiatra, em dada ordem do discurso clínico, em uma posição de sujeito hierarquizado, autorizado a diagnosticar o sujeito devido à sua legitimidade em produzir enunciados validados pelo saber médico.

Ademais, nesse caso, o exame também serve para situar o sujeito doente em algum lugar do saber médico mediante as viabilidades registradas e arquivadas referentes às regularidades diagnósticas decorrentes ao longo da história. Portanto, o sujeito *borderline* se individualiza a partir do exame, mas integra, ao mesmo tempo, uma progressão de documentos cristalizados historicamente, tal como visto na referência a outros documentos em “consulte a Seção II.B.1, ‘Respondendo a Crises e Monitoramento de Segurança’, para uma discussão mais aprofundada desse assunto” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 13). Por outro lado, também notamos a influência do exame às técnicas disciplinares. No enunciado, o exame pode ser utilizado como um instrumento de controle, pois determina documentos



legítimos pela instituição hospitalar por fixar informações acordadas entre a comunidade médica e, por vezes nos casos das internações voluntárias, o sujeito *borderline*.

Como analisado, o exame médico funciona como uma espécie de “protocolo”, o qual situa cada sujeito em dada posição naquele campo do saber específico e regido por relações de poder direcionadas, ou como sumariza detalhadamente o filósofo francês:

Finalmente, o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito de objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões. Portanto, de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória. Com ele se ritualizam aquelas disciplinas que se pode caracterizar com a palavra dizendo que são uma moralidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. (FOUCAULT, 1999, p. 169).

Nesse contexto, para pensarmos sobre a articulação de controle na atmosfera do campo da psiquiatria, recorreremos à análise do funcionamento das técnicas disciplinares apresentada no capítulo de “Vigiar e punir”, intitulado “O panoptismo”. Nesse texto, Foucault (1999) sinaliza a existência, em uma relação de poder, de um deslocamento dos sujeitos sempre em oposição uns aos outros, à medida que suas posições singulares são organizadas em dada instituição. Logo, aventamos em sumarizar a reflexão proposta pelo autor com o objetivo de compreender como o sistema disciplinar instalado nas prisões pode, de alguma forma, contribuir para a análise do sistema disciplinar nos hospitais descritos no *corpus*, visto que:

Os sistemas disciplinares tiveram uma primeira função maciça, uma função global que vemos surgir claramente no século XVIII: ajustar a multiplicidade dos indivíduos aos aparelhos de produção ou aparelhos de Estado que os controlam, ou, ainda, ajustar o princípio do acúmulo de homens à acumulação do capital. Esses sistemas disciplinares, na medida em que eram normalizadores, faziam surgir necessariamente em suas margens, por exclusão, a título residual, anomalias, ilegalismos, irregularidades. Quanto mais estrito o sistema disciplinar, mais as anomalias, as irregularidades são numerosas. (FOUCAULT, 2006b, p. 138).

Partimos da asserção de que o sujeito *borderline* ocupa uma posição na instituição hospitalar e compartilha instâncias enunciativas e discursivas semelhantes à posição do sujeito detento na instituição prisional. Inicialmente, apresentamos a constatação do autor sobre a especificidade da subdivisão do campo da medicina acerca da descrição do asilo, uma espécie de mecanismo de isolamento do indivíduo a partir de suas inconsistências de ordem psiquiátrica, estritamente no início do século XIX:

O asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de educação vigiada, e por um lado os hospitais de um modo geral todas as instâncias de controle individual funcionam num duplo modo: o da divisão binária e da marcação (louco-não louco; perigoso-inofensivo; normal-anormal); e o da determinação coercitiva, da repartição diferencial (quem é ele; onde deve estar; como caracterizá-lo, como reconhecê-lo; como exercer sobre ele, de maneira individual, uma vigilância constante, etc.). (FOUCAULT, 1999, p. 165).

Ao retomarmos o *panóptico* de Bentham, figurado por Foucault (1999) como um aparelho complexo e multifacetado de funcionamento do sistema prisional, percebemos, paralelamente ao sistema hospitalar, o imbricamento entre a aferição do dispositivo de vigilância ou intervenção e a sua influência em virtude do espaço estruturado na prisão e no hospital com a finalidade de controlar os sujeitos pela maquinaria da visibilidade do corpo nos atendimentos ou internações, posto que:

Como todos os tipos de poder, o poder disciplinar visa a conduzir a conduta dos sujeitos; intervém, ou procura intervir, em todas as ações do sujeito, seu alvo, não deixando escapar nem um gesto, nem um instante, antes mesmo de que a ação se realize, ou seja, no momento em que a virtualidade está se concretizando, tornando-se realidade. Por isso, esse tipo de poder se caracteriza por elementos regidos e/ou determinados por certa jurisprudência: a vigilância, a recompensa (como a premiação ao melhor aluno na escola, por exemplo), as punições. (FERNANDES, 2012, p. 62).

Logo, a edificação de um sistema prisional, no qual o espaço físico se distribui em uma engenharia formulada de modo que o sujeito vigilante vê o sujeito encarcerado, mas esse não vê aquele, ocupa uma posição central na elaboração do planejamento disciplinar também observado nos departamentos de emergência dos hospitais psiquiátricos. Se, por um lado, o corpo do condenado está, ao mesmo tempo, visível ao condenador e invisível aos outros detentos, por outro, o corpo do condenador está invisível aos condenados, constatação essa aplicável à relação entre o sujeito *borderline* e o sujeito psiquiatra. Esses jogos de visibilidade capitalizam a inserção dos sujeitos das instituições prisional e hospitalar em um lugar demarcado e ordenado, onde a representação espacial infere um acordo mútuo entre ambos. Simultaneamente, provoca a flexibilidade das relações de poder na emergência do discurso clínico, pois infringe o direito à liberdade do sujeito preso e, nos casos de internação involuntária ou anulação dos direitos civis, à liberdade do sujeito doente por meio da observação imediata e contínua das condutas normalizadas.

Além do mais, o objetivo do *panóptico* é assegurar a ordem coletiva da estrutura prisional por meio do processo de tornar os presos conscientes, ao regular as próprias práticas de acordo com as normatizações, de que estão sendo vigiados a todo o momento e que, em casos de resistências às normas, podem ser geradas punições individuais. Como analisado, a

estrutura hospitalar institui critérios diagnósticos e, nos casos de internação voluntária ou involuntária, determina as normas a serem seguidas pelo sujeito *borderline*. Equivale-se, assim, a existência de relações de forças para coagir o detento e os pacientes internados involuntariamente, de modo a dissipar as resistências às normatizações, já que, segundo Sinder e Paula (2019, p. 25-26), “A tecnologia da disciplina é distinta do castigo físico e das formas de submissão praticadas, por exemplo, pelo ascetismo, pela escravidão, pela vassalagem e pela domesticação. Isso para produzir corpos submissos e dóceis”.

Em termos de rentabilidade e diminuição de custos ao Estado, um número maior de infratores ou pacientes pode ser controlado por um número menor de vigilantes, sejam carcereiros ou médicos psiquiatras, pois se parte do pressuposto de que esse preso ou esse paciente não reconhece quem está o vigiando ou quando. Tem-se, como consequência, o exercício de um poder efetivo e menos custoso. Ressaltamos que a vigilância no caso do sujeito *borderline* pode ser acometida por coações e internações compulsórias em crises psicóticas, por exemplo, e nesse cerne o sujeito paciente se distancia da realidade e passa a ser acompanhado de modo anônimo até se dissiparem os sintomas graves.

Nesse sentido, partimos da afirmação de que o *panóptico* é, segundo Foucault (1999, p. 167), um “Dispositivo importante, pois automatiza e desindividualiza o poder”, isto é, induz a um poder cada vez mais uniforme e aplicável a um número maior de sujeitos de uma sociedade delimitada, como o sistema prisional. No contexto psiquiátrico, especialmente no âmbito hospitalar, o princípio de vigilância do dispositivo panóptico, ainda de acordo com a visão de Foucault (1999, p. 168), “Permite estabelecer as diferenças: nos doentes, observar os sintomas de cada um, sem que a proximidade dos leitos, a circulação dos miasmas, os efeitos do contágio misturem os quadros clínicos”. Ou seja, o princípio da disciplina desse dispositivo pode ser examinado em diferentes instituições sociais, porque o fator comum se instala na existência de um poder que se exerce de maneira aplicada e operacional à medida que afeta direta ou indiretamente as condutas do sujeito e a própria constituição do dispositivo social.

Enfim, operacionaliza-se o *a priori* histórico do sistema panóptico com fulcro a docilizar não somente os detentos, mas também todos os outros funcionários envolvidos na escalação hierárquica de incumbências, por intermédio de uma maquinaria coincidentemente mais eficiente e menos dispendiosa ao Estado, já que esse dispositivo permite o funcionamento de um sistema no qual todos os sujeitos integram a regulamentação das normas aplicadas pela instituição. Em outras palavras, sumariza Foucault (1999, p. 170), “[...] assegura sua economia (em material, em pessoal, em tempo); assegura sua eficácia por seu caráter preventivo, seu

funcionamento contínuo e seus mecanismos automáticos”. O poder, nesse aspecto, perpetua-se ao longo da história devido à sua capacidade de dinamizar os efeitos de controle, de modo a se adaptar à transformação e desenvolvimento de novas formas de resistências dos sujeitos envolvidos. Isto é, assim como o sistema prisional utiliza medidas coercitivas adaptativas a cada sujeito em sua individualidade subjetiva, o sistema hospitalar também dinamiza as suas práticas interventivas, a fim de assegurar o funcionamento efetivo das técnicas disciplinares.

Nessa perspectiva, no caso do enquadramento hospitalar, a disciplina define como as relações de poder são emolduradas na sociedade delimitada pelo saber médico, pois articula instâncias advindas de um inventário estruturado por propriedades multimodas, como averigua Foucault (1999, p. 179), “a formação da sociedade disciplinar está ligada a certo número de amplos processos históricos no interior dos quais ela tem lugar: econômicos, jurídico-políticos, científicos, enfim”.

Pautado nesse pressuposto, o autor pontua ainda três características da disciplina caras à integração da nossa rede epistemológica acionada para o procedimento metodológico, tais elas, na devida ordem. A primeira constata a mobilidade estratégica dos mecanismos disciplinares ante uma economia das relações de força trabalhistas ao objetivar a otimização do seu exercício sobre o corpo, por intermédio da preservação da obediência anônima e hierárquica, em consonância com a contenção de gastos estatais, ainda cita Foucault (1999, p. 180), as disciplinas “devem ser tomadas como técnicas que permitem ajustar, segundo esse princípio, a multiplicidade dos homens e a multiplicação dos aparelhos de produção [...]”. A segunda prevê o espectro coletivo no sentido procedimental da exequibilidade dos dispositivos disciplinares nas mais sutis relações de poder. Em conformidade, contextualiza Foucault (1999, p. 184) sobre a técnica da punição em relação à técnica de vigilância, “o que generaliza então o poder de punir não é a consciência universal da lei em cada um dos sujeitos de direito, é a extensão regular, é a trama infinitamente cerrada dos processos panópticos”. E a terceira estabelece a disciplina em sua complexa motilidade sublimada à medida que isola certos aparelhos capazes de objetivar sujeitos através da legitimidade de um campo do saber, pois menciona Foucault (1999, p. 184), “as disciplinas atravessam então o limiar ‘tecnológico”.

Mediante todas essas problematizações apresentadas em “Vigiar e punir” e as análises desenvolvidas sobre o *corpus* desta tese, acreditamos ser provável a investigação do *dispositivo psiquiátrico*, já que reunimos um número suficiente de evidências do funcionamento disciplinar para pensar em como as relações de saber-poder implicam a eleição de elementos de subjetividade, a relação entre enunciados, as instituições mobilizadas e as estratégias

discursivas. Portanto, direcionamos a pesquisa para a investigação das instâncias inerentes à constituição do sujeito *borderline* no *dispositivo psiquiátrico*.

### 3.4 O *dispositivo psiquiátrico*

Buscamos, neste subtópico, refletir sobre a concepção do *dispositivo psiquiátrico* para questionar a qual demanda histórica responde a emergência do sujeito *borderline* no discurso clínico. Dessa forma, mobilizamos as contribuições foucaultianas advindas dos seus estudos sobre o dispositivo de sexualidade, pois estaremos aptos a formalizar, portanto, a atualidade histórica do sujeito *borderline* no *corpus*. Posto isso, em “História da sexualidade I: a vontade de saber”, Foucault (2011) apresenta, no capítulo intitulado “O dispositivo de sexualidade”, uma abordagem sobre o funcionamento de alguns sistemas de controle dos corpos ancorada na articulação de enunciados circulares sobre objetos do discurso, nesse caso, o sexo enquanto um ponto de partida da reflexão. Assim sendo, consideramos pertinente dissertarmos acerca dessa temática, a fim de esquematizar o que tomaremos nesta tese por *dispositivo psiquiátrico*, pois, com a operacionalização desse dispositivo no *corpus*, certificamos nas análises seguintes uma conjectura de instâncias discursivas suficientes para eleger elementos constitutivos do sujeito *borderline* em equiparação aos pontos de encontro com os fundamentos instituídos pelo estudo do dispositivo de sexualidade.

Passemos para a pormenorização das condições de emergência do dispositivo de sexualidade para posterior análise do *corpus*. Em um primeiro momento, o pensador francês coloca em questão a prática sexual não em sua definição biológica do ato orgânico com finalidade predominantemente cercada pela reprodução, mas, ao contrário, essa prática serve de princípio norteador para elucidar uma engrenagem conveniente ao silenciamento estratégico e seletivo de enunciados. Esses são relacionados aos desejos de prazer instintivos, mas interditados por discursos políticos e econômicos que geram limitações ao que pode ou não ser dito sobre o objeto *sexo* em dado acontecimento histórico específico.

Instalam-se, dessa forma, jogos de resistência dos sujeitos de determinado grupo social ao almejem, em nome da coletividade e especificamente a partir do século XVIII no Ocidente, a construção e busca de uma verdade sobre o sexo. Essa construção se baseia em paradigmas tomados como “racionais” e “adequados”, à medida que os enunciados são produzidos diante dos diversos discursos históricos. Dessa forma, concordamos com Foucault (2011, p. 77) que “é preciso fazer a história dessa vontade de verdade, dessa petição de saber que há tantos séculos faz brilhar o sexo: história de uma obstinação e de uma tenacidade”. Ademais, ao se isolar a

*vontade de verdade* a partir de seu lugar singular na história, reconhece-se, a princípio, a concepção dos fundamentos analíticos por meio da investigação das relações de poder. No entanto, esse processo não se restringe a descrever uma determinada relação de poder, mas permite ao analista desenvolver, em concordância com essa descrição, ferramentas próprias de exame da maquinaria representativa de constituição de uma conjuntura de movimentos históricos das condições de possibilidade discursiva, no caso, do *dispositivo de poder*.

Em termos metodológicos da problemática do poder no âmbito funcional do dispositivo, Foucault (2011) anuncia alguns aspectos inerentes ao imbricamento entre a emergência do objeto sexo na história e as relações aderentes e, ao mesmo tempo, persistentemente dogmáticas de instauração de um poder estritamente prevalente de interesses políticos e econômicos. Mencionamos esses interesses para prosseguir a discussão: a *relação negativa* supõe relações de poder sempre em contestação de práticas referentes à aceitabilidade ou não de enunciados sobre o sexo; a *instância de uma regra* coincide em formalizar os regimentos atinentes à disposição desses enunciados; o *ciclo da interdição* suscita os limites autorizados pelo momento histórico no que confere a manter imanentes os enunciados atravessados por certos discursos apreendidos; a *lógica da censura* reitera os impulsos silenciadores de enunciados proibidos de serem proferidos; e a *unidade do dispositivo* assegura, também, os elementos constitutivos do indivíduo em sujeito por intermédio de esquemas hierárquicos e organizados a partir de instâncias tendenciosamente capazes de gerar subjetividades. Além do mais,

Em face de um poder, que é lei, o sujeito que é constituído como sujeito, – que é "sujeitado" – é aquele que obedece. À homogeneidade formal do poder, ao longo de todas essas instâncias, corresponderia, naquele que o poder coage – quer se trate do súdito ante o monarca, do cidadão ante o Estado, da criança ante os pais, do discípulo ante o mestre – a forma geral da submissão. Poder legislador, de um lado, e sujeito obediente do outro. (FOUCAULT, 2011, p. 82).

Conseqüentemente, o exercício do poder integra, em suas propriedades discursivas, efeitos dessa ordem de relações hierárquicas, nas quais o conceito de dispositivo desempenha a incumbência de abordar não somente os domínios das práticas dos sujeitos, mas também do impedimento de certas práticas. Essas são consideradas oscilantes ao escopo político de interesse do Estado que paira acerca das condutas tangenciadas pelos desejos de verdade ainda não permitidos à produção em uma dada coletividade. Logo, o sujeito se constitui nessas relações de poder por meio da regulação mais ou menos efetiva a despeito das condutas agenciadas por instrumentos do Estado, como as forças médicas ou jurídicas.

Apresentamos uma discussão mais específica sobre as contingências da constituição de

um dispositivo de poder para pensar em um caminho privilegiado dos aportes dos estudos com o dispositivo de sexualidade. Preliminarmente, Deleuze (1990) define, em leitura da filosofia foucaultiana, a noção de *dispositivo* como um “enredo”, uma linha suscetível a se proliferar em direções não balanceadas respeitando os impasses de *variações* ou *derivações*. Ademais, entendemos a preocupação de Foucault em problematizar as noções de saber, poder e subjetividade em sua obra, demonstrando a carência de nitidez aos contornos de cada uma dessas instâncias reportadas à apreensão de suas fissuras, já que, averigua Deleuze (1990, p. 156), “desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que ele [Foucault] chama de desconhecido”.

Nesse contexto, a respeito dessa *cartografia*, ou ato de cartografar, instituinte à gênese do conceito de dispositivo de poder, Klein (2007, p. 216) menciona Foucault e ressalva esquematicamente a precisão dos mecanismos de poder nos procedimentos de *controle* e *exclusão*, pois pondera que “o dispositivo discursivo é um amálgama que mistura, o enunciável e o visível; palavras e as coisas; discursos e arquiteturas; programas e arquiteturas; formação discursiva e formação não-discursiva”. Além do mais, o dispositivo pode ser pensado em distintas dimensões, como as “curvas” de *visibilidade*, compreendendo não somente o que se “faz ver” e se “faz falar”, mas também as articulações entre o controle e exclusão enquanto estratégias adotadas pelos sujeitos na produção de enunciados perpassados por regimes de verdade, os quais recaem sobre as condutas desses sujeitos em dada instituição.

Por outro lado, a segunda dimensão se refere às *curvas* de *enunciação*, isto é, os enunciados se condicionam por variáveis que, sugere Deleuze (1990, p. 156), “não são nem sujeitos, nem objetos, mas regimes que é necessário definir pelo visível e pelo enunciável, com suas derivações, as suas transformações, as suas mutações”. Em outra ótica, depreende-se uma terceira dimensão, as *linhas de forças*. Essas situam-se nos entremeios *ver-dizer* operando nas relações entre palavras e coisas, ainda, no “invisível” e no “indizível”, ao passo que desvela as nuances do saber indissociável das relações de poder. A quarta dimensão, mais recente nos estudos realizados pelo pensador francês, conduziu a orientação para as *linhas de subjetivação*, recorte deste trabalho. Essa linha não concentra as forças para outras linhas em função de variações/derivações convalidadas, mas por atuar sobre si mesma, na tangente das instaurações pré-existentes sob a integração de *Si Próprio* ou, de outra forma, de acordo com Deleuze (1990, p. 156), “[...] não é um saber, nem um poder. É um processo de individualização que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto as forças estabelecidas como os saberes constituídos”. A última dimensão, as *linhas de fuga*, em contrapartida, tratam do agenciamento dessas práticas

de modo a escapar das condições tensionadas pelos fatores sociais e históricos, não no sentido de se contrapor às linhas de forças, mas de, concomitantemente, preservar ou transformar as matrizes constitutivas dos enunciados.

Por certo, um dispositivo se constitui de maneira covalente a outros dispositivos devido à reiteração de matrizes discursivas provenientes do saber. Pautado nessa subjeção, Deleuze (1990, p. 157) ressalva a importância da verticalização do estudo sobre as *linhas de subjetivação*: “é um estudo que tem muitas misturas para desvendar: produções de subjetividade que saem dos poderes e dos saberes de um dispositivo para se reinvestir noutro, sob outras formas que hão de nascer”. Por isso, surgem consequências possíveis para o tratamento das quatro linhas de força em relação às *linhas de subjetivação*. Inicialmente, distancia-se a operação de uma busca por regras de formação universais e constantes dos enunciados, mas não com o objetivo de se excluir o problema da posição social ou individual do sujeito. Em vez disso, investiga-se a singularidade passível de remontar os elementos de subjetividade materializados nos enunciados sob condições de produção legítimas a um dado discurso, já que, de acordo com Deleuze (1990, p. 158), “não há universalidade de um sujeito fundador [...] ou universais de uma catástrofe onde a razão se alienaria, onde uma vez por todas se afundaria”. A segunda consequência se refere à composição da percepção de “criatividade” em oposição à “regularidade” histórica por causa da busca das validações de um regime de verdade e não da validade de um enunciado em um dispositivo, isto é:

Todo dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro, a menos que se dê um enfraquecimento da força nas linhas mais duras, mais rígidas, ou sólidas. (DELEUZE, 1990, p. 159).

Em decorrência disso, o modo como o sujeito conduz suas práticas é o modo como o dispositivo se estratifica ou atualiza e produz o inédito, o reiterado e o reconfigurado. Como última consequência, ainda de acordo com Deleuze (1990) sobre a obra foucaultiana, fomenta-se a relação intrínseca de um dispositivo e sua coordenação no momento histórico atual. Isso implica pensarmos em como um dispositivo pode se constituir nesse jogo entre o *visível* e o *enunciável* mediante a reativação de suas propriedades inerentes às normalizações vigentes em uma instituição social. Compreendemos, assim, a pertinência em caracterizar o dispositivo como uma ferramenta capaz de desenredar as estratégias utilizadas pelos sujeitos para controlar as condutas de outros sujeitos. *Cartografar*, portanto, pode ser pensado como o ato de descrever todo o arsenal de elementos pertencentes ao funcionamento das discursividades, pois nos



interessa inventariar no *corpus* a ratificação do *saber*, do *poder* e das *subjetividades* nos seus respectivos construtos discursivos de certos regimes de verdade.

Por outro lado, Agamben (2009), em *O que é um dispositivo?*, posiciona o conceito de dispositivo de poder no arcabouço de terminologias técnicas e epistemológicas debatidas na obra de Foucault. Nesse contexto, atribui três pontos primordiais que dialogam com as atribuições de Deleuze (1990), parafraseando: inicialmente, é uma rede de elementos tanto nos níveis linguísticos como não-linguísticos que se relacionam e compõem um complexo heterogêneo; em segundo lugar, a relação de poder se torna o cerne dessa rede nas suas variadas instâncias; por último, caracteriza-se como o responsável pela aceitabilidade de enunciados enquanto passíveis de afirmação ou negação dependentes, assim, dos jogos de poder sobre o saber. Essa aceitabilidade se apoia nos processos analíticos do dizível e enunciável defendido por Deleuze (1990).

Esse conceito, além do mais, gira em torno de uma problemática, na visão de Agamben (2009, p. 38): “a relação entre os indivíduos como seres vivos e o elemento histórico, entendendo com esse termo o conjunto das instituições, dos processos de subjetivação e das regras em que se concretizam as relações de poder”. Por isso, torna-se papel do pesquisador elencar e cartografar, observando, no espaço do saber, como os dispositivos atuam nos mecanismos de poder visíveis e enunciáveis capazes de capturar os “seres vivos”, não com a pretensão de uma busca por universalidades, mas para fazer emergir *efeitos de verdade* singulares. Isto é, aponta sumariamente Agamben (2009, p. 40), busca-se “um conjunto de práxis, de saberes, de medidas, de instituições cujos objetivo é de administrar, governar, controlar e orientar, em um sentido em que se supõe útil, os comportamentos, os gestos e os pensamentos dos homens”.

Portanto, partimos do pressuposto de que os *processos de subjetivação* nesse ângulo descritivo-analítico são entendidos como as relações entre os “seres vivos” e os dispositivos de poder no que tange à marcação de posições prováveis de práticas discursivas de um sujeito movido por forças outras, ou melhor, citando Agamben (2009, p. 41), “na raiz de cada dispositivo está, desse modo, um desejo demasiadamente humano de felicidade e a captura e a subjetivação desse desejo em uma esfera separada constitui a potência específica do dispositivo”. As posições dos sujeitos se organizam e se ordenam em um dado dispositivo baseadas em inscrições na história a qual demarca a singularidade de cada lugar social, ou melhor, pondera Agamben (2009, p. 42):

Todo dispositivo implica, com efeito, um processo de subjetivação, sem o qual o

dispositivo não pode funcionar como dispositivo de governo, mas se reduz a um mero exercício de violência. Foucault assim mostrou como, em uma sociedade disciplinar, os dispositivos visam através de uma série de práticas e de discursos, de saberes e de exercícios, a criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua 'liberdade' enquanto sujeitos no processo mesmo do seu assujeitamento.

Por outra via, constatamos que um dispositivo legitima a produção de discursos sobre um objeto, sujeitos e identidades por meio de instâncias históricas e sociais. Destarte, as relações de poder cotidianas perpassam saberes calcados dentro ou fora das atmosferas institucionalizadas, já que, ao colocar a questão da noção de discurso, observamos um agrupamento de enunciados recaídos sobre a produção de efeitos de verdade. Assim sendo, em diferentes instituições, um *dispositivo disciplinar* se detém ao que Foucault (2008b) chamou de *governamentalidade*, isto é, o governo de um sujeito se consolida a partir do domínio de um saber e exerce relações de poder sobre outros sujeitos com estatutos hierarquicamente “superiores” ou “inferiores”, a título de elucidação. Isso implica a autorização de qualquer sujeito a engendrar modalidades heterogêneas de exercício de poder, seja por meio de vigilância ou controle de comportamentos. Ainda, Foucault (2008b, p. 246) introduz as relações de força como um elemento intrínseco para a análise de um dispositivo, tal qual mencionada:

O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.

Diante disso, pensar nessas relações de força é trazer para a problematização a análise das práticas discursivas relacionadas a um saber, como comenta Courtine (2010, p. 29), “o discurso deve ser compreendido a partir daquilo que Foucault chama de dispositivo, isto é, um conjunto heterogêneo de instituições e de leis, de coisas e de ideias, de atos e de práticas, de falas e de textos, de dito e não dito”. Em suma, é no interior de um dispositivo que se constata a forma de arquitetura e hierarquia de saberes instauradores de relações de poder e constituem sujeitos a partir de uma objetivação de elementos, como os domínios da moral e da ética alicerçados às práticas de aquisição de valores, e reproduz, conseqüentemente, efeitos de identidade enunciativos diversos.

Mediante essa discussão teórica apresentada pelos autores, aventamos em operacionalizar no *corpus*. Nesse contexto, para pensar sobre a constituição do sujeito *borderline* e sua relação com a *liberdade* acerca da responsabilidade sobre o próprio corpo e sobre o próprio controle de seu direito à vida, apresentamos uma análise das discursividades

percebidas no funcionamento do *dispositivo psiquiátrico*. Para tanto, elegemos três enunciados recortados de três artigos científicos publicados entre 2013 e 2021 por versarem, em comum, a uma regularidade enunciativa das condições de produção, acerca do posicionamento do sujeito *borderline* no interior do *saber psiquiátrico* em relação ao seu posicionamento no *saber jurídico*. Dessa forma, buscamos demonstrar quais os elementos de subjetividade permeiam o sujeito *borderline* no deslocamento entre os regimes psiquiátrico e jurídico.

Fundamentamos o alinhamento das três sequências discursivas por causa da instauração de um lugar multifacetado de constituição histórica do sujeito *borderline* a partir das condições de possibilidades discursivas no processo de objetivação do sujeito tanto no contexto psiquiátrico como no contexto jurídico, uma vez que, de acordo com Foucault (2005a, p. 9-10), ainda em “A verdade e as formas jurídicas”, a análise busca descrever a “Constituição histórica de um sujeito de conhecimento através de um discurso tomado como um conjunto de estratégias que fazem parte das práticas sociais”. Ainda, procuramos descrever as propriedades do discurso clínico e discurso jurídico em paralelo com o percurso trilhado no estudo da sexualidade proposto por Foucault (2011), já que pensamos em entalhes de composição de um *dispositivo psiquiátrico*. Para tanto, seguem os enunciados para seguinte investigação:

*SD 27.* O interesse clínico e jurídico, bem como o fascínio do público em geral por entender por que as pessoas estão envolvidas no crime e outros comportamentos que ofendem, surpreendem, prejudicam ou assustam, continua até os dias atuais. Embora muitas vezes se pense que esse entendimento continua a ser da competência de psiquiatras ou psicólogos com treinamento forense que aplicam habilidades especializadas para avaliar indivíduos que entraram no sistema de justiça criminal ou alegam ter sido injustiçados civilmente, não há proibição específica contra qualquer clínico que forneça experiência dentro do sistema legal. (JOHNSON; ELBOGEN, 2013, p. 204).<sup>36</sup>

*SD 28.* A prática da morte assistida é cada vez mais discutida em um número crescente de países e é considerada cada vez mais como uma opção de último recurso aceitável para aqueles que sofrem de doenças graves e irreversíveis. Embora a legislação de morte assistida seja restrita a pessoas com doença terminal e uma expectativa de vida limitada devido ao distúrbio somático em alguns estados dos EUA e Canadá, morte assistida para pessoas que não estão em estado terminal, como aqueles que sofrem de doença psiquiátrica ou estágio inicial de demência, é legal na Holanda, Bélgica e Luxemburgo. A lei belga sobre a eutanásia estipula requisitos substantivos e processuais que devem ser cumpridos para que a eutanásia seja legalmente realizada. Quanto aos critérios substantivos, o pedido de eutanásia deve ser voluntário, bem ponderado, repetido e não fruto de qualquer pressão externa. (DIERICKX *et al.*, 2017,

---

<sup>36</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Clinical and legal interest, as well as fascination of the general public about understanding why people are involved in crime and other behaviors that offend, astound, harm, or frighten, continues to the present day. Though it is often thought that this understanding remains the province of forensically trained psychiatrists or psychologists applying specialized skills to evaluating individuals who have entered the criminal justice system or claim to have been civilly wronged, there is no specific prohibition against any clinician providing expertise within the legal system.*” (JOHNSON; ELBOGEN, 2013, p. 204).

p. 2).<sup>37</sup>

*SD 29.* Os pacientes que cometeram um crime sob a influência dominante de um transtorno mental devem ter a oportunidade de se submeter a tratamento médico antes de serem punidos como criminosos (Shiina *et al.*, 2017). Essa ideia é sustentada por um conceito de responsabilidade criminal em que a irresponsabilidade não deve trazer punição (Bonnie, 1983). Além disso, do ponto de vista prático, o risco de reincidência desses indivíduos pode ser efetivamente reduzido após o tratamento adequado de saúde mental ser fornecido, desde que seus sintomas psiquiátricos estejam diretamente relacionados aos seus crimes (Peterson *et al.*, 2014). Portanto, a legislação de muitos países estabeleceu um procedimento judicial para o desvio de infratores com transtornos mentais do sistema de justiça criminal para uma esfera de saúde mental forense (Every-Palmer *et al.*, 2014). (SHIINA *et al.*, 2021, p. 1).<sup>38</sup>

Preliminarmente, elaboramos a hipótese de que o sujeito *borderline*, ao se objetivar no saber da medicina ou da justiça, enquadra-se em uma série de inscrições discursivas, em que o *sujeito livre* se relaciona com a construção de um conceito de *liberdade*, enquanto uma verdade normalizadora de condutas, e se divide a partir de duas condições: o *sujeito livre* para decidir sobre a gestão do direito à sua vida e o *sujeito não livre* limitado a obedecer às determinações médicas e jurídicas. Nesse contexto, mobilizamos o texto “A vida dos homens infames”, de Foucault (2009), por interrogar o modo como os sujeitos históricos se relacionam institucionalmente com as práticas sobre si elencadas nas materialidades discursivas em busca de se fazerem existir no escopo político e econômico.

De acordo com Foucault (2009), chamam-se *homens infames* porque vivem em baixo contraste na hierarquia social, nas margens, nos apagamentos da felicidade, da estabilidade ou da sanidade e apenas coexistem com os sujeitos portadores de visibilidade do dizer, relevância do fazer, privilégios de notoriedade e historicamente pertencentes aos lugares de existência. Pensar esse homem improvável em Foucault (2009) é substituir o atravessamento das

---

<sup>37</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The practice of assisted dying is increasingly being discussed in a growing number of countries and is regarded more and more as an acceptable last-resort option for those suffering from severe and irreversible diseases. While assisted dying legislation is restricted to those with terminal illness and a limited life expectancy due to somatic disorder in some US states and Canada assisted dying for people who are not terminally ill, such as those suffering from psychiatric illness or early-stage dementia, is legal in the Netherlands, Belgium, and Luxembourg. The Belgian Act on Euthanasia stipulates substantive and procedural requirements that must be met for euthanasia to be legally performed. As for the substantive criteria, the request for euthanasia must be voluntary, well considered, repeated and not the result of any external pressure.*” (DIERICKX *et al.*, 2017, p. 2).

<sup>38</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Patients who have committed a crime under a dominant influence of a mental disorder should be given an opportunity to undergo medical treatment before being punished as a criminal (Shiina et al., 2017). This idea is supported by a concept of criminal responsibility in which irresponsibility should not bring punishment (Bonnie, 1983). In addition, from a practical point of view, these individuals’ risk of reoffending can be effectively reduced after proper mental health treatment is provided, as far as their psychiatric symptoms are directly related to their crimes (Peterson et al., 2014). Therefore, many countries’ legislation has established a judicial procedure for the diversion of offenders with mental disorders from the criminal justice system to a forensic mental health realm (Every-Palmer et al., 2014).*” (SHIINA *et al.*, 2021, p. 1).

representações sociais mutáveis do sujeito no enunciado e as transformações discursivas por meio do “colocar em evidência” os jogos de poder e as suas respectivas relações com o saber, ao passo que as circunstâncias de raridade de emergência se desfazem nos deslocamentos da determinação da “fama social” ou, de acordo com Foucault (2009, p. 4), “para que algo delas [relações] chegasse até nós, foi, porém necessário que um feixe de luz, ao menos por um instante, as viesse iluminar. Luz essa que lhes vem do exterior”.

Além disso, ainda respaldado em Foucault (2009), é nesse exterior que se encontram as configurações políticas, estratégicas e os efeitos discursivos, uma vez que o discurso reage à menor articulação enunciativa, à mais singela movimentação ou ao mais ordinário componente de engendramento político. A prática da confissão, para ilustrar, figura em um procedimento produtor de efeito de subjetividade aplicado pela força da salvação na Era Clássica, força essa aplicável a todas as conjunturas de sujeitos em uma dada sociedade, vetando, assim, a irregularidade marcada de estabelecimento dos poderes de ordem subjetiva mais ou menos marginalizada. O “sujeito ínfimo”, em suma, constitui-se do que Foucault (2009, p. 14) chama de “ética imanente”, isto é, qualquer forma de linguagem se vale dela mesma para produzir um discurso de “infâmia” do que é dizível, sob a luz, ou indizível, silenciado.

Mediante essa discussão, iniciemos as análises. *Em SD 27*, os transtornos de personalidade são abordados tanto no contexto clínico como no contexto jurídico. Parte da premissa de que as condutas dos sujeitos podem ser avaliadas por diferentes instituições sociais. A psiquiatria forense trata de uma especialização do saber psiquiátrico, o qual objetiva o doente mental avaliando não somente os comportamentos inadequados, mas também os comportamentos capazes de ferir a legislação criminal. Essa concepção da especialidade do saber reitera a transformação histórica do sujeito infame, pois o sujeito *borderline* também sofre deslocamentos nos processos de objetivação decorrentes do discurso clínico. Atentemos a esse princípio.

O *direito à liberdade*, aqui elaborado como um objeto discursivo sempre em relação ao sujeito *borderline* no interior do discurso clínico, pode ser verificado em “[...] habilidades especializadas para avaliar indivíduos que entraram no sistema de justiça criminal ou alegam ter sido injustiçados civilmente, não há proibição específica contra qualquer clínico que forneça experiência dentro do sistema legal” (JOHNSON; ELBOGEN, 2013, p. 204). Observamos a avaliação das condutas do paciente em um acordo mútuo entre sujeito avaliador e sujeito avaliado, ou seja, o sujeito pode ser deslocado do amparo clínico para o amparo do sistema da justiça civil devido à sua transformação histórica, assim como ocorreu com o sujeito “infame”

ao ser institucionalizado como um sujeito historicamente não marginalizado. No entanto, esse deslocamento pode ter a interferência do próprio sujeito julgado se qualificado como ciente dos próprios atos por meio da confissão voluntária, pois o sujeito autor associa sequencialmente os termos “avaliar”, “injustiçados” e “proibição”, respectivamente. Faz-se ver nos enunciados a presença das técnicas normalizadoras da instituição jurídica e, conseqüentemente, faz-se enunciar a operacionalização do processo de “diagnóstico clínico” para o “diagnóstico jurídico”, elementos constitutivos do *dispositivo psiquiátrico* em relação a um *dispositivo jurídico*.

Questionamos quais os paradigmas discursivos instalados na determinação de quais atos são ou não avaliados e enunciados como “injustos” ou “proibidos” nessa linha de subjetivação específica, isto é, nessa conjectura de sintagmas regimentados por sujeitos posicionados diferentemente no discurso clínico e discurso jurídico. Logo, afirmamos que esse enunciado faz emergir o discurso clínico na movimentação histórica de correlação entre o saber clínico e o saber jurídico. Há, assim, a produção legítima de um dizer inferido por condições históricas de produção visíveis na materialidade significativa, em “forneça experiência”, já que a voluntariedade do doente mental na atmosfera médica não se repete na atmosfera jurídica “civilmente”, isto é, o detento não deseja ser encarcerado de maneira voluntária, como defendido no artigo.

Além disso, a menção ao verbo “entraram”, ao descrever o deslocamento do *sujeito patologizado* para *sujeito judicializado*, instaura a objetivação desse sujeito *borderline* ante o aspecto das linhas de subjetivação tornando, assim, visível e enunciável a produção de enunciados de maneira própria em cada um dos saberes clínico ou jurídico. Por último, o sujeito autor ainda elenca termos, como “interesse clínico e jurídico” e, em seguida, “continua até os dias atuais”, para restaurar historicamente uma memória discursiva capaz de consolidar o lugar de emergência dos enunciados seguintes, pois afirmamos que as alegações seguintes se ancoram nas probabilidades de se fazer ver e enunciar sobre os objetos discursivos mencionados. Demonstramos que o dispositivo psiquiátrico mobiliza e relaciona enunciados de diferentes saberes para objetivar o sujeito *borderline* ao longo da história, tratando de organizar o que pode ou não ser dito sobre o indivíduo que cometeu algum ato ilegal.

Já em *SD 28*, o controle sobre a própria gestão do direito à vida se torna mais evidente ao expor a aplicação da eutanásia para pessoas com desordens psiquiátricas ou demência na Bélgica. Em primeiro lugar, a morte assistida almejada pelo sujeito com desordem mental deve ser autorizada pela instituição hospitalar. Logo, necessita da avaliação de um médico psiquiatra,

a fim de atestar o nível de autoconsciência sobre os próprios atos por meio da confissão do requerente em consultório médico ou tribunal de justiça. Instaure-se, no enunciado, uma equivalência de justificativas visíveis e enunciáveis no discurso clínico e discurso jurídico. De um lado, as doenças graves e irreversíveis se enquadram nos critérios de aceitação da administração de eutanásia. De outro, as doenças psiquiátricas exigem uma avaliação específica de uma autoridade por conta da não manifestação orgânica do sofrimento, já que a morte assistida “é considerada cada vez mais como uma opção de último recurso aceitável para aqueles que sofrem de doenças graves e irreversíveis” (DIERICKX *et al.*, 2017, p. 2). Dessa forma, o objetivo do sujeito *borderline* precisa ser legítimo e equiparável ao nível de sofrimento causado pela comorbidade, seja orgânica ou psicossomática, para se deslocar historicamente de uma posição para outra em cada regimento. A liberdade, nesse aspecto, caracteriza-se pela obediência às normatizações de admissão do sujeito *borderline* como sinalizado pela seleção de termos como “restrita”, “vida limitada”, “pressão externa”, entre outros. Caso o paciente não apresente uma justificativa suficiente para se enquadrar em alguma condição exigida pela instituição hospitalar, a morte assistida não pode ocorrer devido a impedimentos judiciais.

Percebemos, nessa descrição, a constituição de um sujeito com desordem mental engendrado por normatizações geradas nos entremeios do saber clínico e do saber jurídico. Se, de um lado, o sujeito com desordem mental não obtém permissão para a morte assistida, como os sujeitos com doenças somáticas e irreversíveis, por outro, o sujeito médico psiquiatra ocupa uma posição de sujeito detentor de um poder sobre a decisão do sujeito com sofrimento psicossomático, ao usar termos como “último recurso”, “requisitos” ou “legalmente”. O entrelaçamento entre esses dois campos do saber denota a coexistência do discurso clínico e do discurso jurídico nos dois âmbitos, à medida que o objeto discursivo *liberdade* denota as condições de possibilidade de o sujeito *borderline* decidir sobre o próprio destino por intermédio de atestados médicos ou aplicação da legislação, tal como em “o pedido de eutanásia deve ser voluntário, bem ponderado e repetido e não fruto de qualquer pressão externa” (DIERICKX *et al.*, 2017, p. 2). Como discutido anteriormente, o sujeito *borderline* apresenta comumente em seu rol de sintomas o sofrimento psíquico e, logo, enquadra-se nesse alinhamento de exame psiquiátrico para conter as intercorrências graves, como o risco de suicídio ou risco letal a outros sujeitos. Enfim, o enunciado visível e o enunciável funcionam, aqui, como uma estratégia do sistema clínico e jurídico adotado pelos sujeitos psiquiatra e juiz, pois os enunciados produzidos no interior desses dois campos do saber prescrevem quais práticas discursivas devem ser elencadas como pertencentes a uma ou outra disciplina,

tensionando as linhas de força para deslocamentos históricos prováveis. O *dispositivo psiquiátrico* desempenha, nesse enunciado, a função de localizar o sujeito no saber clínico sempre em relação com os objetos do discurso, como o direito à liberdade. A liberdade, portanto, atua como um elemento de subjetivação do sujeito médico ou sujeito juiz, se consideramos a relação de poder exercida por aquele que diagnostica e julga e aquele que é diagnosticado e julgado.

Por último, mediante a regularidade de condições de produção entre os dois enunciados anteriores, compreendemos que o direito à vida constitui o *objeto liberdade* deliberado tanto pelo saber médico como, ao mesmo tempo, pelo saber jurídico. Nesse sentido, observamos em *SD 29* a repetibilidade dessa condição de produção/possibilidade. A associação da “responsabilidade criminal” dos sujeitos com transtornos mentais à análise do sujeito psiquiatra determina, conseqüentemente, a execução de “punições”. Nos casos em que o crime se desencadeou por incidentes originados pela influência de transtornos mentais comprovados clinicamente, as punições podem ser reformuladas em comparação ao crime realizado por sujeitos avaliados como sem comorbidades. No trecho “Essa ideia é apoiada por um conceito de responsabilidade criminal em que a irresponsabilidade não deve trazer punição Bonnie (1983)” (SHIINA *et al.*, 2021, p. 1), o sujeito autor mobiliza a citação de Bonnie (1983) para respaldar legalmente as afirmações seguintes. Em seguida, afirma que “o risco de reincidência desses indivíduos pode ser efetivamente reduzido”. Aqui, verificamos uma estratégia discursiva perpassada pelo dispositivo psiquiátrico e dispositivo jurídico na escolha das palavras enunciáveis e dizíveis nessa instituição criminal. Primeiramente, o sujeito autor resgata do saber jurídico a expressão “responsabilidade criminal” e, em seguida, apresenta a constatação “pode ser efetivamente reduzido”, ou seja, pode-se determinar o governo das condutas do sujeito *borderline*, conferindo influência no estabelecimento do diagnóstico médico.

Assim, a oposição “responsabilidade” e “reduzido” funciona como uma tática discursiva de associar os limites entre o agenciamento jurídico e clínico do sujeito, isto é, o controle das práticas criminais incide sobre a dinâmica do saber clínico em ressignificar o termo “responsabilidade” e naturalizá-lo como “involuntário” devido a possíveis diagnósticos clínicos válidos pelas configurações do *dispositivo psiquiátrico*. Esse fator demonstra, novamente, o cruzamento entre o saber psiquiátrico e o saber jurídico quando as condutas dos pacientes podem ser avaliadas de maneiras distintas, a depender da objetivação do sujeito em um ou outro saber. O discurso clínico emerge no enunciado à medida que constitui o sujeito com transtorno mental em uma posição passiva e vulnerável às decisões judiciais. As características subjetivas



surtem a partir dessa instância de “liberdade condicionada a”, isto é, atestamos que se torna livre o sujeito objetivado no conjunto de normatizações dispostas nos enunciados, de modo a deslocar esse sujeito nas posições prováveis em cada discurso.

Propomos, mediante essas análises das sequências discursivas, que o *dispositivo psiquiátrico*, portanto, acarreta essa conjuntura de condições de possibilidade para que os discursos clínicos sejam atravessados nos enunciados e sejam produtores de outros discursos jurídicos em uma rede dos jogos de verdade médica e jurídica, na qual o sujeito se constitui em saberes distintos, mas, ao mesmo tempo, circunscritos em posições antagônicas da instituição hospitalar ou instituição judicial. O *dispositivo psiquiátrico* desenreda, nesse caso, as especificidades de cada saber no processo de objetivação do sujeito *borderline*, ao mobilizar quais enunciados se fazem “ver” e “enunciar” elementos discursivos na estratégia adotada pelo sujeito autor e quais práticas discursivas são passíveis de avaliação ou julgamento. Além disso, ao cartografar esses entalhes do dispositivo psiquiátrico a partir da análise do *corpus*, concordamos que a investigação do *dispositivo psiquiátrico* permite a coexistência de discursos distintos por fazer parte de formações discursivas distintas, clínicas ou jurídicas, mas congruentes às práticas discursivas nesse empreendimento tríplice, que nomeamos como *institucional-clínico-legal*. As regularidades de formalização desse dispositivo psiquiátrico enquadram os elementos de subjetividade do sujeito autor diante da concatenação das relações de poder garantidas e dinamizadas por inferências tanto da psiquiatria, no diagnóstico, como da justiça, no julgamento.

Mediante essas constatações, para efeitos de construção de um procedimento de análise da relação de poder por intermédio da cartografia do *dispositivo psiquiátrico*, Foucault (2011, p. 89) sinaliza a aproximação epistemológica entre a concepção de saber em coexistência ao poder, haja vista que “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares”. Logo, os saberes psiquiátrico e jurídico, mobilizados por uma instituição hospitalar ou prisional, no sentido de compor um esquema multiforme e produtivo, determinam-se pela sua própria disposição funcional do que é dizível ou enunciável no discurso. Ou melhor, observa-se na imanência desses campos do saber a urgência dos efeitos sob condições *táticas* e interdiscursivas, principalmente por serem essas engendradas por um *dispositivo psiquiátrico* que organiza e ordena leis de articulação do poder sempre em oposição às resistências dos sujeitos no ato do acontecimento histórico, tais como a voluntariedade do sujeito *borderline* na prática de confissão. A *descontinuidade histórica* novamente incide sobre os sujeitos, pois a disposição engendradora e associativa dos elementos discursivos desse

dispositivo psiquiátrico restaura as práticas de normalização das estratégias de descrição, avaliação e interdição das condutas dos sujeitos correspondentes à definição de funções disciplinares particulares ao atravessamento dos discursos clínico e jurídico nesse contexto particular.

Além disso, Foucault (2011) apresenta algumas consequências procedimentais, a fim de sustentar uma análise da relação de poder a partir da investigação das linhas de subjetivação de um dispositivo. Passemos à análise dessas indicações estreitamente como constatado nas reflexões anteriores. Ressaltamos, ainda, que não objetivamos comprovar a aplicabilidade das regras elencadas por Foucault (2011), mas sim explorar como os saberes psiquiátrico e jurídico objetivam o sujeito *borderline* na relação entre a normalização da instituição hospitalar e prisional em covalência com a construção de um *dispositivo psiquiátrico*. Dessa forma, observaremos as propriedades elementares da constituição do *dispositivo psiquiátrico* em paridade com as contribuições dos estudos sobre o dispositivo da sexualidade.

Dentre essas constatações, Foucault (2011) sintetiza quatro indicações, as quais convergimos às relações de poder percebidas nas averiguações relacionadas aos três enunciados. Buscamos operacionalizar essas precisões mediante as análises realizadas até este momento. Primeiramente, a *regra da imanência* isola o *dispositivo psiquiátrico* à medida que correlata as leis das condições psiquiátricas ou jurídicas as quais o sujeito *borderline*, tomado como objetos do campo do saber, manifestam-se através de mecanismos disciplinares de controle, seja pelo diagnóstico do psiquiatra, seja pelo julgamento do juiz, para determinação dos tratamentos ou estruturação do direito à vida assegurado pelos discursos clínico e jurídico. Dessa maneira, o *dispositivo psiquiátrico* obedece à regra da imanência de modo a conservar os elementos históricos do discurso clínico incidente sobre a psiquiatria e a justiça no processo de objetivação dos sujeitos com desordens mentais. Caso o sujeito seja diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline*, enquadra-se nas instâncias qualitativas das relações de poder, dominadas pelas autoridades legitimadas por meio de uma verdade construída sobre o corpo do doente, tal como observado no *corpus* a respeito das citações a estudos de cunho criminais.

A segunda, a *regra das variações contínuas*, refere-se às transmutações ocorridas no direcionamento das relações de forças enquanto paradigmas sempre em reconstrução. Isto é, o diagnóstico médico do sujeito *borderline* pode gerar a necessidade de intervenções terapêuticas para conter as condutas inadequadas de acordo com a avaliação clínica. No entanto, se essas condutas se mostram graves o suficiente para atentar sobre a vida do próprio sujeito ou de outros

sujeitos, desloca-se o sujeito *borderline* da ordem psiquiátrica para a ordem jurídica, e uma nova objetivação se instaura de modo descontínuo na história, ou seja, crivado por circunstâncias de emergência singulares, conforme sinalizado no *corpus*, como a prescrição da conduta do juiz ao encaminhar o doente para a responsabilidade hospitalar. A *variedade* do funcionamento do *dispositivo psiquiátrico*, portanto, segue a articulação dos acontecimentos enunciativos, que faz emergir discursos clínicos ou jurídicos dependendo de cada condição de possibilidade do que é visível ou enunciável revelando, assim, a posição do sujeito autor na formalização desse dispositivo.

A terceira, a *regra do duplo condicionamento*, relaciona dois fatores. O primeiro fator media os critérios de individualização do *dispositivo psiquiátrico* baseados na estratégia lógica de todos os seus elementos constitutivos na esteira da medicina e da justiça, respectivamente. O segundo fator abarca o recorte de focos do poder específicos em cada relação subjetiva que se particulariza pela dessemelhança de estratégias locais em cada discurso. Isso implica pensar a necessidade de o sujeito psiquiatra e o sujeito juiz entrarem em comum acordo na decisão da abordagem do sujeito paciente. Por exemplo, no caso da eutanásia, o sujeito com desordens mentais detém direitos sobre a vida somente em casos específicos assegurados tanto pela medicina como pela justiça. Isto posto, as condições de visibilidade e enunciabilidade dos enunciados se firmam pela associação dos sintomas médicos aos crimes jurídicos de modo concomitante e compartilhado nas relações de poder.

Por último, a *regra da polivalência tática dos discursos* condiz em evidenciar o campo heterogêneo das condições de possibilidade de emergência dos discursos e, ao mesmo tempo, permeável, conforme o saber incide sobre suas próprias propriedades dinâmicas, sobretudo na esteira das divisões das séries de resistências dispostas e realocadas. Essas resistências consolidam relações de poder distintas na rede discursiva cartografada pelo *dispositivo psiquiátrico*, já que os discursos de poder, de acordo com Foucault (2011, p. 97), “[...] são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força; podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas”. Nesse caso, o discurso clínico e o discurso jurídico compõem um mesmo jogo estratégico no processo de objetivação do sujeito *borderline*, pois as relações de força incidem sobre o paciente a fim de dividi-lo em posições diferentes na instituição hospitalar em relação ao diagnóstico e as formas de tratamento ou controle sobre a própria vida.

A partir das análises das sequências discursivas, o *dispositivo psiquiátrico*, crivado pela concepção epistemológica da Análise do Discurso Foucaultiana, conduz a demarcação de certos domínios no seio do campo das estratégias médicas e jurídicas, pois não se reduz a compreender uma matriz unívoca e soberana acerca da multiplicidade de relações de poder entre sujeitos psiquiatras e sujeitos juízes. Contudo, afirmamos que esse *dispositivo psiquiátrico* estabelece um corte seletivo envolvendo quais estratégias, dentre a arquitetura de formações discursivas demonstradas nas análises, um objeto se manifesta e valida uma compilação de enunciados produzidos e subscritos por regimes de verdade *clínico-jurídica*. Logo, o *dispositivo psiquiátrico*, por meio do recorte dos enunciados desta tese, caracteriza-se pela sua especificidade de operacionalização no manejo de objetos diversos, tais como “avaliação” ou “leis”, que constituem sujeitos no esteio da elaboração historicamente delineada e sob condições de possibilidades singulares.

Partindo dessas considerações, notamos que o *dispositivo psiquiátrico* se compõe por estabilidades na articulação das estratégias fomentadas pelo saber da medicina e da justiça no crivo tanto da história como do funcionamento das relações de poder entre sujeitos pacientes e sujeitos autoridades. Ou seja, nesse caso, saber e poder não se desvinculam nem operam de modo intermitente no *corpus*, mas, ao contrário, estão sempre em um jogo de equivalências em diferentes redes discursivas que manipulam a aparição de um dado objeto histórico. Além disso, a concepção de sujeito *borderline* devidamente diagnosticado e em tratamento ocupa um lugar privilegiado nas condições de possibilidade de avaliações de condutas julgadas inadequadas, pois atua como premissa para definir a posição de cada sujeito na sociedade, de modo a assegurar microrrelações de poder entre os seus membros e forjar um modelo social influente sobre as práticas discursivas, tais como os enunciados e suas respectivas inscrições no hospital e na prisão. Garante-se, por meio dessas categorizações psiquiátrico-jurídicas, pequenos grupos de sujeitos que convivem entre si e contribuem para a vigilância de si e dos outros. Ademais, ocorre conseqüente manutenção desse formato de agrupamento de sujeitos, já que fortalece o sistema de normatizações, normalizações e, em conseqüência, legítima ou interdita práticas incongruentes.

Nesse sentido, o *dispositivo psiquiátrico* se particulariza a partir do momento em que atinge o corpo doente e o torna sujeito patologizado ou criminalizado por intermédio de tecnologias de controle avaliativas e punitivas, ambas típicas do recorte histórico e do lugar político-social demonstrado no *corpus*. Surge, ainda nessa perspectiva de Foucault (2011), a mobilização de diferentes instituições de poder para manobrar os saberes sobre o transtorno de

personalidade *borderline*. Esse já não se reduz a ser um conjunto de dizeres ocultos ou silenciados, mas torna esses dizeres dizíveis e enunciáveis um objeto de análise de outros campos da ciência instaurando, assim, a institucionalização do saber sobre o *borderline*. Enfim, após as análises realizadas sobre a concepção do *dispositivo psiquiátrico* prescrito pelo processo de cartografia dos discursos clínico e jurídico, no *corpus*, afirmamos que o sujeito *borderline* emerge do crivo estabelecido entre esse dispositivo e os imbricamentos com o dispositivo jurídico, pois demonstramos nos enunciados a existência de diferentes propriedades discursivas provindas de campos do saber próprios e sempre em relação.

Na terceira sessão, aventamos a analisar no *corpus* a constituição do sujeito *borderline* a partir da empreitada procedimental de investigação do que chamamos de *genealogia do sujeito*. Para tanto, iniciamos com a apresentação do posicionamento da arqueologia em relação à genealogia, de modo a assegurar uma rota teórico-metodológica coerente à observação dos elementos de subjetividade presentes nos enunciados. Em seguida, recortamos, em diálogo com as contribuições foucaultianas nos seus estudos sobre os sistemas prisionais, algumas técnicas disciplinares, tais como a *cerca*, a *sansão normalizadora* e o *exame*, para verificar o funcionamento disciplinar na instituição hospitalar. Em seguida, a partir da descrição da tecnologia disciplinar operacionalizada nas sequências discursivas, elencamos os discursos clínico e jurídico para formalizar quais as modalidades enunciativas emergem nos artigos científicos com base na possibilidade de se pensar a constituição do sujeito *borderline* sob o esteio do *dispositivo psiquiátrico* percebido no *corpus*. Portanto, encerramos esta sessão afirmando que conseguimos mostrar pelas análises como as relações entre saber e poder são fundamentais à objetivação do sujeito *borderline*. Direcionamos, dessa forma, o desenvolvimento desta tese para o âmbito do *processo de subjetivação* do sujeito *borderline* na quarta sessão.

## 4 SUBJETIVAÇÃO DO SUJEITO *BORDERLINE*

### 4.1 Processo de subjetivação

A apresentação do terreno da arqueologia e a posterior discussão da genealogia realizada nas sessões anteriores fundamentam e viabilizam a execução de uma análise do sujeito *borderline*, pois as noções de saber e poder são suficientes para pensarmos sobre quais elementos de subjetividade, enquanto instância de subjetivação, podem ser investigados e descritos a partir das discursividades elencadas no exame dos enunciados. Além disso, por intermédio da análise das relações de saber-poder, formalizamos as condições de possibilidade da constituição do sujeito *borderline* por meio do olhar do médico manifestado nos artigos.

Portanto, nesta sessão, objetivamos nos valer dessas averiguações, a fim de formular um percurso epistemológico de análise do sujeito *borderline* baseado em alguns critérios preestabelecidos. Os parâmetros de recorte do *corpus* foram definidos pautados em quatro condições de possibilidade: estratégias da aliança fixadas entre sujeito médico e sujeito paciente; estudos de casos de sujeitos pacientes durante consultas psiquiátricas; fatores culturais de prevalência do transtorno de personalidade *borderline*; e os impactos socioculturais da quarentena de prevenção contra o contágio da covid-19 e do distanciamento social, sobre o sujeito com transtorno de personalidade.

Para tanto, retomamos alguns textos pontuais da obra foucaultiana para construir um preâmbulo do procedimento metodológico adotado nesta sessão. Almejamos apresentar um recorte do percurso desse pensador e fomentar a exequibilidade de uma posterior análise do sujeito *borderline* inserido no primeiro critério gerador, *a aliança médico-paciente*. A princípio, Foucault (2004) pontua brevemente algumas considerações sobre a relação entre o seu estudo acerca da história da sexualidade e a aproximação à perspectiva psicanalítica do legado de Freud quando esse investigou o fenômeno da *histeria*. Segundo o psicanalista, a histeria se percebia naquela conjuntura histórica específica, uma espécie de desvinculação entre a constituição do indivíduo em sujeito e a consciência plena de sua própria existência enquanto um sujeito histórico. Nesse sentido, aponta Foucault (2006b):

Um histórico é aquele que está a tal ponto seduzido pela existência dos sintomas mais bem especificados e mais bem precisados – precisamente os sintomas que as doenças orgânicas lhe apresentam –, que ele os faz seus. O histórico se constitui como brasão de verdadeiras doenças, se constitui plasticamente como o lugar e o corpo portador de sintomas verdadeiros. (FOUCAULT, 2006b, p. 324).

A psicanálise, nessa perspectiva, buscou evidenciar esse desconhecimento do sujeito de sua singular existência, pois desloca-se da posição de sujeito doente para sujeito histórico mediante a inadequação de suas práticas aos preceitos estabelecidos pela coletividade, especialmente, nesse caso, a despeito do controle de seus desejos instintivos, ou melhor, de seus desejos sexuais. Freud tentou, em suas reflexões teóricas, examinar como esses sujeitos desobedientes se inseriam em um rol de diagnósticos possíveis, a fim de não excluir esse histórico, mas, ao contrário, de situá-lo em um dado campo divisível do saber médico. Para esta tese, consideramos pertinente apresentar o estudo de Birdman (2005), em que apresenta uma reflexão sobre os pontos de confluência e convergência entre Freud e Foucault:

Sobre a filosofia do sujeito: Neste percurso crítico em relação à psicanálise, no qual o questionamento foi fracamente dominante em relação ao louvor, foi sempre o frequente distanciamento e o seu correlato, qual seja, a fugaz aproximação o que estava sempre em questão entre o sujeito filosófico de Foucault e o discurso psicanalítico. O único ponto de encontro efetivo entre ambos foi a constituição por esta do conceito de inconsciente e o lugar destacado conferido à linguagem, que teriam finalmente retirados os registros do eu e da consciência da posição fundamental que ocupavam no psiquismo desde a filosofia de Descartes, indicando assim a existência do descentramento do sujeito. Era esse o ponto efetivo de convergência entre Foucault e a psicanálise. (BIRDMAN, 2005, p. 108).

Nesse sentido, Foucault (2004, p. 58) sinaliza, em consonância às constatações metodológicas freudianas, a existência do que ele chama de *fenômeno de supersaber*, isto é, “[...] um saber de qualquer forma excessivo, um saber ampliado, um saber ao mesmo tempo intenso e extenso da sexualidade, não no plano individual, mas no plano cultural, no plano social, em formas teóricas ou simplificadas”. Isso significa que a concepção de *supersaber* concernente a um escopo de elementos discursivos ordenados e organizados incide acerca do modo como o sujeito doente se percebe em sua relação ao sujeito médico, pois a formulação das concepções de discursos emergentes da área da sexualidade varia conforme o seu lugar inerente ao recorte sócio-histórico. Para elucidação, o pensador francês menciona a empreitada de Freud ao verificar a presença de práticas sexuais em todas as idades dos sujeitos, no entanto, por vezes silenciadas ou proibidas por instituições sociais, como as providas da religião ou da ciência.

Dessa forma, ainda de acordo com Foucault (2004), a partir do século XIX, a consolidação da psiquiatria, enquanto uma subdivisão da medicina, gerou novos motes de articulação das instâncias de definição, observação e qualificação das doenças mentais. Ainda, as perversões sexuais dos séculos anteriores, antes consideradas como um rompimento das normalizações, começaram a se amparar em aspectos científicos desde os Oitocentos.

Gradativamente, esse caráter científico da medicina tomou a objetivação da sexualidade, de modo geral, como constituída por um conjunto de dizeres antes proibidos, mas agora passíveis e necessários de ser produzidos em razão da materialização dos desejos sexuais por meio da linguagem. Esses, por meio da confissão, autenticam a elaboração de discursos sexuais à medida que modificam a disposição das práticas discursivas, especialmente em dadas instituições de controle de condutas, tais como o advento histórico das heranças do Cristianismo sobre a configuração da família. Se considerarmos a sexualidade como um objeto das relações discursivas, convalidamos a existência de elementos de subjetividade determinantes da função subjetiva, visto que:

As relações discursivas oferecem o objeto de que se pode falar, determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para falar do objeto. Do mesmo modo, aparece aí a dispersão do sujeito, nos seus diversos *status*, lugares e posições de onde fala. Elas caracterizam não a língua, nem as circunstâncias do discurso, mas o próprio discurso enquanto prática. (FERNANDES, 2012, p. 31).

Diante desse pressuposto da emergência de um “objeto de que se pode falar”, por conseguinte, ainda em “Sexualidade e poder”, restauram-se novas modalidades de exercício do poder inseridas nessa “dispersão do sujeito”, em que o exercício do poder é dinâmico e adaptativo aos interesses de certos grupos sociais e de certas posições de sujeitos. Para ilustrar, Foucault (2004) apresenta o seu estudo remetente ao poder pastoral, que exporemos pontualmente para legitimar as análises seguintes do *corpus*. Esse poder engendra a colocação de sujeitos dominadores e condutores, os pastores, e os sujeitos dominados e submissos, os filiados à religião.

Tem-se, aqui, uma dupla coexistência: se, de um lado, o pastor se vincula a um saber religioso e, ao mesmo tempo, político para exercer o poder sobre os adeptos, por outro, esse pastor legitima o seu discurso em nome de Deus, no caso do Cristianismo do século XIX. Nessa esteira e diante das conclusões anteriores, o sujeito *borderline* se inscreve na instituição hospitalar psiquiátrica através da justificativa de que o sujeito psiquiatra assegura não somente o direito à vida do paciente, mas também a qualidade dessa vida por meio da condição de remissão dos sintomas em uma associação entre comportamentos e julgamentos desses comportamentos como aceitáveis ou não pela medicina ou pela justiça, por exemplo.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que, de acordo com Foucault (2004, p. 68), “o poder do pastor consiste precisamente na sua autoridade para obrigar as pessoas a fazerem tudo o que for preciso para a sua salvação: salvação obrigatória”. Logo, a premissa da obrigação endereçada ao sujeito *borderline* em controlar não somente as suas condutas, mas as condutas



do outro em nome da psiquiatria, revela, em concordância com nossas análises até este ponto, um mecanismo de vigilância constante e efetiva para conservar o sujeito dócil e obediente. Esse sujeito, tanto no interior de sua individualidade quanto na sua participação em um sistema coletivo hierarquicamente organizado, constituído, de um lado, pelos psiquiatras, e, do outro, pelos pacientes.

Para tanto, ainda nesse texto, as técnicas devem ser desenvolvidas para garantir o controle desses fiéis. A *confissão* é a principal delas, por compor material de sustentação de uma dada verdade pessoal e religiosa, uma vez que, segundo Foucault (2004, p. 70), “A verdade, a produção da verdade interior, a produção da verdade subjetiva é um elemento fundamental no exercício do pastor”, pois indica o consentimento do próprio sujeito “perverso”, no sentido psicanalítico, a respeito de sua conduta inadequada. Em contrapartida, essa premissa se aplica ao contexto clínico. A confissão se materializa na prática do exame médico quando o sujeito *borderline* deve “confessar” as suas condutas, sejam adequadas ou não, e o sujeito psiquiatra deve avaliar a confissão e designar um diagnóstico.

A prática de confessar, seja em uma consulta ou em um tribunal, e, em seguida, o registro e a documentação do dizer do doente mental, consolidam aos detentores de poder a autorização para qualificar a conduta do sujeito. Consequentemente, determinam as medidas interventivas cabíveis para aquela atitude imprópria por intermédio de instrumentos de controle disciplinar, como apresentado anteriormente, a vigilância, a punição, o isolamento ou a interposição sobre o comportamento no hospital, uma vez que, referente à confissão no início do século XVII, sumariza-se:

[Trata-se, dessa forma, de um] momento importante este em que uma sociedade emprestou palavras, torneios e frases, rituais de linguagem à massa anônima de pessoas para que pudessem falar de si mesmas – falar delas publicamente e sob a tripla condição de que esse discurso fosse dirigido e posto em circulação em um dispositivo de poder bem definido, que fizesse aparecer o fundo até então apenas perceptível das existências, e que a partir dessa guerra ínfima das paixões e dos interesses ele desse ao poder a possibilidade de uma intervenção soberana. (FOUCAULT, 2009, p. 219).

Nessa perspectiva, para que o poder soberano pudesse ser exercido, foi necessário desenvolver técnicas de controle, como a confissão, visando garantir a obediência dos sujeitos por meio de um dado dispositivo assente a um campo do saber totalitário. Ao confessar, o sujeito produz enunciados sobre si mesmo, e esses enunciados servem de provas contra si mesmo; consequentemente, o exercício de poder se pauta nessas provas para deliberar sanções disciplinares cabíveis. Apreendemos, com isso, que o exercício do poder do sujeito psiquiatra sobre o sujeito *borderline* maneja a forma como os enunciados são produzidos acerca das

materialidades e atribui aos sujeitos posicionamentos relativamente estáveis no fio do discurso clínico ao dispor a articulação de jogos de efeitos de verdade, conforme interesses político-econômicos da instituição hospitalar.

Assim sendo, a verdade subjetiva do poder pastoral se configura como uma equivalência entre os textos sagrados e os textos psiquiátricos, pois ambos constroem uma verdade de “salvação” ou de “cura” por meio da confissão no ambiente religioso ou clínico. O cristianismo e a psiquiatria compõem dois campos do saber, que, concomitantemente, articulam os discursos historicamente demarcados para estipular como as relações de poder são determinadas aos sujeitos inscritos naquela produção de verdades. Ainda sobre o poder pastoral, constata-se, então, que:

Em outras palavras, é pela constituição de uma subjetividade, de uma consciência de si perpetuamente alertada sobre suas próprias fraquezas, suas próprias tentações, sua própria carne, é pela constituição dessa subjetividade que o Cristianismo conseguiu fazer funcionar essa moral, no fundo mediana, comum, relativamente pouco interessante, entre o ascetismo e a sociedade civil. (FOUCAULT, 2004, p. 71).

Logo, a concepção de *subjetividade* enquanto elemento discursivo fomenta a manifestação de elementos estéticos engrenados em esquemas de *subjetivação* sobre o corpo do sujeito. Além disso, segmenta as diretrizes da instituição religiosa ao reiterar o funcionamento de, ainda em concordância com o mote de Foucault (2004, p. 72), “[...] um mecanismo de poder e de controle, que era ao mesmo tempo um mecanismo de saber, de saber dos indivíduos, de saber sobre os indivíduos, mas também de saber dos indivíduos sobre eles próprios e em relação a eles próprios”. Dessa forma, o sujeito *borderline*, como visto, possui controle sobre si mesmo estritamente sob a autorização de um psiquiatra ou jurista, pois as relações de poder estipulam um lugar privilegiado aos profissionais da saúde em relação aos pacientes no interior da instituição hospitalar. Reafirmamos, diante dessa conclusão, que tal relação de poder apenas pode ser atestada pela estruturação de sistemas disciplinares e técnicas de controle dos indivíduos. Nesse sentido, acionamos a constatação de Prado Filho (2005) para pensar sobre uma possibilidade de articulação entre o *saber*, o *poder* e a *subjetividade*, perspectiva essa adotada nesta tese:

Quando afirmo que se encontra uma problematização da subjetividade no centro do pensamento de Michel Foucault quero dizer que existe um imbricamento metodológico central para se operar ou entrar no seu pensamento: aquilo que poderíamos chamar de eixo saber/poder/subjetividade. Equivale a dizer que suas análises históricas circulam em torno da relação saber x poder x subjetividade, onde saber e poder são sempre da ordem da produção, são maquinarias sociais, são

processos políticos, são relações, e a subjetividade é sempre da ordem dos efeitos, é o ponto de chegada e não de partida. A questão para ele é entender como saber e poder se sustentam reciprocamente, como a incitação recíproca entre saber e poder produz efeitos de subjetividade em sujeitos. (PRADO FILHO, 2005, p. 42).

Por isso, trazemos para as análises seguintes esse construto teórico-metodológico, visando alinhar o procedimento investigativo e permeando a conjectura saber-poder enquanto produtor e a subjetividade enquanto efeito de discurso. Nesse contexto, vejamos as contribuições de mais uma obra do autor francês nessa perspectiva. O diálogo entre Foucault (2006a) e alguns estudantes de Los Angeles foi publicado como capítulo da compilação *Ditos e Escritos IV*, intitulado “Diálogo sobre o poder”, o qual responde sobre problemáticas das análises discursivas, especificamente o espectro da arqueologia do saber em consonância à genealogia do poder. Assim, discutiremos de forma seletiva sobre os temas pertinentes ao desenvolvimento da concepção de *subjetivação* para fundamentar uma conjuntura de exame da *aliança médico-paciente*.

Nesse contexto, acionamos o estudo de Fonseca (2003) para ponderar as análises seguintes sobre as concepções de *objetivação* em relação à *subjetivação* como formas de constituição do indivíduo moderno em sujeito. Segundo o autor, por prática de *objetivação*, entendemos ser a abordagem do sujeito moderno como objeto suscetível a designar o estatuto de “sujeito a”, ou seja, um indivíduo suscetível à *sujeição*, por exemplo, por medidas de controle e disciplina de cunho históricas, socioeconômicas ou políticas, no contexto da modernidade. Já por prática de *subjetivação*, compreendemos o indivíduo que se constitui em sujeito conforme percebe a própria existência no coletivo e consegue, portanto, atribuir estetizações à própria identidade no correspondente às fronteiras entre a “visão de si” em relação à “visão de si sobre o outro”. Logo, o sujeito sempre pressupõe um processo de *sujeição*, pois, ocupa uma posição no discurso, a qual está “sujeita a” se deslocar e ocupar posições distintas. *Processo de subjetivação*, logo, trata-se de o sujeito conduzir as suas práticas sob determinadas condições de possibilidade e isso implica em produzir efeitos de subjetividade inerentes ao governo das próprias condutas em um dado lugar sociocultural. Portanto, todo sujeito está “sujeito a” e, além disso, pode estar sujeito não somente nas relações de si com o outro, mas também nas relações de si consigo mesmo. Se a *objetivação* se remete à emergência de objetos no discurso, a *subjetivação* se remete à emergência de sujeitos enquanto objetos criados pelo governo de condutas.

Além do mais, o sujeito constituído pelo processo de *subjetivação* reitera, portanto, o reconhecimento de sua posição no discurso em consonância com o espectro das relações de

poder. No entanto, em conformidade às nossas análises realizadas, não reduzimos o sujeito ao empreendimento imanente e fruto das relações de poder, mas, ao contrário, verificamos esse sujeito sendo constituído nos entremeios das linhas históricas mais ou menos estabilizadas em um determinado lugar social composto por engendramento de relações de forças. Ou melhor, assevera Fonseca (2003, p. 33), “não se trata de analisar o poder do ponto de vista de sua racionalidade interna, mas de pensar nas relações de poder a partir do confronto das estratégias de poder/resistência”.

A cultura desempenha um papel importante nesse jogo de “poder/resistência”, pois se trata de um subsídio capaz de estabilizar certas práticas em um determinado período e, conseqüentemente, conserva, mesmo que historicamente temporário, os elementos de subjetivação estancados em uma organização do saber circulante e regido por essas estratégias de poder. Considerando que, ante essa problemática, de acordo com Fonseca (2003, p. 35), “o poder em si não existiria, mas sim feixes de relações de poder, de relações de força”, em termos metodológicos, os sujeitos precisam estar sempre em relação como condição *a priori*.

Isto posto, intentamos em esquadrihar a relação entre o sujeito psiquiatra e o sujeito *borderline* inseridos na instituição hospitalar. Dessa vez, com o objetivo de figurar quais são as condições de possibilidade de emergência dos elementos de subjetividade pertinentes a pensar uma constituição genealógica do sujeito instaurada no *corpus*, não buscando levantar as instâncias da *objetivação*, mas da *subjetivação* no estabelecimento da *aliança médico-paciente*. Buscamos definir o modo como a relação entre médico-paciente condiciona os processos de subjetivação emergente da relação de poder corroborada por singularidades transmutáveis dos enunciados inerentes ao sujeito *borderline* ao longo da história.

Sendo assim, pretendemos demonstrar as propriedades dessa singularização do sujeito mediante o lugar de contingência no discurso clínico. Para essa finalidade, listamos três sequências discursivas provindas de três artigos científicos disponibilizados entre os anos de 1990 e 2019. Poderemos observar as transformações históricas dos objetos e, portanto, dos processos de subjetivação a partir da análise dos elementos de subjetividades presentes no *corpus*. Justificamos a escolha dessas sequências por descreverem restritamente o paradigma pragmático da relação entre sujeito médico e sujeito *borderline* pautado na concepção de *aliança médico-paciente*. Por último, estruturamos as análises com base nas constatações das sessões anteriores e no avanço das observações. Seguem os enunciados para seguinte exame:

*SD 30.* Pacientes com TPB geralmente operam nas margens do que o médico primário pode tolerar em termos de alianças tênues, incomuns ou intensas. É difícil, mas

importante tentar envolver esses pacientes em uma aliança sólida e duradoura entre médico e paciente. Pacientes limítrofes podem ser especialmente impulsivos e evasivos na maneira como informam ao médico os principais aspectos de sua psicopatologia. [...] Pacientes com TPB podem se beneficiar especialmente de uma aliança que evita extremos de disponibilidade constante ou definição de limites rígidos. Oferecer a um paciente limítrofe a oportunidade de trabalhar em direção a uma aliança realista certamente será um desafio tanto para o médico quanto para o paciente (é possível que os pacientes limítrofes aprendam com essa oferta, mesmo que a recusem); não oferecer pode afetar adversamente qualquer outro tratamento que o médico principal tente oferecer. (NOWLIS, 1990, p. 332).<sup>39</sup>

*SD 31.* Pacientes com transtorno de personalidade limítrofe têm dificuldade em desenvolver e manter relacionamentos de confiança. Essa questão pode ser um foco de tratamento, bem como uma barreira significativa para o desenvolvimento da aliança de tratamento necessária para levar a cabo o plano de tratamento. Portanto, o psiquiatra deve prestar atenção especial em verificar se o paciente concorda e aceita o plano de tratamento; adesão ou acordo não pode ser assumido. Os acordos devem ser explícitos. O primeiro aspecto da construção de alianças, referido anteriormente como “estabelecimento de contrato”, é o estabelecimento de um acordo sobre as respectivas funções e responsabilidades e objetivos de tratamento. O próximo aspecto da construção de alianças é encorajar os pacientes a se envolverem ativamente no tratamento, tanto em suas tarefas (por exemplo, monitorar os efeitos da medicação ou observar e refletir sobre seus sentimentos) quanto no relacionamento (por exemplo, revelar reações ou desejos ao clínico). Isso pode ser conseguido focalizando a atenção em se o paciente 1) entende e aceita o que o psiquiatra diz e 2) parece se sentir compreendido e aceito pelo psiquiatra. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 15).<sup>40</sup>

*SD 32.* Quando os psiquiatras exortam os neurologistas a dedicar mais tempo às consultas com pessoas com TPB, eles podem perceber que há um mal-entendido sobre os desafios enfrentados em sua prática. No entanto, Stone nos encoraja a refletir que os neurocirurgiões não alocam os mesmos intervalos de tempo para a remoção do tumor hipofisário como para as descompressões do túnel do carpo. Na mesma linha, avaliações iniciais mais longas para pessoas com TPB e problemas neurológicos funcionais complexos provavelmente valerão a pena a longo prazo, pois a confiança é construída mais facilmente com menos restrição de tempo. Por exemplo, alguns pacientes com TPB podem considerar aspectos do exame neurológico ameaçadores ou intrusivos, dependendo em parte de experiências traumáticas anteriores. Ser

---

<sup>39</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Patients with BPD often operate at the fringes of what the primary physician can tolerate in terms of tenuous, unusual, or intense alliances. It is difficult but important to attempt to engage such patients in a sound and lasting physician-patient alliance. Borderline patients can be especially impulsive and elusive in how they let their physician know about key aspects of their psychopathology. [...] Patients with BPD may especially benefit from an alliance that avoids extremes of constant availability or harsh limit setting. Offering the opportunity to a borderline patient to work toward a realistic alliance is bound to be challenging to both physician and patient (it is possible for borderline patients to learn from such an offer even should they refuse it); not offering may adversely affect any other treatment the primary physician attempts to provide.*” (NOWLIS, 1990, p. 332).

<sup>40</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Patients with Borderline Personality Disorder have difficulty developing and sustaining trusting relationships. This issue may be a focus of treatment as well as a significant barrier to the development of the treatment alliance necessary to carry out the treatment plan. Therefore, the psychiatrist should pay particular attention to ascertaining that the patient agrees with and accepts the treatment plan; adherence or agreement cannot be assumed. Agreements should be explicit. The first aspect of alliance building, referred to earlier as ‘contract setting’, is establishing an agreement about respective roles and responsibilities and treatment goals. The next aspect of alliance building is to encourage patients to be actively engaged in the treatment, both in their tasks (e.g., monitoring medication effects or noting and reflecting on their feelings) and in the relationship (e.g., disclosing reactions or wishes to the clinician). This can be accomplished by focusing attention on whether the patient 1) understands and accepts what the psychiatrist says and 2) seems to feel understood and accepted by the psychiatrist.*” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 15).

particularmente claro sobre o processo e o propósito do exame, embora mais demorado, provavelmente ajudará os pacientes a se sentirem seguros e reduzirá a probabilidade de interpretarem mal a situação. Na medida do possível, cumprir as consultas agendadas e planejar o acompanhamento é particularmente pertinente nesse grupo de pacientes. A confiança que o neurologista pode ter trabalhado muito para ganhar provavelmente precisará de autenticação contínua. Para pacientes com TPB e convulsões dissociativas (não epiléticas), por exemplo, é aconselhável continuar vendo o paciente em intervalos programados (mesmo que esparsos) uma vez que o diagnóstico tenha sido feito. Isso evita que o recebimento de atenção médica seja condicionado ao aumento de comportamentos de doenças. Além disso, após o estabelecimento de uma aliança terapêutica, as altas devem ser planejadas e gradativamente faseadas, na medida do possível. Pessoas com TPB são tipicamente altamente sensíveis à rejeição percebida, que pode desencadear descompensação e busca frenética de ajuda em outro lugar, se isso não for cuidadosamente gerenciado. Como tal, um planejamento cuidadoso ajudará tanto o paciente quanto o serviço de saúde como um todo. (HALL; MORAN, 2019, p. 489).<sup>41</sup>

Em primeiro lugar, o enunciado *SD 30* descreve a perspectiva histórica das experiências vivenciadas pelos psiquiatras no atendimento aos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* no ano de 1990 ainda sob o amparo do DSM-4 que, como observamos, tratou o transtorno enquanto uma limitação entre a psicose e a neurose e não como uma síndrome patologizada no DSM-5. Observemos o recorte “Pacientes com TPB geralmente operam nas margens do que o médico primário pode tolerar em termos de alianças tênues, incomuns e intensas” (NOWLIS, 1990, p. 332). Aqui, a relação de aliança parte das expectativas do sujeito psiquiatra diante da situação adversa do sujeito paciente em apresentar comportamentos inadequados e resistentes ao diagnóstico, porque as práticas “tênuas”, “incomuns” ou “intensas” dificultam os procedimentos padrões da instituição hospitalar adotados nos “termos de alianças” tolerados.

No trecho “É difícil, mas importante tentar envolver esses pacientes em uma aliança sólida e duradoura entre médico e paciente” (NOWLIS, 1990, p. 332), o sujeito autor utiliza o

---

<sup>41</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “When psychiatrists urge neurologists to take more time in consultation with people with BPD, neurologists may then there is misunderstanding of the challenges faced in their practice. Nevertheless, Stone encourages us to reflect those neurosurgeons do not allocate the same time slots for pituitary tumour removals as for carpal tunnel decompressions. In a similar vein, longer initial assessments for people with BPD and complex functional neurological problems are likely to be worthwhile in the long term, as trust is built more easily with less time constraint. For example, some patients with BPD may find aspects of the neurological examination threatening or intrusive, depending in part on previous traumatic experiences. Being particularly clear about the process and purpose of the examination, though more time-consuming, is likely to help patients to feel safe and reduce the likelihood of them misconstruing the situation. In so far as possible, sticking to scheduled appointments and planning follow-up is particularly pertinent in this patient group. The trust which the neurologist may have worked hard to gain is likely to need continued authentication. For patients with BPD and dissociative (non-epileptic) seizures, for example, it is advisable to continue seeing the patient at scheduled intervals (even if sparse) once the diagnosis has been made. This prevents the receipt of medical attention becoming conditional on escalating illness behaviours. Moreover, after the establishment of a therapeutic alliance, discharges should be planned and gradually phased insofar as possible. People with BPD are characteristically highly sensitive to perceived rejection which may trigger decompensation and frantic help-seeking elsewhere if this is not thoughtfully managed. As such, careful planning will help both the patient and the health service as a whole.” (HALL; MORAN, 2019, p. 489).

verbo “tentar” para se referir ao envolvimento dos sujeitos pacientes. A escolha dessa palavra parte do pressuposto de que o ato de “envolver esses pacientes” nem sempre conta com a anuência do sujeito médico e sujeito paciente, ou seja, a característica “é difícil” se refere ao compartilhamento concomitante de ambos os sujeitos da mesma normalização “sólida e duradoura” da aliança. Revela-se, assim, um posicionamento do sujeito médico em uma relação de poder a qual coloca o sujeito paciente em posição passiva e dependente da conduta do sujeito médico sobre a situação. Além disso, a estrutura disciplinar da aliança também é descrita em “é possível que os pacientes limítrofes aprendam com essa oferta, mesmo que a recusem” (NOWLIS, 1990, p. 332), em que a escolha da palavra “oferta” presume voluntariedade de ingresso no tratamento e o verbo “recusem” confirma a liberdade em romper a aliança. Assim, o sujeito médico detém liberdade para adaptar a sua abordagem clínica à individualidade do sujeito *borderline*, no entanto, o sujeito *borderline* também possui uma contrapartida a essa abordagem clínica ao ser possível resistir, ou melhor, recusar a avaliação do sujeito médico. Recusar, portanto, trata-se de uma conduta legítima da maneira como o sujeito *borderline* avalia a sua própria postura na relação de poder com o sujeito médico. Quanto a isto, ocorre um processo de subjetivação do controle sobre os próprios atos.

Em suma, os elementos de subjetivação descritos servem de materialidade para demarcar o lugar do sujeito *borderline* crivado pelos seus sintomas “impulsivos” e “evasivos”, o passo que o sujeito psiquiatra se inscreve em uma ordem de “tolerância” desses sintomas na determinação da aliança “sólida e duradoura”. Isso significa que a relação de aliança disposta no enunciado contém elementos de subjetividade ancorados por escolhas lexicais específicas e suscetíveis a enquadrar os sujeitos em dadas relações de poder qualificadas pelo sujeito autor como “tênuas, incomuns ou intensas” ou, ainda, “realista”. Mediante essa conjuntura, o sujeito *borderline* se define por uma posição no discurso clínico condicionada pelas normatizações do atendimento, também passiva e submissa, pois depende da avaliação comportamental do sujeito psiquiatra para ser aceito na aliança. Verificamos um posicionamento hierárquico entre os sujeitos firmado na relação de poder a partir de circunstâncias acordadas entre a comunidade médica em relação a variabilidade de sintomas dos pacientes em atendimento.

Já em *SD 31*, apresenta-se uma descrição das condições de produção dos enunciados específicas para a adequada relação entre sujeito médico e sujeito paciente no estabelecimento de um tratamento “coerente” e “eficaz”. Importante ressaltar que esse enunciado é recortado de um material intitulado *Diretriz Prática para o Tratamento de Pacientes com Transtorno de*

*Personalidade Borderline*,<sup>42</sup> produzido pela American Psychiatric Association (2010), o qual prescreve uma série de normatizações institucionais, morais e éticas vigentes na atualidade histórica do saber da medicina. O enunciado elucida que o sujeito psiquiatra desempenha o papel de não somente aceitar o sujeito paciente, como também de considerar a hipótese de que o sujeito paciente aceitará ou não a avaliação e a indicação do tratamento. Propomos a premissa de que ocorre uma transformação histórica do objeto *relação de aliança*, em relação à *SD 30*, à medida que o sujeito médico sofre o processo de subjetivação não mais nos domínios sobre o sujeito *borderline*, mas no domínio composto pela integração de possíveis resistências. Ressaltamos que buscamos pensar, nesse enunciado, as condições de possibilidade de constituição dos objetos do discurso clínico, como a “liberdade” ou a “aliança”, no jogo de resistências subjetivas.

Essas resistências são tratadas pelo sujeito autor como “dificuldade em desenvolver e manter relacionamentos de confiança” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, p. 15). A escolha da palavra “dificuldade” para qualificar a má gestão das relações com o sujeito paciente revela a existência de uma oposição, a “facilidade”. Logo, essas três situações descritas situam os sujeitos em um lugar de variação das posições no discurso clínico provindas de uma “relação ideal”, isto é, a relação entre os sujeitos se torna “fácil”, como aponta o sujeito autor, se o “relacionamento de confiança” for conservado. Além disso, se objetivamos o elemento “confiança” no interior da relação entre os sujeitos, obtemos como instâncias de subjetivação a delimitação de condutas esperadas nesse processo de aliança, como os termos “foco” e “desenvolvimento” ou as expressões “prestar atenção”, “concorda e aceita” e “adesão ou acordo”. A escolha dessas palavras indica a demarcação da postura esperada em uma relação para que seja qualificada como “fácil” ou “difícil”, já que o sujeito autor se remete às “responsabilidades” de cada participante da relação de aliança.

Nesse sentido, se tomamos essa *relação de aliança* enquanto um objeto do saber psiquiátrico, também observamos na sequência discursiva o processo de *subjetivação* do sujeito *borderline* ao ocupar uma posição no discurso clínico inerte na concepção do sujeito psiquiatra. De outra maneira, a autonomia do paciente em conduzir as suas condutas, qualificadas como “fáceis” ou “difíceis”, sofre intervenções do saber médico ao situar essa aliança em um conjunto de possibilidades de acordos mútuos ideais, tais como “foco de tratamento”, “plano de tratamento”, “estabelecimento de contrato” e “objetivos de tratamento”. Por outro lado, além

---

<sup>42</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*.



dessa convenção instalada na relação de poder, interferências como “encorajar os pacientes”, “entende e aceita o que o psiquiatra diz” e “parece se sentir compreendido e aceito pelo psiquiatra” denotam as atribuições necessárias para que cada sujeito ocupe a sua posição congruente na aliança. Essas atribuições convalidam os elementos de subjetivação no sentido de cada sujeito se enxergar na relação, ou melhor, se perceber como integrante dessa relação, como afirma o sujeito autor ao utilizar as expressões “se envolverem ativamente”, “focalizando a atenção em se o paciente”, “refletir sobre seus sentimentos” e “revelar reações ou desejos ao clínico”.

Por último, ocorre mais uma transformação histórica do objeto *relação de aliança* em *SD 32* em oposição às sequências discursivas anteriores. Analisemos dois recortes, sendo o primeiro “Quando os psiquiatras exortam os neurologistas a dedicar mais tempo às consultas com pessoas com TPB, eles podem perceber que há um mal-entendido sobre os desafios enfrentados em sua prática” (HALL; MORAN, 2019, p. 489), e o segundo “[...] provavelmente valerão a pena a longo prazo, pois a confiança é construída mais facilmente com menos restrição de tempo” (HALL; MORAN, 2019, p. 489). O ponto inicial dessa transformação se firma pelo compartilhamento do exercício do poder dos sujeitos psiquiatra e sujeito neurologista sobre o *borderline* objetivado. Em primeiro lugar, essa subjetivação acarreta o deslocamento da abordagem do saber psiquiátrico para a abordagem do saber neurológico. Ocorre, aqui, uma equiparação entre os dois profissionais da saúde à medida que a “confiança”, e sua relação com o “tempo”, torna-se o objeto do saber da medicina. Assim, as fronteiras existentes entre a medicina e a justiça, como analisadas anteriormente, deixam de ser sucessivas para, no caso da psiquiatria e neurologia, verterem-se em covalentes. Essa covalência reproduz as alterações históricas desencadeadas nos tratamentos psiquiátricos para os tratamentos neurológicos. O enunciado demonstra, como estratégia discursiva dos sujeitos, que a abordagem breve dos neurologistas prejudica a execução da avaliação clínica da mesma forma que ocorre na abordagem psiquiátrica, tais como a duração ou periodicidade das consultas.

No trecho “Quando os psiquiatras exortam os neurologistas a dedicar mais tempo às consultas com pessoas com TPB, eles podem perceber que há um mal-entendido sobre os desafios enfrentados em sua prática” (HALL; MORAN, 2019, p. 489), observamos a organização das posições dos sujeitos no discurso clínico. O sujeito psiquiatra detém controle inicial sobre o diagnóstico do paciente ao se referir ao transtorno de personalidade, âmbito particular da psiquiatria. Já o neurologista precisa ser “exortado” pelo psiquiatra para conduzir as suas práticas clínicas e, mediante isso, alterar a sua gestão de atendimento ao ser exigido

“dedicar mais tempo às consultas”. Por último, entendemos que não há consenso nessa relação entre os dois profissionais, pois o sujeito autor afirma que pode ocorrer um “mal-entendido”, o que revela uma oscilação na compreensão de cada médico a respeito das suas práticas clínicas, que, por sua vez, podem ser descritas como “desafios enfrentados”.

Isso significa que os elementos de subjetivação de ambos os sujeitos mencionados imbricam com a objetivação do sujeito *borderline*, tendo em vista a variação de posições do sujeito instauradas por cada profissional no saber da medicina acerca do mesmo objeto. Além disso, o sujeito autor menciona a seguinte objeção: “alguns pacientes com TPB podem considerar aspectos do exame neurológico ameaçadores ou intrusivos, dependendo em parte de experiências traumáticas anteriores” (HALL; MORAN, 2019, p. 489). Esse enunciado desloca o sujeito *borderline* para uma posição de resistência ao mencionar o verbo “considerar” para se referir à execução do exame neurológico. O fato de terem a liberdade de interpretar os aspectos do exame como “ameaçadores ou intrusivos” compõe o conjunto de normalizações prescritas nessa relação de aliança, na qual as posições dos sujeitos médicos no discurso clínico podem se deslocar à medida em que os sujeitos pacientes adquirem o direito de reagir de modo deliberado sobre a postura do sujeito neurologista em oposição às orientações do sujeito psiquiatra.

Dessa forma, o discurso clínico se materializa no enunciado quando a doença somática, neurológica, e doença mental, psiquiátrica, equiparam-se no sentido de o comportamento inadequado e as intercorrências orgânicas se entrecruzarem na tomada da dissipação do sofrimento como objetivo clínico. A subjetivação do sujeito *borderline*, portanto, ocorre de modo interdiscursivo nas três sequências discursivas, isto é, as condições de produção dos discursos psiquiátrico e neurológico se entrelaçam e instauram elementos de subjetividade regulares na emergência dos sujeitos. Apesar de o *a priori* histórico sofrer modificações entre os anos de 1990 e 2019 na constituição do objeto *relação de aliança*, constatamos a existência de elementos de subjetividade direcionados aos sujeitos envolvidos na relação médico-paciente. Logo, o sujeito *borderline* se constitui, conforme sofre efeitos de subjetivação na sua relação com os objetos do discurso estipulados historicamente pela instituição hospitalar. Por isso, analisamos neste tópico sobre como o sujeito autor descreve as relações entre sujeito médico e sujeito paciente com foco na mobilização das normatizações e normalizações prescritas em documentos provindos do saber da medicina e sob o crivo das relações de poder. No tópico seguinte, avançamos as análises para um estudo de caso clínico.

#### 4.2 Análise de estudos de caso clínico

Propomos, neste subtópico, analisar dois estudos de caso clínico apresentados em dois artigos científicos a despeito do relato de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Acreditamos que o sujeito autor se posiciona no discurso clínico para produzir os enunciados e reproduz, assim, elementos de subjetividade do sujeito paciente em consulta médica. No entanto, devido ao lugar teórico desta pesquisa, a análise do discurso foucaultiana, precisamos situar a abordagem dessa modalidade de metodologia de investigação de fenômenos comportamentais no interior da psicanálise. Esclarecemos, neste momento, o deslocamento desse posicionamento de análise por conta da alteração na perspectiva de observação de um mesmo fenômeno científico. Além disso, vale ressaltar, buscamos descrever de que maneira o sujeito *borderline* se objetiva no seio do escopo psicanalítico e produz efeitos de subjetivação mediante a função do sujeito autor no discurso clínico.

Para tanto, valemo-nos do estudo de Figueiredo (2004), intitulado “A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental”, para fundamentarmos esse deslocamento. Em primeiro lugar, apesar do procedimento analítico do estudo de caso clínico pertencer ao campo da psicanálise, esse se aplica também ao campo da psicanálise, conforme oferece instrumentos analíticos compatíveis ao aspecto político-institucional concernente à concepção de *psicopatologia*. Essa, preconizada por Freud, considera a instância do inconsciente que incide acerca da percepção operacional da prática diagnóstica clínica estendendo o alcance a outras ciências, dentre elas, os estudos discursivos. Dessa forma, a autora afirma que a relação entre “sintoma” e “sujeito” se interdependem na definição do diagnóstico clínico, não no sentido de o sintoma definir o sujeito ou o sujeito definir o sintoma, mas sim de ambos pertencerem a um mesmo processo indissociável. Nesse contexto, ao conduzir o seu trabalho de descrição dessa metodologia, Figueiredo (2004, p. 78) elabora a seguinte constatação:

Em suma, a “construção do caso clínico” em psicanálise é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso. Convém um aparte para esclarecermos que a fala (parole) tem a dimensão do enunciado (os ditos) e da enunciação (o dizer), que seria a “posição no discurso”. Nunca é demasiado lembrar que o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer. Aqui temos um método aplicável a diferentes contextos clínicos.

Assim sendo, alvitramos deslocar o sujeito *borderline*, descrito nos estudos de caso

clínicos presentes nos dois artigos, do campo da psicanálise para a psiquiatria. Dessa forma, seremos aptos a objetivar esse sujeito sob a perspectiva discursiva em consonância com o discurso clínico mobilizado nesta tese, uma vez que esse “(re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito” nos é caro para pensar a compreensão dos elementos de subjetividade suscetíveis à sustentação de uma “posição-sujeito no discurso”. Consideramos relevante, ainda, pontuar a viabilidade em se analisar relatos de atendimento do paciente em consultório e a construção de um inventário de instâncias de subjetivação específico sobre o sujeito *borderline* através da instalação de relações de poder entre os sujeitos descritos.

Em contrapartida, vale pontuar, analisamos a posição do sujeito autor no discurso clínico ao produzir o estudo de caso, pois, reiteramos, a descrição das relações entre o sujeito terapeuta e o sujeito *borderline* parte da posição do sujeito autor nos enunciados. Em síntese, por meio da observação desses estudos de caso clínico, seremos capazes de verificar a percepção *in loco* do sujeito psiquiatra, o sujeito autor, e a maneira como o sujeito *borderline* se objetiva a partir do olhar do terapeuta durante a descrição de um atendimento psiquiátrico. Nas averiguações anteriores, sempre colocamos em voga o *olhar do médico* como âmagô. Todavia, dessa vez, deslocaremos esse ponto de vista para o *olhar do paciente* para a própria condição de emergência na relação entre sujeitos a partir da posição do sujeito autor. Evidentemente, de acordo com as discussões realizadas sobre a concepção de disciplina, buscamos isolar especificamente esse *olhar do paciente sobre si mesmo* em sua relação com o sujeito psiquiatra.

Para iniciarmos o estudo desse objeto do discurso, o *olhar do paciente sobre si mesmo*, evocamos alguns aparatos teóricos. Foucault (1997) sinaliza a história do sujeito a partir da reflexão sobre a própria existência como tal, para tanto, concentra-se uma deliberação sobre as próprias práticas como uma espécie de contingenciamento de si mesmo, ou seja, um *processo de subjetivação*. Nesse sentido, o autor menciona as “técnicas de si” para utilizar como princípio de análise desse sujeito, e citamos sua definição para posterior operacionalização desse elemento:

[As “técnicas de si” são] os procedimentos, que, sem dúvida, existem em toda civilização, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de desconhecimento de si por si. Em suma, trata-se de recolocar o imperativo do “conhecer-se a si mesmo” [...]. (FOUCAULT, 1997, p. 109).

Nesse contexto, pretendemos redirecionar as nossas análises não para a relação entre o sujeito psiquiatra e o sujeito *borderline*, mas para a investigação de como o sujeito *borderline* se constitui na relação consigo mesmo, mediante a posição do sujeito autor na produção do enunciado, ainda inserido na instituição hospitalar e emergente do saber da psiquiatria. Como constatado anteriormente, os elementos de subjetividade surgem das relações de poder entre sujeitos inscritos em um campo do saber. Além disso, concluímos que o papel do analista se apoia na descrição das condições de possibilidade da produção dos discursos em um dado recorte social, histórico ou cultural, à medida que os sujeitos ocupam uma determinada posição nas relações com outros sujeitos. Nesse momento, o nosso interesse incide em como essas condições de possibilidade sofrem alterações na constituição do sujeito *borderline* no posicionamento do sujeito autor no discurso clínico. Esse, diante das reflexões a despeito das próprias condutas. Partimos do pressuposto elencado por Foucault (2010), em “O governo dos vivos”:

Somos obrigados a falar de nós mesmos para dizer a verdade de nós mesmos. Nessa obrigação de falar de si, vocês veem a posição eminente que o discurso adquire. Pôr a si mesmo em discurso é, de fato, uma das grandes linhas de força da organização das relações entre subjetividade e verdade no Ocidente cristão. Subjetividade e verdade não se comunicarão mais tanto, primordialmente, em todo caso não se comunicarão mais tão só no acesso do sujeito à verdade. Será necessária essa flexão do sujeito no sentido de sua própria verdade por intermédio da perpétua discursivização de si mesmo. (FOUCAULT, 2010, p. 305).

A partir dessa perspectiva, elegemos dois estudos de caso clínico recortados do *corpus* para articular essa perspectiva analítica do sujeito autor. Justificamos a escolha das duas sequências discursivas porque apresentam duas condições de produção: primeiramente, descreve-se o histórico do paciente com transtorno de personalidade *borderline* a partir do olhar psiquiátrico e, em seguida, diagnostica-se e atribui-se um tratamento adequado. O que nos interessa na constituição dessa materialidade é descrever as condições de possibilidade instauradas pelo sujeito autor, para que esse *olhar do médico* esteja em relação de poder ao que chamaremos de *olhar do paciente sobre si mesmo*, posto que,

Ao dar a si mesmo uma determinada forma, o eu atribui à sua existência um traçado artístico. Assim sendo, a ética, cujo espaço é o da formação e transformação do sujeito, não se afirma como uma hermenêutica, mas como um gesto de constituição do eu, como uma atitude através da qual o indivíduo faz da sua vida uma obra de arte. (VILELA, 2006, p. 123).

Assim, ao compreendermos as circunstâncias as quais esses enunciados são produzidos, a fim de constituir um sujeito *borderline* nas relações consigo mesmo enquanto objeto da psiquiatria, seremos capazes de elencar o surgimento de elementos de subjetividade e, portanto, instâncias do processo de subjetivação. Os dois artigos científicos selecionados são “Um estudo de caso sobre como a prática inicial de automutilação para obter alívio acabou levando a um grave transtorno de personalidade *borderline*”,<sup>43</sup> de Deb (2020), e “Um relato de caso de transtorno de personalidade *borderline*”,<sup>44</sup> de Zohra (2018), por abordarem, respectivamente, o relato de dois pacientes desde o diagnóstico até a ocorrência do tratamento. Seguem os dois enunciados para seguinte exame:

*SD 33. Quando criança e jovem adolescente, Jacó não era capaz de fazer amigos, mas ele ansiava por ter um. Ele tinha apenas um amigo que era dois anos mais velho que ele. [...] Ela simplesmente não estava deixando o filho, mas na verdade tentando controlar suas emoções e relacionamentos. Ele também sentiu que nasceu neste mundo para salvar a humanidade e se tornar um santo em regime católico. Ele acreditava que sexo era um ato maligno e que as pessoas faziam sexo por causa da influência de Satanás. Ele não gostava muito da mãe dela e a culpava por fazer dela um objeto de sexo, um ato maligno, disponível para seu marido. Ele principalmente acreditava e pensava que seu pai fora influenciado por Satanás e espíritos malignos, sendo a causa de sua morte uma punição de Deus por seus atos. Agora, durante sua infância, houve dois grandes incidentes. Seu único amigo, dois anos mais velho que ele, o estuprou. Ele tinha 13 anos e seu amigo 15 na época da ocorrência do evento. Ele estava realmente se sentindo enganado e desconfiado com tal abuso. [...] Ele se sentiu altamente culpado e começou a se acusar de tudo. Ele então recorreu à automutilação inicialmente para aliviar essas dores, punindo a si mesmo. O mesmo tipo de atos de automutilação se agravou quando ele tinha essas atitudes bestiais e fantasias bizarras, e também pensava em matar uma mulher, só para ver como era. Ele nunca cometeu esses atos, como torturar os outros, especialmente mulheres em suas partes genitais com lâminas de barbear e matá-las, pois ele também sabia que eram um crime e um ato maligno. Ele, entretanto, assumiu tal identidade para punições e cometeu atividades bestiais sobre ele como uma espécie de alívio e mecanismo de enfrentamento de sua dor mental; Intervenções do Caso Apresentado: Como o caso também se reflete na adolescência, foi necessário um diagnóstico precoce. (DEB, 2020, p. 9-10).<sup>45</sup>*

<sup>43</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: *A case study about how initially practiced self-harming for relief eventually lead to a severe borderline personality disorder.*

<sup>44</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: *A case report of borderline personality disorder.*

<sup>45</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: *“As a child and young adolescent Jacob was not able to make friends, thou, he longed to have one. He had only one friend who was older to him by 2 years. [...] She was just not leaving her child but was actually trying to dictate over his emotions and relationships. He also felt that he was born in this world to save humanity and become a saint in catholic regime. He believed sex is an evil act and people have sex because of the influence of Satan. He disliked her mother too much and was blaming her for making her an object of sex, an evil act, available to her husband. He primarily believed and thought his father was influenced by Satan and evil spirits, with the cause of his death as a punishment of his acts from the God. Now, during his childhood there were two major incidents. His only friend, who was 2 years older than him, had raped him. He was 13 and his friend was 15 during that time of the occurrence of the event. He was really feeling deceived and distrustful with such an abuse. [...] He felt highly guilty and started accusing himself for everything. He then took resort to selfmutilation initially to give him relief to such pains, by punishing himself. The same kind of self-harming acts aggravated when he had such beastly attitudes and bizarre fantasies, and also thought of murdering woman, just to see how it feels. He thou never committed them like torturing others especially woman in their genital parts with razor blades and killing them, as he was also knowing them to be a crime and an evil*

*SD 34*: Apresentação do caso: uma menina de 22 anos, solteira, estudante do 2º ano do bacharelado, procedente de meio urbano, veio ao Instituto Nacional de Saúde Mental com sua mãe com queixas de história de comportamento autolesivo repetido, comportamento agressivo para com os familiares, sensação de vazio, desinteresse por todas as atividades e distúrbios do sono. A paciente e sua mãe afirmaram que ela estava razoavelmente bem há três anos. Seu problema começou depois que ela completou seu exame HSC. Tudo começou com a história de repetidos comportamentos autolesivos, como cortar as próprias mãos com uma lâmina, tomar sedativos e tentar se enforcar. Todos os incidentes aconteceram após discussão com seus amigos ou familiares. Ela era muito temperamental, exigente, imprudente, irritável, ocasionalmente agressiva. [...] Ela tentou mostrar às pessoas que era muito feliz e uma garota inteligente. Então, ela exige dinheiro de seus pais e às vezes de seus amigos e namorados. Em relação à história familiar, ela pertencia a uma família de classe média. O ambiente familiar foi descrito pela paciente como muito caótico, hostil e angustiante. As regras familiares eram duras, rígidas e inconsistentes. Havia uma ligação fraca com seu pai. Histórico de confrontos e disputas parentais na primeira infância. Ela havia feito tratamento com um psiquiatra anteriormente e havia sido hospitalizada por comportamento prejudicial a si mesma. Ela também tinha histórico de abandono de medicação, porque ela acreditava que sua mãe tinha dado essa medicação intencionalmente e que sua família era o principal motivo do término de seu relacionamento. Ela era fumante e bebia álcool ocasionalmente. Ela usava essas drogas para aliviar sua angústia. (ZOHRA, 2018, p. 1).<sup>46</sup>

Em primeiro lugar, pensar os elementos de objetivação nesses enunciados na esteira do pensamento foucaultiano nos remete a compreender os processos de *governo*, dessa vez não de um sujeito sobre outros sujeitos, mas no *governo de si* perante o imbricamento entre a delineação das formas de controle sobre si em detrimento às demais formas possíveis de controle dispostos naquele sistema específico. Dessa forma, como descrito em *SD 33*, a abordagem psicanalítica adotada pelos profissionais da saúde pormenoriza as instâncias psicodinâmicas no estudo de caso clínico. O enunciado se produz sob determinados relatos do comportamento considerados relevantes para o crivo do olhar clínico.

---

*act. He, however, took himself to such an identity for punishments and committed beastly activities on him as a kind of relief and coping mechanism for his mental pain; Interventions of the Presented Case: As the case is also reflected from an adolescent period, an early diagnosis of the same was quite necessary.” (DEB, 2020, p. 9-10).*

<sup>46</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Case Presentation: A 22 years old girl, unmarried, student of BSc honours 2nd year, hailing from urban background, came to National Institute of Mental Health with her mother with the complaints of history of repeated self-injurious behavior, aggressive behavior towards family members, feeling of emptiness, lack of interest to all activity and sleep disturbance. Patient and her mother stated that patient was reasonably well three years back. Her problem started after she completed her HSC exam. It started with history of repeated self-injurious behavior like cutting her own hands by blade, taking sedatives, try to hang herself. All incidents were happened after quarrel with her friends or family members. She was very short tempered, demanding, reckless, irritable, occasional aggressive. [...] She tried to show people that she was very happy and a smart girl. So, she demands money from her parentes and sometimes from her friends and boyfriends. Regarding her family history she belonged to a middle-class family. The family environment was described by the patient as very chaotic., hostile and distressful. Family rules were harsh, rigid, and inconsistent. There was poor bonding with her father. History of parental confrontation and wrangling in early childhood. She took treatment from psychiatrist previously and had been hospitalized for herself injurious behavior. She also had history of drug noncompliance. Because she believed that her mother has given those drugs intentionally and her family is the main reason for her relationship breakup. She was a smoker and occasional drinker of alcohol. She took this for relieving her distress.” (ZOHRA, 2018, p. 1).*

Diante das condições possíveis de emergência desses enunciados, semanticamente observamos que Jacó se sentia incomodado por seus próprios atos, pois sofria por não conseguir fazer amigos, sendo que essa conduta involuntária ainda se agravava quando o contexto sócio-histórico do regime católico conservava a sua insatisfação com a própria qualidade de vida. O sujeito autor utiliza os termos “ansiava”, “tentando controlar suas emoções”, “ele acreditava” e “começou a se acusar” para denotar a preocupação de Jacó com as próprias práticas, ou seja, no enunciado tornam-se visíveis elementos de subjetivação inerentes à estratégia enunciativa utilizada.

Assim, a culpa gerada pela sua autopercepção da realidade desencadeou atos de automutilação como medida de punição a partir de uma autoavaliação negativa, algo que foi caracterizado como “um mecanismo de alívio” ligado a uma “identidade” qualificada como “bestial”. O sujeito autor mobiliza essas associações entre a história de Jacó e as justificativas de seus atos para evidenciar a necessidade de o sujeito *borderline* refletir sobre o próprio comportamento, pois, ao usar a palavra “identidade” associada à “bestial”, faz uma contraposição a uma “identidade não bestial”. Essa racionalização conduz a isolar o *olhar do paciente sobre si mesmo*.

Já em *SD 34*, observamos essa estetização no trecho “veio ao Instituto Nacional de Saúde Mental com sua mãe com queixas de história de comportamento autolesivo repetido, comportamento agressivo para com os familiares” (ZOHRA, 2018, p. 1). Entendemos que o sujeito autor pontua no relato o fato de a menina ter sido acompanhada por sua mãe e, em seguida, afirma que um dos sintomas seria o “comportamento agressivo com os familiares”. Visualizamos uma estratégia de escolha das palavras ao considerar relevante para o relato mencionar a presença de um familiar para descrever a má relação do paciente com os familiares. Isso se repete em “A paciente e sua mãe afirmaram que ela estava razoavelmente bem há três anos” (ZOHRA, 2018, p. 1). Questionamos, a esse respeito, o motivo de o sujeito autor incluir não somente a presença da mãe no processo diagnóstico, mas também a intervenção da progenitora na apresentação do sofrimento da filha. A relação de poder disposta entre o sujeito *borderline* e o sujeito psiquiatra sofre influência de um outro sujeito, o sujeito mãe, o que corrobora para um diagnóstico parcial devido a um compartilhamento das próprias responsabilidades sobre seus atos entre sujeito mãe e sujeito filha, a partir da confissão ao sujeito psiquiatra, conforme a posição do sujeito autor no discurso clínico na seleção dos enunciados.



Além disso, o processo de subjetivação também ocorre no trecho “Ela tentou mostrar às outras pessoas que era muito feliz e uma garota inteligente” (ZOHRA, 2018, p. 1). A felicidade enquanto um objeto do discurso, nesse caso, demonstra a necessidade da menina em regular a própria identidade visível aos outros para atender a uma exigência cultural de conservar a “felicidade” e “inteligência” e, assim, adquirir aceitação tanto da mãe e do psiquiatra quanto de si mesma. Isso se confirma quando o sujeito autor alega que “O ambiente foi descrito pela paciente como muito caótico, hostil e angustiante”, ou seja, a percepção da paciente se compõe como material de análise para o desenvolvimento do diagnóstico se colocarmos em associação a afirmação “Ela havia feito tratamento com um psiquiatra anteriormente e havia sido hospitalizada por comportamento prejudicial a si mesma” (ZOHRA, 2018, p. 1).

Esse excerto implica no fato de a menina ter uma autorreflexão sobre as suas próprias condutas ao saber discernir o que é ou não “prejudicial a si mesma”. Esse prejuízo é compartilhado também pela família, já que o sujeito autor menciona em “As regras familiares eram duras, rígidas e inconsistentes”, isto é, para avaliar uma situação como “dura”, “rígidas” ou “inconsistentes”, é preciso concatenar a situação descrita a uma situação ideal de relações familiares. Temos, aqui, um *olhar do paciente sobre si mesmo* pautado na existência de objetos do discurso como “psiquiatra”, “mãe”, “familiares”, “diagnóstico”, entre outros, pois, para que os elementos de subjetivação se fixem na percepção de si no discurso clínico, o sujeito autor mobilizou diferentes pontos de apoio complexos para fundamentar a escolha dos enunciados.

Em vista disso, mediante a descrição do atendimento realizado pelo sujeito psiquiatra, entendemos que o *olhar do paciente sobre si mesmo*, em ambos os casos, demonstra ser fruto de uma relação do sujeito *borderline* com a maneira como esse se percebe nas relações com os outros sujeitos. No entanto, nesse ponto, a responsabilização e a punição das condutas do paciente não são provindas dos sujeitos psiquiatras ou dos familiares, mas do próprio sujeito que sofre, seja voluntária ou involuntariamente. Em cada estudo de caso, a relação consigo mesmo adotou âmbitos singulares e atravessados por elementos de subjetividade, tais como a “automutilação” por fatores culturais do catolicismo ou como a “autolesão” por baixa afetividade da relação familiar. Observamos, em comum, que o sujeito *borderline*, nas duas realidades, torna-se *objeto de si*; o corpo serve, portanto, de materialidade para constituir um sujeito sob o próprio olhar no discurso clínico sob o crivo do sujeito autor. Nesse sentido, para fundamentar o papel familiar, mencionamos a seguinte contribuição de Foucault (2006b), ainda em “O poder psiquiátrico”:

[...] é preciso que a família desempenhe seu papel, isto é, designe efetivamente os que são loucos, desempenhe por si mesma um papel de certo modo disciplinar, isto é, que ela diga: aqui está dentre nós aquele que é louco, anormal, que depende da medicina. Quer dizer, vocês têm, de um lado, familiarização do meio terapêutico nas casas de saúde e, por outro lado, disciplinarização da família, que vai se tornar a partir desse momento a instância de anormalização dos indivíduos. (FOUCAULT, 2006b, p. 141).

Em suma, o sujeito, ao olhar para si, objetiva-se e sujeita-se às imposições socioeconômicas, o “catolicismo” ou a “instituição familiar”, em conformidade com os deslocamentos dos objetos e sujeitos que obedecem a certas *tecnologias de controle* incidentes tanto na determinação de lugares sociais prováveis quanto na deliberação “consciente” de suas próprias condutas, isto é, estritamente estéticas. A posição desse sujeito no discurso clínico se funda pela autoanálise e pela autovigilância definindo, assim, técnicas disciplinares específicas no processo de rarefação do dizer, em outros termos, o que se sobressai no relato sobre si e para o outro.

Para pensar a operação dessas técnicas nas sequências discursivas, mencionamos o conceito de *governamentalidade* que Foucault (1997, p. 111) caracteriza como “[...] o governo de si por si na sua articulação com as relações com o outro (como é encontrado na pedagogia, nos conselhos de conduta, na direção espiritual, na prescrição dos modelos de vida, etc.)”. Assim, entendemos que a problemática do *governo* gira ao redor do seu núcleo: o controle dos corpos e, principalmente, o controle de como esses corpos se constituem em sujeitos de uma dada sociedade a partir da disseminação dos escopos socioeconômicos sobre as instituições. Além disso, asseguramos que a noção de *governo*, adotada nesta tese, provém das relações de poder exercidas sobre as condutas dos sujeitos, como fundamentado pontualmente a seguir:

O termo “conduta” (*conduite*), mesmo com sua natureza equivocada, talvez seja um daqueles que melhor permite atingir aquilo que há de específico nas relações de poder. A “conduta” é, ao mesmo tempo, o ato de “conduzir” (*mener*) os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em “conduzir condutas” e em ordenar a probabilidade. O poder, no fundo, é menos da ordem do afrontamento entre dois adversários, ou do engajamento de um em relação ao outro, do que da ordem do “governo”. (FOUCAULT, 2005b, p. 1056).

Como visto, a *prática de governar* não se restringe a um sujeito intervir sobre a conduta do outro sujeito, mas também integra um sujeito que desenvolve táticas de sobrevivência e manutenção da própria vida ao perceber que faz parte de um sistema coletivo produtor de individualidades. A individualidade do sujeito *borderline* instalada nos dois enunciados funciona de modo anônimo, mas, ao mesmo tempo, regular, pois se trata de uma posição do sujeito no discurso. Dessa forma, a *governamentalidade* compõe uma das estratégias de

controle de condutas inerentes à *tecnologia de si*, isto é, afirma Foucault (1997, p. 112), trata-se de uma “[...] reflexão sobre os modos de vida, sobre as escolhas de existência, sobre o modo de regular a própria conduta, de se fixar a si mesmo fins e meios [...]”.

Haja vista essa *tecnologia de si* enquanto um efeito da *governamentalidade*, observamos em *SD 33* uma contestação de Jacó sobre a sua fantasia de “querer matar uma mulher” diante dos outros. O sujeito autor descreve que houve uma reflexão sobre as próprias práticas no trecho “pois ele também os estava sabendo que eram um crime e um ato maligno” (DEB, 2020, p. 9-10). No momento em que o sujeito *borderline* descreve a sua fantasia como um “crime” ou um ato “maligno”, vemos o julgamento sobre suas próprias práticas, pois, apesar de se punir quando se sentiu culpado, apresentou crítica às condutas consideradas inadequadas para o efetivo convívio social. Esse fator demonstra o funcionamento dessa *tecnologia de si* no enunciado em razão de Jacó deliberar acerca de sua conduta e avaliá-la como passível de oferecer riscos não somente aos outros, em “estava sabendo”, mas também a si mesmo, em “ele também”, ao se referir à fantasia.

Por outro lado, no segundo caso, a menina baseia a *tecnologia de si* à medida que acredita na própria recuperação ou fuga dos sintomas através de autopunição. A “autolesão” configura o “alívio” dos sintomas como visto em “Ela era fumante e bebia álcool ocasionalmente. Ela levou isso para aliviar sua angústia” (ZOHRA, 2018, p. 1). Além do mais, as escolhas da menina em alterar as suas próprias práticas, “fumar” ou “beber álcool”, em decorrência de amenizar os impactos dos sintomas, a “angústia”, sinalizam efeitos de subjetivação, sobretudo, demarcam o lugar de um sujeito que se vê como “temperamental”, “exigente”, “imprudente”, “irritável” e “ocasionalmente agressiva”. Questionamos, aqui, quais as relações entre a estratégia do sujeito autor em apresentar no início do relato as informações socioculturais da paciente, tais como “22 anos, solteira, estudante do 2º ano do bacharelado, procedente de meio urbano” (ZOHRA, 2018, p. 1), em associação com a escolha de quais recortes da história da menina seriam relevantes para determinar o seu lugar no discurso clínico. Alvitramos a pensar que essa racionalidade organiza o enunciado de modo a garantir a pertinência em relacionar o aspecto social, histórico e cultural do sujeito *borderline*, suscetível a justificar os próprios atos da paciente.

Logo, a objetivação desse sujeito *borderline* contempla a perspectiva de si mesmo no interior de uma série de condições de produção introduzidas logo no início do relato com fulcro nos elementos de subjetivação. Assim sendo, o estudo de caso clínico isola o sujeito no enunciado a partir da sua posição-sujeito na descrição dos acontecimentos históricos. Todavia,

vale postular, o interesse posterior da menina ao engajamento no tratamento com a terapia comportamental dialética formaliza a autociência da “autolesão”, porque, assumir para si mesma que precisa de ajuda especializada ressignifica o sentido de “punir”, ou seja, não se pune aquilo que não é passível de punição. Por conseguinte, a punição, enquanto objeto do discurso, emerge em ambos os estudos de caso clínico sob semelhantes condições de possibilidade de uma *tecnologia de si* regular e legítima.

Complementarmente, Foucault (1997) propõe um estudo sobre o que ele chama de *hermenêutica de si* como princípio constitutivo do sujeito. *A priori*, ao tomar-se como ponto de partida da emergência do sujeito *borderline* a intrínseca relação entre o objeto *desejo de viver* e os requisitos para que esse desejo se efetive, a reflexão é conduzida para os percursos possíveis pelos quais o sujeito precisa se filiar, almejando atribuir consistência em suas práticas em prol de um objetivo individual e, ao mesmo tempo, provindo de uma coletividade.

Em *SD 33*, o *desejo de viver* se sustenta no amparo e incitação da instituição religiosa que garantia, supostamente, a posição de um “sujeito-salvador”, visto em “Ele também sentiu que nasceu neste mundo para salvar a humanidade e se tornar um santo em regime católico” (DEB, 2020, p. 9-10). Contudo, esse desejo de “sentir que nasceu neste mundo” para um objetivo específico lhe causava satisfação, mas, ao mesmo tempo, culpa e uma visão deturpada de si mesmo. Visualizamos esse fator na relação entre o trecho “as pessoas fazem sexo por causa da influência de Satanás” e “Ele não gostava muito da mãe dela e a culpava por fazer dela um objeto de sexo” (DEB, 2020, p. 9-10), os quais tratam o objeto do discurso *sexo* como sendo um desejo “satânico” e, simultaneamente, uma culpa desencadeada por uma conduta do sujeito mãe.

Ainda no enunciado, o sujeito autor afirma que o catolicismo exige um sujeito “bom” e “humanitário”, mas o comportamento abusivo e destrutivo do sujeito mãe reverteu esse desejo de ajudar em uma autocobrança excessiva e prejudicial por parte de Jacó. Por último, também verificamos mais um elemento de subjetivação no excerto “Ele estava realmente se sentindo enganado e desconfiado com tal abuso” (DEB, 2020, p. 9-10), no qual o sentimento de engano ou desconfiança condiciona a sua visão de si mesmo às condutas julgadas inadequadas de sua mãe e, assim, o comprometimento com os ideais católicos se sobrepôs ao próprio “cuidado de si”, já que a automutilação foi uma prática não interrompida em sequência.

Esse *desejo de viver* também se manifesta em *SD 34* quando a menina tentou mostrar para os outros à sua volta o efetivo autocontrole das próprias emoções, afirmando estar “feliz” e “ser inteligente”. Percebemos isso no trecho “Então, ela exige dinheiro de seus pais e às vezes

de seus amigos e namorados” (ZOHRA, 2018, p. 1), no qual a menina promove correlação dos seus esforços pessoais em sempre estar “feliz” e “ser inteligente” ao reconhecimento desses esforços pela recompensa de “dinheiro”, isto é, a otimização de suas condutas em “exigir dinheiro” para a manutenção dessa “felicidade” ou “inteligência” denota um desejo de prosseguir com a vida, portanto, desejar sanar o sofrimento para prevalecer uma vida de qualidade. O sujeito autor realiza essa conexão com a inserção do termo “então”. Notamos, assim, que o objeto do discurso “autocontrole” atravessa a maneira como o sujeito paciente se vê na sua relação com os sujeitos pais, ou melhor, gerencia as suas condutas baseadas em determinadas condições de causas, os esforços, e de consequência, o reconhecimento financeiro.

Indagamos a quais condições históricas o sujeito autor se filia para articular o enunciado nessa progressão de situar o sujeito no seu lugar social, histórico e cultural e, em seguida, descrever condutas satisfatórias para se declarar um diagnóstico clínico. Aventamos que essa preocupação da menina com a avaliação negativa dos outros denuncia o desejo de se adequar ao sistema social para evitar o prolongamento dos sintomas autodestrutivos, uma vez que o sujeito psiquiatra determinou que as atitudes autolesivas se originaram de um transtorno de personalidade. Essa tentativa de atender aos desejos pode ser confirmada pelo interesse por parte do sujeito paciente em buscar voluntariamente ajuda psicológica, com o objetivo de amenizar as tentativas de suicídio, como sinalizado em “veio ao Instituto Nacional de Saúde mental com sua mãe com queixas de história de comportamento [...]” (ZOHRA, 2018, p. 1). A “queixa”, entendemos, trata-se de uma manifestação do desejo do cuidado de si, a fim de dissipar esse efeito negativo do sofrimento o qual se queixa.

Em suma, o objeto *desejo de viver* é pauta dos comportamentos autodestrutivos e autopunitivos nesse enunciado. Como visto nas análises, o sujeito *borderline* se constitui amparado por esse desejo de viver enquanto um elemento de subjetivação. As condições de possibilidade de produção desses enunciados ecoam não somente na relação médico-paciente, mas também na relação do paciente com a maneira como ele se relaciona consigo mesmo, isto é, o *olhar do paciente sobre si mesmo*. O discurso clínico pode ser descrito como aquele determinante do estabelecimento das práticas aceitas ou não aceitas pela comunidade médico-psiquiátrica, as quais articulam a escolha de quais os fatores devem ser descritos no estudo de caso clínico.

Logo, em anuência com o estudo dos manuais, o suicídio não se reduz a uma interrupção da vida, mas uma interrupção do sofrimento incontrolável e persistente. Observamos que o

“desejo de viver” de Jacó e da menina não se opõe ao “desejo de morrer”, pois, mediante análise semântica dos enunciados, a morte enquanto objeto não funciona como um objetivo no governo das condutas, mas como um meio de anular os sintomas individuais manifestados pelo transtorno em oposição aos sintomas idealizados por um jogo de coletividade ditada pela comunidade psiquiátrica.

A respeito desse jogo de coletividade, Foucault (1997, p. 121) comenta sobre a manifestação desse *desejo de olhar para si* em contrapartida a *olhar para o outro*: “ocupar-se de si é um privilégio, é a marca de uma superioridade, por oposição àqueles que devem se ocupar dos outros para servi-los ou ainda se ocupar de um ofício para poder viver”. Conseqüentemente, a materialização desse desejo do sujeito *borderline* em se interessar pela própria existência individual inserida em uma coletividade se converte em substância de interesse da maquinaria socioeconômica, pois serve de execução de certas práticas passíveis de se integrarem a mecanismos estratégicos de controle dos corpos em prol da construção de uma verdade, haja vista que, segundo Sinder e Paula (2019, p. 25-26), “o sujeito cognoscente moderno é universal, dotado de uma racionalidade fixa, estável, soberana e onipotente; tem a ciência como fundamento para o alcance de uma verdade absoluta”.

Nesse sentido, as vontades do sujeito *borderline* referentes à otimização das próprias práticas para se adequarem ao sistema clínico convalidam a possibilidade de adentrarem em uma ordem do discurso hierárquico crivado na construção de uma verdade acerca das probabilidades dos processos de subjetivação realizados pelos sujeitos. Esse, taticamente elaborado a partir de uma lógica econômica que maneja a posição desses sujeitos no discurso clínico de modo a privilegiar alguns e penalizar outros, conseqüentemente, gerando relações de poder próprias nos enunciados. Nas sequências, as relações de poder se formulam em conformidade com a iniciativa do próprio sujeito paciente em buscar ajuda profissional. Não há, a esse respeito, a prevalência da procura do sujeito *borderline* em ser diagnosticado e tratado, mas a procura de possibilidades de desenvolver instrumentos para o tratamento de si mesmo por meio da alteração de condutas sociais. A tendência a iniciar voluntariamente a psicoterapia ou o tratamento medicamentoso reafirma o reconhecimento da necessidade de otimizar as próprias práticas. Tanto Jacó quanto a menina do segundo caso admitem a pertinência e relevância em restaurar as próprias condutas, seja para ressignificar a visão sobre a religião, seja para melhorar a relação interpessoal com a família.

Essas relações de poder se sustentam pelo novo escopo do sujeito da modernidade ocidental, como defendido por Foucault (1997, p. 123): “trata-se agora de ocupar-se de si, por

si mesmo. Deve-se ser, para si mesmo e ao longo de toda sua existência, seu próprio objeto”. Em outras palavras, o modelo ideal de organização dos *sujeitos livres* em uma dada sociedade adquire um novo paradigma de distribuição dos lugares prescritos e legítimos, pois o sujeito não mais se constitui somente pela incitação do outro, mas também pela incitação de si mesmo em relação ao outro em diversas escalas sociais formalizadas, tais como escalas normativas ou administrativas da instituição hospitalar. Melhor dizendo, direciona-se para a concepção de que a subjetivação advém da premissa de que o sujeito se interessa em, sugere Foucault (1997, p. 123), “[...] ser soberano de si mesmo, exercer sobre si mesmo um domínio perfeito, ser plenamente independente, ser completamente ‘de si’”.

Nesse contexto, consideramos oportuno mencionar a noção de *êthos* articulada por Foucault (2004) para pensar sobre a possibilidade de elaboração de uma *imagem de si no discurso clínico*. Essa noção esclarece como o ato de “governar a si mesmo” infere em uma reafirmação da própria maneira como o sujeito se enxerga em uma dada relação de poder, ou melhor, o *êthos*:

[...] implica relações complexas com os outros, uma vez que esse *êthos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros; por isso é importante, para um homem livre que se conduz adequadamente, saber governar sua mulher, seus filhos, sua casa. Nisso também reside a arte de governar. O *êthos* também implica uma relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente – seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. (FOUCAULT, 2004, p. 271).

Verte-se, conseqüentemente, para um deslocamento do sujeito *borderline* constituído para um sujeito *borderline* constitutivo no sentido de conscientemente aprender a regular suas práticas geradoras de sofrimento de modo a preservar a qualidade de vida e bem-estar em função de suas próprias predileções individuais. Ou seja, mediante a sua própria constituição de um *êthos* legítimo. Para atingir esse ideal de pertencimento ao sistema médico, o sujeito *borderline* recorre, ainda, a múltiplas instituições sociais, como o hospital, almejando corrigir ou aprimorar as intercorrências do corpo físico e os desvios comportamentais que afastam o sujeito de seu lugar representativo na sociedade ou, em suma:

Como um bom lutador, devemos aprender exclusivamente aquilo que nos permitirá resistir aos acontecimentos que se podem produzir; devemos aprender a não nos deixar perturbar por eles, a não nos deixar levar pelas emoções que eles poderiam suscitar em nós. (FOUCAULT, 1997, p. 127).

Quer dizer, a resistência afeta os deslocamentos dos sujeitos no discurso clínico. Defronte essas análises dos dois estudos de caso, pelos quais foi possível estabelecer o *olhar*

*do paciente sobre si mesmo* em oposição ao *olhar do médico*, obtemos constatações suficientes para conduzir o enfoque não para as relações entre sujeitos ou dos sujeitos consigo mesmos, mas dessa vez para a relação do sujeito *borderline* com os fatores culturais. Reunimos um inventário de elementos de subjetivação historicamente definidos pela posição dos sujeitos em diferentes condições culturais, as quais depreendem o que será chamado de *cuidado de si*. Dessa forma, com essas regularidades exploradas e delineadas, conseguiremos associar as constatações elencadas até aqui à compreensão de uma regularidade discursiva do sujeito *borderline*.

### 4.3 Fatores culturais

Neste subtópico, avançamos na investigação das sequências discursivas ainda sob a perspectiva genealógica de análise, especificamente sobre as relações entre os elementos de *subjetivação*. Pensamos em uma das técnicas de controle de conduta do próprio sujeito *borderline*, o aspecto filosófico do *cuidado de si* enquanto fator de otimização das próprias práticas, em conformidade ao lugar do sujeito *borderline* no discurso clínico. *A priori*, essa técnica abarca a obediência a determinados preceitos socioculturais com o objetivo de assegurar a sua posição privilegiada naquela conjuntura de relações de poder, tais como a arquitetura do modelo religioso ou familiar que defende um princípio de verdade, consolidada historicamente, como um meio de prolongar a estabilidade de certas relações de poder específicas sobre agrupamentos de sujeitos. Nesse sentido, conduzimos a análise do *corpus*.

Selecionamos três enunciados recortados de três artigos científicos que se referem, em semelhantes condições de produção, às relações entre o sujeito paciente com transtorno de personalidade *borderline* e a concepção dos sintomas mediante os fatores culturais de emergência em grupos sociais distintos. Interrogamos de que modo essas sequências discursivas objetivam o sujeito *borderline* como um produto do contexto cultural no qual está inserido. Justificamos a análise por ser oportuno elencar como as *instabilidades emocionais*, o *distúrbio de identidade* e o *comportamento social* compõem elementos de subjetivação específicos de cada posição ocupada pelos sujeitos no discurso clínico. Para isso, buscamos identificar como a verdade sobre o transtorno se constrói e afeta as técnicas de manifestação do desejo nos entremeios da *liberdade*, da *ética* e das *resistências* enquanto técnicas de controle dos corpos. Vale ressaltar que não procuramos descrever os aspectos particulares de cada



cultura, mas sim mostrar como a variação de cada elemento cultural afeta a eleição de efeitos de subjetivação. Seguem as sequências discursivas para posterior esquadramento:

*SD 35.* i) Emoções no contexto cultural: indivíduos com TPB frequentemente coocorrem com outros transtornos de humor/afetivos (Klein, 1977; Gunderson, 1984; Stone, 1986; Johnson, 1991; Judd e McGlashan, 2003). A expressão de sentimentos fortes é culturalmente desencorajada, então eles são geralmente expressos psicossomáticamente como dores de cabeça, problemas de estômago, etc. (Liu *et al.*, 2004). Sentimentos de mágoa, culpa, aversão a si mesmo, desesperança, impotência e não ser amado estão associados a características do TPB sempre que ocorre uma crise interpessoal. Portanto, esses sentimentos fortes levam a uma forte necessidade de apoio emocional e nutrição para atender às necessidades afetivas. Os sistemas sociais e familiares dinâmicos fornecem apoio emocional e nutrição. Se esse sistema carece de suporte, esses sentimentos não são atendidos e resultam em uma crise ou colapso emocional, levando à experiência de características do TPB. Por outro lado, esse sistema pode inibir ou facilitar a expressão aberta de tais sentimentos fortes indicativos de TPB. Consequentemente, o sistema social protetor e os fatores culturais ajudam na experiência e na expressão aberta de emoções, que podem ser fortes o suficiente para dar um diagnóstico de TPB; ii) Self e Cultura: noções psicológicas como autoconceito e autoimagem devem ser levadas em consideração, pois são fortemente influenciadas por forças culturais. A representação mental do self é influenciada pelo ambiente em que o indivíduo cresce e com o qual interage. De acordo com Markus e Kitayama (1991), os indivíduos carregam um senso diferente de self em relação a como ele se relaciona com outras pessoas significativas em todas as culturas. Lalonde *et al.* (2004) enfatizaram que os asiáticos tendem a desenvolver um self interdependente, que é uma visão mais fluida e flexível ligada aos outros. (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4).<sup>47</sup>

*SD 36.* O terceiro e o oitavo critérios do DSM avaliam o distúrbio de identidade e os sentimentos crônicos de vazio. As dimensões culturais propostas por Hofstede são relevantes para um senso de identidade e podem modular o que levaria à angústia de identidade em diferentes culturas. Do ponto de vista desse modelo, o sofrimento com a identidade emergiria do sentimento de culpa e da alienação em culturas individualistas; da rejeição e do conflito social em culturas coletivistas; de uma sensação de fracasso e da autocensura em culturas de alto diferencial de poder; da incerteza pessoal e da confusão em culturas de baixo diferencial de poder; da culpa, de problemas de competência e de déficits de desempenho nas culturas masculinas; [...] Os seguidores de Confúcio refletem diariamente sobre o crescimento pessoal por meio do processo de Xiu Yang. A identidade em países confucionistas não pode ser

---

<sup>47</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “i) *Emotions in Cultural Context: individuals with BPD often co-occur with other mood/affective disorders (Klein, 1977; Gunderson, 1984; Stone, 1986; Johnson, 1991; Judd and McGlashan, 2003). Expression of strong feelings is culturally discouraged, so they are usually expressed psychosomatically in terms of headaches, stomach problems, etc. (Liu et al., 2004). Feelings of hurt, blame, self-loath, hopelessness, helplessness, and being unlovable are associated with BPD features whenever an interpersonal crisis occurs. Therefore, these strong feelings lead to a strong need for emotional support and nurturance to fulfill one’s affectional needs. The dynamic social and family systems provide emotional support and nurturance. If this system lacks support, these feelings are unmet and result in an emotional crisis or breakdown, thereby leading to the experience of BPD features. On the other hand, this system may inhibit or facilitate the overt expression of such strong feelings indicative of BPD. Hence, the protective social system and cultural factors help in the experience and overt expression of emotions, which may be strong enough to give a diagnosis of BPD; ii) Self and Culture: psychological notions such as self-concept and self-image must be taken into consideration as they are strongly influenced by cultural forces. The mental representation of self is influenced by the surroundings in which the individual grows up and interacts with. According to Markus and Kitayama (1991), individuals carry a different sense of self concerning how it is related to significant others across cultures. Lalonde et al. (2004) have emphasized that Asians tend to develop an interdependent self, which is a more fluid and flexible view bound to others.*” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4).

avaliada sem entender o quão próximo a pessoa valoriza Ren, Yi e o processo de Xiu Yang. Alguém que experimenta confusão sobre sua identidade, mas que segue essas tradições, pode ser considerado como tendo lutas normativas e estar no processo de Xiu Yang. Além disso, a identidade envolve toda a família, e a emoção mais frequentemente associada à violação dessa identidade é a vergonha. Assim, o distúrbio de identidade nessas culturas deve incluir avaliações da vergonha da família e visões pessoais de si mesmo e de autoaperfeiçoamento. (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23).<sup>48</sup>

*SD 37.* Cada sociedade contém estruturas que dirigem e controlam o comportamento social. Além disso, as abordagens de anormalidades comportamentais que ameaçam normas e padrões sociais aceitos podem ser muito específicas dentro de cada cultura. Algumas sociedades têm sistemas sociais integrados com normas claras que apoiam o comportamento controlado, tornando a impulsividade menos provável. Em sociedades com papéis sociais mais clara e inequivocamente prescritos pela sociedade, é menos provável que surjam problemas de identidade. O desenvolvimento e as mudanças sociais podem impactar o funcionamento da personalidade de maneiras diferentes. [...] As definições de desenvolvimento saudável e bem-estar mental variam, e cada cultura apresenta uma gama diversificada de desafios no desenvolvimento da personalidade e no funcionamento diário. [...] E enquanto algumas culturas encorajam e promovem certos traços e padrões, outras podem suprimir, desvalorizar ou ignorar essas mesmas características de caráter (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2).<sup>49</sup>

Adotemos as *técnicas de manifestação do desejo* como o primeiro objeto do discurso. Em *SD 35*, retrata-se como a compreensão das emoções pode sofrer alterações a depender do contexto cultural asiático. Primeiramente, o sujeito autor inicia o enunciado localizando o transtorno *borderline* no rol de outros “transtornos de humor/afetivos” baseado nos estudos de outros autores. Isso denota a articulação de diferentes correntes teóricas enquanto uma estratégia discursiva para subsidiar as afirmações seguintes e consolidar a sua função-sujeito no discurso clínico. No trecho seguinte, “A expressão de sentimentos fortes é culturalmente desencorajada, então eles são geralmente expressos psicossomicamente em termos de dores de

---

<sup>48</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*The third and eighth criteria in the DSM assess identity disturbance and chronic feelings of emptiness. The cultural dimensions proposed by Hofstede are relevant to a sense of self and can modulate what would lead to identity distress in different cultures. From the perspective of this model, distress with one’s identity would emerge from feelings of guilt and alienation in individualistic cultures; rejection and social conflict in collectivistic cultures; a sense of failure and self-blame in high power differential cultures; personal uncertainty and confusion in low power differential cultures; guilt, problems with competence, and performance deficits in masculine cultures; [...] Confucius followers reflect daily on personal growth through the process of Xiu Yang. Identity in Confucian countries cannot be assessed without understanding how closely the person values Ren, Yi, and the process of Xiu Yang. Someone who experiences confusion about his or her identity, but who follows these traditions may be considered to have normative struggles and to be in the process of Xiu Yang. In addition, identity involves one’s entire family, and the emotion most often associated with violating this identity is shame. Thus, identity disturbance in these cultures should include assessments of family shame, and personal views of the self and of self-improvement.*” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23).

<sup>49</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Each society contains structures that direct and control social behavior. In addition, approaches to behavioral abnormalities that threaten the accepted social norms and patterns can be very specific within each culture. Some societies have integrated social systems with clear norms that support controlled behavior, making impulsivity less likely. In societies with social roles that are more clearly and unambiguously prescribed by society, identity problems are less likely to emerge. Societal development and changes can impact personality functioning in different ways. [...] Definitions of healthy development and mental wellbeing vary, and each culture present with a diverse range of challenges in personality development and daily functioning.*” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2).

cabeça, problemas de estômago, etc.” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4), o sujeito autor caracteriza a “expressão dos sentimentos” como “fortes”, ou seja, associa a descrição do comportamento ao diagnóstico e depois qualifica esse sintoma como “culturalmente desencorajada”. O fator cultural emerge à medida que invalida o sintoma do paciente e desloca o sujeito *borderline* de formações discursivas providas de um discurso cultural para um discurso clínico que formaliza documentalmente a “expressão dos sentimentos fortes” como decorrentes dos “transtornos de humor/afetivos”.

Além disso, o uso da palavra “desencorajada” pressupõe a existência de uma alteridade social que julga ou afeta o comportamento do paciente escapando do discurso clínico que defende a patologização do sintoma na esteira do saber médico. Dessa forma, o sintoma não se objetiva no campo da psiquiatria, mas sim no campo da cultura social externa ao sofrimento institucionalizado e, portanto, passível de diagnóstico e tratamento. Logo, o sujeito autor acrescenta o distanciamento da patologização do sofrimento ao utilizar o termo “psicossomicamente” para se referir aos sintomas de “dor de cabeça, problemas de estômago, etc.”. Aqui, visualizamos a objetivação do sujeito *borderline* como aquele que, culturalmente, não possui diagnóstico psiquiátrico específico para um transtorno de personalidade, mas médico, devido à localização dos sintomas no inventário de doenças de ordem orgânica.

Nesse contexto, essa racionalização apresentada pelo sujeito autor desencadeia impactos sobre a maneira como o sujeito *borderline* se vê nessas circunstâncias. Verificamos no trecho “Sentimentos de mágoa, culpa, aversão a si mesmo, desesperança, impotência e não ser amado estão associados a características do TPB sempre que ocorre uma crise interpessoal” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4), a eleição de outros sintomas associados ao transtorno de personalidade. Esses sintomas são validamente patologizados no saber clínico, entretanto são descritos como comportamentos inerentes a sujeitos não diagnosticados com qualquer transtorno de personalidade, pois o fato de o sujeito autor associar a expressão “culturalmente desencorajada” aos critérios diagnósticos “mágoa, culpa, aversão a si mesmo, desesperança, impotência” revela as probabilidades de esse sujeito *borderline* não se sentir validado pelo diagnóstico clínico.

Questionamos, nesse caso, como o discurso clínico sofre modificações no processo de patologização ao ser atravessado por esses fatores culturais como elementos intrínsecos às condições de possibilidade de discursos culturais. Vemos um fator de resistência da postura da instituição hospitalar diante dessa irrupção cultural no trecho “Consequentemente, o sistema social protetor e os fatores culturais ajudam na experiência e na expressão aberta de emoções,

que podem ser fortes o suficiente para dar o diagnóstico do TPB” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4). Em outras palavras, o chamado “sistema social” crivado pela cultura é abordado como uma “ajuda” na demarcação dessa patologização que sofre dificuldades para determinar o diagnóstico, já que o sujeito autor usa a expressão “ser fortes o suficiente” para justificar a necessidade de o sujeito ser reconhecido como dotado de um transtorno de personalidade, apesar de o fator cultural não ser “suficiente” para qualificar um sintoma como uma questão clínica diagnosticável.

Partindo dessa introdução, verificamos no subtítulo *Self e Cultura* o relato do sujeito autor sobre como essas circunstâncias históricas afetam o modo como o sujeito *borderline* recebe o diagnóstico. Primeiramente, afirma: “noções psicológicas como autoconceito e autoimagem devem ser levadas em consideração, pois são fortemente influenciadas por fatores culturais” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4). A escolha dos termos “devem ser levadas em consideração” induz pensarmos na existência de um sujeito anônimo, quanto a sua posição regular no discurso clínico, que executa esta ação no enunciado. Logo, essa função-sujeito integra o lugar social daquele que não faz parte da comunidade médica, isto é, da alteridade social externa à instituição hospitalar. Indagamos “quem” deve ser levado em consideração, a fim de o sujeito não ser diagnosticado diferentemente na comunidade médica devido à invalidação cultural dos sintomas. Diante dessa questão, o sujeito autor apresenta os termos “autoconceito” e “autoimagem” em relação a “forças culturais”, ou seja, a maneira como o sujeito *borderline* se enxerga também é levada em consideração no processo diagnóstico sempre em relação ao âmbito cultural.

Assim, entendemos que o sujeito *borderline* recebe esse diagnóstico em um jogo de subjetivação do modo como se percebe nesse processo avaliativo, pois deve se objetivar no conhecimento médico, atravessado pelo discurso clínico, em oposição ao conhecimento não-médico, provindo da influência cultural, uma vez que “A representação mental do *self* é influenciada pelo ambiente em que o indivíduo cresce e com o qual interage” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4). Essa “interação” reitera o movimento de subjetivação necessário para se firmar em uma dada relação de poder entre o sujeito *borderline* e a sociedade não patologizadora, a qual interdepende no escopo cultural. Por último, o sujeito autor mobiliza o estudo de Markus e Kitayama (1991 *apud* CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4) para demarcar, estrategicamente, a fundamentação teórico-clínica da objetivação do “*self*” enquanto um fator a ser patologizado no caso dos pacientes com transtorno de personalidade. Além disso, acrescenta a constatação de Lalonde (2004 *apud* CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4) em

“ênfatizam que os asiáticos tendem a desenvolver um *self* interdependente, que é uma visão mais fluida e flexível lidada aos outros”, reafirmando a existência de uma hierarquia entre a sociedade asiática e a patologização do sujeito *borderline* no interior do saber médico.

Em síntese, vislumbramos que as *técnicas de manifestação do desejo* podem ser descritas, enquanto elemento de subjetivação no enunciado, à medida que esse *self* sofre modificações histórico-culturais e afeta a percepção de si do sujeito *borderline*. Esse deve se ver no processo de objetivação durante o diagnóstico e deve, também, inscrever-se em uma ordem do discurso clínico para se deslocar do seu lugar social prescrito na cultura asiática para uma função-sujeito na instauração de sua avaliação médica do comportamento. O *cuidado de si*, portanto, emerge do estabelecimento dessas técnicas ao condicionar o modo como esse paciente deve engendrar suas práticas, visando romper com os preceitos e normas sociais e se vincular em um rol de probabilidades do diagnóstico clínico, o que toma, dessa forma, os sintomas como patologizados e opostos ao tratamento cultural fora da instituição hospitalar.

Já em *SD 36*, semelhantes condições de produção são visualizadas, agora não no contexto asiático, como em *SD 35*, mas no ocidental. O sujeito autor inicia o enunciado citando os manuais para subsidiar o lugar clínico dos sintomas “distúrbio de identidade” e “sentimentos crônicos de vazio” em “O terceiro e o oitavo critérios do DSM avaliam o distúrbio de identidade e os sentimentos crônicos de vazio” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23). Na sequência do enunciado, mobiliza um estudo científico para sustentar o argumento de que “As dimensões culturais propostas por Hofstede são relevantes para um senso de identidade e podem modular o que levaria à angústia de identidade em diferentes culturas” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23). Desse modo, o sujeito autor reconhece o deslocamento dos sintomas objetivados a depender do incurso de cada cultura. Para confirmar esse deslocamento, utiliza palavras como “alienação”, “rejeição”, “fracasso”, “incerteza”, “culpa”, entre outras, para demonstrar conhecimento sobre essas singularidades culturais.

Nesse sentido, essas descrições dos sentimentos do sujeito *borderline* em cada cultura revelam diferentes concepções das próprias condutas no interior do saber clínico, em que, em cada configuração social, o modo como cada sujeito paciente se concebe na relação com seu diagnóstico define a sua reação, ou melhor, o reconhecimento de sua própria conduta na instituição hospitalar. Assim, o ponto central dessas qualidades possui como fulcro um vetor comum: “o sofrimento com a identidade”. Ou seja, se tomarmos o objeto do discurso “sofrimento” como um fator comum ao diagnóstico amparado pelos manuais, observamos que, segundo o enunciado, cada cultura constrói uma verdade própria a despeito de quais instâncias

o sujeito médico deve se apoiar para definir o diagnóstico adequado ao sujeito *borderline*. Por conseguinte, o sujeito autor sinaliza essa racionalidade no trecho “Pode ser importante explorar se uma identidade perturbada em culturas com dimensões diferentes se encaixaria na mesma definição” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23). Nesse sentido, o sujeito autor pontua ser relevante a descrição de fatores culturais para determinar a “identidade perturbada” em conformidade com os preceitos pregados em cada grupo social.

O sujeito *borderline* objetivado no *corpus*, portanto, é perpassado por uma conjectura de fatores culturais inerentes à própria constituição de suas práticas. O fato de o sujeito autor mencionar a variação dos sintomas de acordo com cada cultura e de acordo com a autopercepção do sujeito *borderline* indica a existência de elementos de subjetivação emergentes a partir da seleção de características atribuídas pelos sujeitos psiquiatras a cada lugar social. Constatamos que as *técnicas de manifestação do desejo* no Ocidente, mediante análise do enunciado, dependem estritamente da objetivação dos sintomas prescritos pelos manuais, que sofrem transformações históricas conforme os sujeitos psiquiatras descrevem o comportamento dessa ou daquela forma. Observamos como regularidade das condições de produção, tanto em *SD 35* quanto em *SD 36*, a influência dos fatores culturais no estabelecimento de paradigmas de comportamentos esperados ou previstos em relação aos manuais e, ao mesmo tempo, ressignificados pela dinamicidade do saber clínico em cada realidade geográfica, sendo ela asiática ou ocidental. Cada sujeito, dessa forma, firma o *cuidado de si* a partir dos motes de circunstâncias determinados pela cultura, sempre em oposição ao saber médico patologizador de condutas. Isso significa que a *estética de si*, ou melhor, as *técnicas de si*, de acordo com a análise dos enunciados, são sempre correlacionadas ao lugar sociocultural em cada recorte histórico. Além disso, a interpretação dos manuais sofre variações em sua operacionalização diagnóstica, por exemplo, “invalidante”, em *SD 35*, ou “condicionada”, em *SD 36*.

Por último, analisemos os elementos de subjetivação do *cuidado de si* em *SD 37*. O sujeito autor inicia o enunciado com a afirmação: “Cada sociedade contém estruturas que dirigem e controlam o comportamento social” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2). Já se instaura aqui um pressuposto para a organização dos dizeres seguintes, relacionando os termos “sociedade”, “controlam” e “comportamento social”, nessa ordem. Chamamos a atenção para o trecho “Além disso, as abordagens às anormalidades comportamentais ameaçam as normas e padrões aceitos podem ser muito específicas dentro de cada cultura” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2). A escolha da palavra “anormalidades” situa o sujeito *borderline* como filtrado por

reações distantes de dada “normalidade” estabelecida pelo saber clínico. Em seguida, qualifica essa constatação como uma “ameaça” às normas e padrões e, finalmente, utiliza o termo “aceitos” para se referir ao aspecto cultural particular de cada região.

Aventamos a pensar que essa sequência lexical demonstra uma preocupação do sujeito autor em objetivar o sujeito *borderline* como aquele que se desvia de normas, as normatizações, e padrões, as normalizações, ambos fixados por cada cultura a qual situa ou não os comportamentos no processo diagnóstico enquanto fatores clínicos ou fatores culturais. Condicionar a descrição e avaliação dos comportamentos ao que se normaliza e padroniza em uma dada sociedade afere à técnica de controle das condutas, como legitimado em “Algumas sociedades têm sistemas sociais integrados com normas claras que apoiam o comportamento controlado, tornando a impulsividade menos provável” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2). A eleição do adjetivo “claras” atribuído a “normas” mostra a estratégia do sujeito autor em reafirmar a relevância de essas normas serem aplicadas de maneira efetiva aos sujeitos para que não se enquadrem como patologizáveis, isto é, passíveis de integrarem os critérios estabelecidos nos manuais. Para assegurar a aplicação dessas normas, ainda usa a demarcação “comportamento controlado”, a fim de delegar a responsabilidade da cultura de “controlar” os comportamentos e classificá-los como “aceitos” ou “não aceitos” no discurso clínico. Para compor sua tática discursiva, o sujeito autor associa essa instância a um dos sintomas integrantes dos critérios diagnósticos do transtorno, a “impulsividade”.

Na sequência, notamos elementos de subjetivação inerentes ao *cuidado de si*. No excerto “Em sociedades com papéis sociais mais claros e inequivocamente prescritos pela sociedade, é menos provável que surjam problemas de identidade” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2), insere-se a percepção do sujeito *borderline*, “problemas de identidade”, acerca da dinâmica cultural do diagnóstico, ao relacioná-la aos “papéis sociais mais claros”. Nessa perspectiva, afirmamos que o sujeito *borderline* precisa reconhecer o seu “papel social” na cultura a qual está filiado para definir como se vê nesse processo diagnóstico e, ademais, essa autopercepção ser relevante para o olhar do sujeito psiquiatra. No trecho “As definições de desenvolvimento saudável e bem-estar mental variam e cada cultura apresenta uma gama diversificada de desafios no desenvolvimento da personalidade e funcionamento diário” (RONNINGSTAM *et al.*, 2018, p. 2), esse *cuidado de si* pode ser conferido a partir da associação da relação entre diagnóstico-cultura e os elementos “desenvolvimento saudável” e “bem-estar mental”, pois sofrem alterações históricas quanto à compreensão do saber clínico. Em outras palavras, segundo o enunciado, o sujeito *borderline* reflete sobre as suas próprias práticas de modo

distinto em cada cultura em um jogo de verdades construídas sobre a prática clínica a partir de cada conjunto de articulações fixadas culturalmente em dada sociedade. Em *SD 37*, o processo de subjetivação ocorre de maneira “controlada” e “tencionada” pelos fatores culturais, o que depreende, dessa forma, um mote de estetizações singulares a cada vez que uma função-sujeito se modifica ante o mesmo diagnóstico capaz de classificar um paciente em sujeito *borderline*.

Em suma, regularmente em *SD 35*, *SD 36* e *SD 37*, as técnicas de manifestação do desejo são “condicionadas a” fatores culturais. O processo de subjetivação nesses enunciados depende estritamente das influências culturais, que subjagam não somente o entendimento do transtorno de personalidade *borderline* na literatura médica, mas também a objetivação desse sujeito *borderline* sob espectros individualizantes. Assim, pensar em *cuidado de si* reflete na instalação das normas e padrões vigentes no discurso clínico naquele momento histórico, haja vista a oscilação de leituras que cada sujeito psiquiatra realiza dos manuais para compor os requisitos comportamentais integrantes do processo diagnóstico. Visualizamos, assim, que as práticas de normatização apresentadas nos três enunciados elucidam a operacionalização das normalizações, ou seja, as normatizações inerentes ao saber médico incidem sobre as normalizações operacionalizadas pelos fatores culturais no processo diagnóstico pautado em elementos de subjetivação tanto do olhar do psiquiatra quanto do olhar do paciente para o próprio “*self*”.

Por outro lado, Foucault (2004) integra em seus argumentos a assídua paridade da *liberdade*, ou melhor, do *sujeito livre e ético*. “Ético” aqui não no sentido de um sujeito que obedece ou não às normas delineadas pela cultura, mas no sentido de um sujeito que conduz as suas práticas em direção a uma deliberação reconhecida e legitimada pelo sistema fecundo de regimes de verdade clínica sobre aquela realidade singular da instituição hospitalar. Para tanto, a partir da análise do *corpus*, o sujeito *borderline* inicia o estabelecimento de valores individuais coerentes com seus próprios desejos, no entanto, sempre autorizados ou não pelas táticas de *governo do sujeito* fomentados pelo saber médico e pelos fatores culturais. Percebemos, semanticamente, essas táticas no *corpus* enquanto um elemento de subjetivação como *técnica de si*. Observamos que o sujeito *borderline* pode ser instaurado como um *sujeito livre* mediante a disposição enunciativa das três sequências discursivas, sobre as quais nos atentemos.

Primeiramente, em *SD 35*, os sentimentos inadequados dos pacientes “levam a uma forte necessidade de apoio emocional e nutrição para atender às necessidades afetivas”, ou seja, a liberdade do sujeito se limita a uma “forte necessidade”, mas não uma dependência absoluta de outros sujeitos. A escolha do adjetivo “forte” aponta a posição do sujeito autor diante dessa



questão de avaliação da liberdade, pois, presumimos, que, mediante o termo “necessidade”, apesar de o sujeito *borderline* ter problemas afetivos na interação com outros sujeitos, ainda sim inscreve-se em uma posição de resistência no discurso clínico, já que, ao se referir ao sistema dinâmico de apoio, o sujeito autor afirma que “Por outro lado, esse sistema pode inibir ou facilitar a expressão aberta de tais sentimentos fortes indicativos de TPB” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4). Afirmamos que as ações de “inibir” ou “facilitar” demonstra a mobilidade de decisões sobre as próprias escolhas do sujeito *borderline*. Vemos, aqui, a liberdade sendo objetivada, semanticamente, mediante a descrição de uma dada relação de poder entre o sujeito *borderline* e aqueles que integram os “sistemas sociais e familiares”, em que ocupa uma posição passiva segundo o saber clínico, “forte necessidade”, mas, ao mesmo tempo, ativo, “inibir ou facilitar”. Questionamos, assim, de que forma essa liberdade incide sobre o sujeito livre e ético. A ética se concebe pela autoanálise do sujeito *borderline* em razão de como expressam seus sentimentos e como esses sentimentos são governados pelo saber clínico, tal em “se esse sistema carece de suporte, esses sentimentos não são atendidos” (CHOUDHARY; GUPTA, 2020, p. 4). O atendimento, ou “suporte”, portanto, condiciona-se à recepção ética desses sentimentos a partir da *experiência de si* no discurso clínico. Ressaltamos que essa *experiência de si* concerne no momento da confissão do sujeito *borderline* ao sujeito psiquiatra, como analisado em enunciados anteriores.

Já em *SD 36*, o sujeito autor descreve a tradição dos ensinamentos de Confúcio como um modelo de ritos comportamentais que podem contribuir para a remissão dos sintomas do transtorno de personalidade *borderline*. No trecho “Os seguidores de Confúcio refletem diariamente sobre o crescimento pessoal por meio do processo de Xiu Yang” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23), a expressão “refletem diariamente” denota uma característica desse sujeito livre ao permitir a deliberação voluntária sobre as próprias condutas. Além disso, no excerto “A identidade em países confucionistas não pode ser avaliada sem entender o quão próximo a pessoa valoriza Ren, Yi e o processo de Xiu Yang” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23), a escolha da palavra “valoriza” representa o posicionamento do sujeito *borderline*, vinculado à essa filosofia, o qual detém o direito de valorizar ou não os ensinamentos de maneira livre ou, em reação, esse direito ao ser negado é associado à “vergonha”.

A liberdade é confirmada em “Assim, o distúrbio de identidade nessas culturas deve incluir avaliações da vergonha da família e visões pessoais de si mesmo e de autoaperfeiçoamento” (NEACSIU *et al.*, 2017, p. 23), ou seja, olha-se para si mesmo em relação ao que é premeditado pelo núcleo familiar e, eticamente, escolhe livremente se vincular às

tradições delineadas por Confúcio ou não. Para tanto, a ética se enquadra nesse jogo de “vergonha” e “visões pessoais de si mesmo” diante do “autoaperfeiçoamento”. As *técnicas de si* adotadas, a esse respeito, perpassam o *cuidado de si* quando o sujeito autor manifesta no enunciado a liberdade de escolha do sujeito *borderline* a partir de sua própria deliberação sobre suas práticas autorizadas pelo discurso clínico.

Por último, em *SD 37*, essa liberdade de controle sobre as próprias práticas é, ao mesmo tempo, condicionada e vetada pelos fatores culturais. O sujeito autor afirma “E enquanto algumas culturas encorajam e promovem certos traços e padrões, outras podem suprimir, desvalorizar ou ignorar essas mesmas características de caráter”. Nesse enunciado, observamos a possibilidade de resistência às imposições dos padrões sociais ao utilizar o verbo “encorajam”, ou seja, incentivam, mas não impõem o cumprimento dessas práticas sociais. No entanto, por outro lado, os verbos “suprimir”, “desvalorizar” e “ignorar” são associados à construção do “caráter” de maneira não “livre”, porém “condicionada” às determinações culturalmente fixadas.

Isso acarreta a instauração desses padrões. De acordo com o enunciado, para que um padrão seja estabilizado em dada cultura, faz-se necessário um acordo convencional entre os sujeitos de um grupo social e isso condiz com os limites culturais serem permeados pelas variações de condutas do sujeito *borderline*, pois, ao sofrer uma espécie de “pressão” por parte dos fatores culturais, direciona-se para um lugar “ideal” no que se refere às “características de caráter”. Dessa forma, o sujeito *borderline* se inscreve nessa ordem de padrões culturais para conservar as suas próprias características, a fim de se “encaixar” no seu lugar privilegiado ditado pelo seio social. O *cuidado de si*, aqui, pormenoriza as *técnicas de si* elegidas do sujeito com as próprias práticas, pois, de acordo com o enunciado, as suas ações não são totalmente livres ou passíveis de resistência, tendo em vista a motivação ética para cumprir com as atribuições culturais vigentes durante o processo diagnóstico.

Em resumo, afirmamos que essa “liberdade” e essa “ética” integram a preocupação do sujeito *borderline* em se colocar no centro de sua própria percepção de seu papel social em dada cultura. Para tanto, consolida-se, como uma estratégia do sujeito autor, evidenciar esse olhar para si com base na legitimação e autenticação não somente do sujeito psiquiatra ou da família, mas também de si mesmo. Ou, como sinaliza Foucault (2004, p. 271), “[...] para cuidar bem de si, é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade”. Dessa forma, determinados sujeitos servem de paradigma que, predominantemente em algumas camadas sociais, orientam feitos condizentes

ao seu posicionamento nas relações de poder, nesse caso, o sujeito psiquiatra sobre o sujeito *borderline* no atendimento em consultório, por exemplo. Culturalmente, o sujeito *borderline* não somente recebe um diagnóstico, um tratamento e inicia um processo de readaptação comportamental ou medicamentosa, mas possui, no caso da análise do *corpus*, a liberdade de refletir eticamente sobre a sua própria prática com o objetivo de aprimorar suas condutas e amenizar os sintomas do transtorno, pois concordamos que:

Um *sujeito* é, portanto, em todas as culturas, algo “mais” do que a moral e o direito dele fazem. Um sujeito não é apenas o agente passivo de um código; é também uma prática, uma atividade que se manifesta através de uma ética e de uma política, sempre específicas. Uma cultura não é apenas lida através das leis e dos “valores” que impõe aos seus membros, mas também – e sobretudo – através dos problemas que os incita a colocar a eles próprios. (DELRUELLE, 2004, p. 19, grifo do autor).

Nessa perspectiva, mediante as análises em tela, o sujeito *borderline* “cuida-se de si” para garantir o seu lugar de direito no interior do saber da medicina crivado pela cultura consoante à posição do sujeito psiquiatra na relação de poder. Assim sendo, o “sujeito livre e ético” é aquele capaz de permear suas práticas de modo estratégico, a fim de formalizar relações de resistência, pois, acrescenta Foucault (2004, p. 277), “se há relações de poder em todo o campo social, é porque há liberdade por todo lado. Mas há efetivamente estados de dominação”. Em outras palavras, o exercício do poder parte do princípio de que há sempre uma viabilidade de resistência, pois, do contrário, torna-se uma relação de interdição ou coação, no caso da disciplina. Isso significa que o sujeito *borderline* constituído por uma dada cultura específica pode obedecer às normatizações institucionais ou familiares, ou, em contrapartida, pode resistir às exigências normalizadoras e ressignificar a incidência dos sintomas, tornando-os mais ou menos afetivos segundo sua avaliação e prescrição.

Dessa maneira, observa-se a necessidade de o sujeito olhar para as próprias práticas, já que o sistema institucional ou familiar oferece espaços privilegiados aos que cuidam de si em cada cultura. Por exemplo, o paciente doente mental, ao ser submetido a um exame clínico, em uma relação de poder psiquiatra-paciente, consente o diagnóstico e a terapia a partir do momento em que compreende de modo consciente os benefícios próprios em assentir o enquadramento do profissional da saúde em uma das categorias de doenças mentais, sendo tais benefícios como o “bem-estar”, a “isenção do sofrimento” ou a “recuperação de direitos sociais”. Por outro lado, o indivíduo vertido em sujeito e membro de uma estrutura familiar, ao seguir a tradição cultural, representa a “honra” e não a “vergonha”, tal como sinalizado em *SD 37*, por exemplo.

Resgatamos a concepção de *moral* para ponderar acerca da constituição dessas tradições culturais. Segundo Foucault (2004, p. 211), o âmbito da *moral* se caracteriza “[...] como um conjunto de valores e de regras de conduta que são propostas aos indivíduos e aos grupos por meio de diversos aparelhos prescritivos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas etc.”. Isso implica pensar sobre as práticas *éticas de si* enquanto resultado do nível de aceitabilidade das condutas individualizantes, de modo coerente e equivalente à normalização vigente em uma coletividade de uma sociedade dada, pois como menciona no segundo volume da *História da sexualidade*,

*não é universalizando a regra de sua ação que, nessa forma de moral, o indivíduo se constitui como sujeito ético; é, ao contrário, por meio de uma atitude e de uma procura que individualizam sua ação, que modulam e que até podem dar um brilho singular pela estrutura racional e refletida que lhe confere. (FOUCAULT, 1984, p. 73, grifos no original).*

No caso dos enunciados, a moralidade indica a constituição de um sujeito *borderline* controlado por mecanismos de poder culturais que se pautam no espectro da ética e se remetem às *técnicas de si*, ou, sumariza Foucault (2004, p. 213), viabiliza-se a “elaboração do trabalho ético realizado sobre si mesmo, não apenas para tornar seu comportamento conforme a uma regra dada, mas sim para tentar transformar a si mesmo em sujeito moral de sua conduta”. Assim, tem-se um sujeito *borderline* gradativamente mais imerso nas técnicas de *controle de si* e mais pertencente a um sistema de autovigilância e vigilância do outro em conformidade com o que é coletivamente legitimado por essa moral suscetível a tornar o sujeito o *ser de si*.

Neste subtópico, buscamos aferir as condições de possibilidade, as quais os fatores culturais compõem a construção de *técnicas de si* enquanto elementos de *subjetivação* inerentes à constituição do sujeito *borderline* no *corpus*. Para tanto, delimitamos as *técnicas de manifestação do desejo*, o *cuidado de si* e o *sujeito livre*. Observamos, nos enunciados, que a cultura desempenha condições de produção do enunciado específicas para que o sujeito *borderline* construa uma imagem de si no discurso clínico, amparado pelo saber médico, e ocupe uma posição privilegiada na instituição hospitalar. Além disso, objetiva-se sob distintas instâncias circunstanciais de emergência, tais como as relações com os sujeitos psiquiatra e membros familiares ou tradições sociais em diferentes regiões, seja no Ocidente ou no Oriente. Percebemos, por meio da análise do *corpus*, que esses elementos de *subjetivação* partem de princípios estabelecidos não somente por relações de poder entre sujeitos, mas também da reflexão do sujeito sobre suas próprias práticas nessas relações de poder.

As *técnicas de si* apresentadas aqui são suficientes para entendermos que os sujeitos autores se inscrevem em determinadas formações discursivas que fazem emergir objetos discursivos para se vincularem ao discurso clínico por meio do amparo dos manuais ou de fatores culturais manifestados nos enunciados. Além disso, o sujeito *borderline* se objetiva no interior dos fatores culturais a partir de práticas de subjetivação das próprias condutas e da maneira como enxerga essas condutas mediante o atravessamento de discursos historicamente situados em cada um dos grupos sociais descritos nas sequências discursivas. Conseqüentemente, cremos que as conclusões elencadas até este momento da tese viabilizam a constituição do sujeito *borderline* na atualidade dos anos de 2020 e 2021.

#### 4.4 O impacto da pandemia da covid-19

Neste subtópico, objetivamos avançar nas análises dos elementos de *subjetivação* percebidos no *corpus*, ainda sob a articulação do princípio genealógico. Devido à atualidade desta pesquisa pertencer a um contexto sócio-histórico de pandemia desencadeada pelo rápido contágio do SARS-CoV-2, aventamos a pensar elementos de *subjetivação* do sujeito *borderline* nesse momento de quarentena e distanciamento social por entendermos a necessidade de investigar a produção de artigos científicos nessa especificidade sociocultural. Propomos a premissa de que os enunciados, produzidos sobre os impactos na saúde mental de pacientes com transtornos de personalidade, denunciam a transformação histórica do discurso clínico incidente sobre as condições de produção dos artigos. Portanto, buscamos alinhar as conclusões das sessões anteriores nessa atualidade histórica. Delineamos a análise das contribuições da obra foucaultiana e o exame dos enunciados para refletir sobre a constituição do sujeito *borderline* nos anos de 2020 e 2021, concernentes à realidade da pandemia.

Posto isso, primeiramente, selecionamos o artigo intitulado “Do lockdown à liberação: o impacto de diferentes pandemias de covid-19 em pessoas que sofrem de transtornos psiquiátricos”<sup>50</sup>, de Rigucci (2020), para analisar como as limitações estabelecidas pela prática do *lockdown* social afetam a objetivação do sujeito *borderline* diante da função-sujeito no discurso clínico crivado pelo campo do saber médico. A saber, tomamos como objeto do discurso a prática de *lockdown* enquanto intervenção do Estado na garantia do cumprimento das medidas preventivas do rápido contágio do vírus por meio de distanciamento e isolamento

---

<sup>50</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: *From lockdown to release: the impact of difference of Covid-19 pandemic on people suffering from psychiatric disorders.*

sociais. Segue o enunciado para subsequente análise:

*SD 38.* Caro Editor: Do primeiro homem na Europa com confirmação de ter contraído covid-19 internado em Codogno, no norte da Itália; a pandemia se espalhou pelo mundo como uma ameaça terrível à saúde pública e à sociedade. O governo italiano foi o primeiro a anunciar um bloqueio nacional (quarentena) desde o surto de coronavírus em Wuhan. A resposta psicossocial a um evento dessa magnitude é complexa. A quarentena é um desafio emocional para todos. Pode precipitar sentimentos de medo, raiva, ansiedade e pânico com o pior resultado possível, tédio e solidão. Espera-se que o impacto da pandemia de covid-19 na saúde mental seja significativo, considerando a resposta comportamental perturbada subjacente a eventos estressantes de pessoas com transtornos mentais (Dudley *et al.* 2011). A maioria dos estudos da covid-19 atual e epidemias anteriores (SARS em 2003 ou epidemia de influenza corona em 2009) mostraram que o pânico, a ansiedade e a depressão são as manifestações clínicas predominantes (Banerjee 2020). [...] Embora não existam estudos atuais investigando pessoas com transtorno de personalidade durante a pandemia, alguns argumentaram que os mais afetados serão pacientes com transtorno de personalidade *borderline* com sintomas agravados pela quarentena e o distanciamento social (Chong 2020). [...] Embora a ideia de que a pandemia de coronavírus possa ter algumas vantagens pareça perturbadora em face da destruição e morte que causou até agora, alguns de nossos pacientes relataram uma melhora nos sintomas desde o início do *lockdown*. [...] Outros experimentaram uma sensação de profundo alívio, mais energia e uma condição clínica melhor, visto que a velocidade de vida diminuiu devido à pandemia. [...] Eventos catastróficos e imprevisíveis, velando rumações ansiosas, podem oferecer um senso de perspectiva e escapar de sua própria vulnerabilidade. Começar a facilitar as medidas de bloqueio na fase dois da covid-19 certamente ajudará a maioria de nossos pacientes a progredir em direção a um novo normal; mas, por outro lado, esse novo cenário poderia atuar como um gatilho para que os sintomas atenuados explodissem em todos os pacientes que permaneceram estáveis durante a quarentena estrita. Os psiquiatras, mas também os profissionais de saúde envolvidos em serviços de emergência, devem estar mais atentos a esse risco para planejar encaminhamentos adequados e oportunos. Durante a estratégia de saída da covid-19, a mesma atenção deve ser dada à persistência e ao aumento do risco de infecção por covid-19 em pacientes psiquiátricos em comparação com a população em geral, o que é principalmente atribuível à sua baixa adesão às medidas de precaução implementadas em fase dois (ou seja, uso de equipamento de proteção individual com segurança, lavagem frequente das mãos, distanciamento social). Melhorar o monitoramento dos pacientes e de seus familiares nessa transição crucial é, portanto, essencial para uma avaliação cuidadosa de sua condição do ponto de vista psicopatológico e médico. (RIGUCCI, 2020, p. 601).<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Dear Editor: From the first man in Europe confirmed to have contracted Covid-19 hospitalized in Codogno, in the northern of Italy; pandemic have spread worldwide as a terrific threat to public health and society. The Italian government was the first to announce a nationwide lockdown (quarantine) since the Wuhan coronavirus outbreak. The psychosocial response to an event of this magnitude is complex. Quarantine is emotionally challenging for everyone. It can precipitate feelings of fear, anger, anxiety and panic about worse possible outcome, boredom, and loneliness. The impact of the Covid-19 pandemic in mental health is expected to be significant, in consideration of the underlying disrupted behavioural response to stressful events of people with mental disorders (Dudley et al. 2011). Most of the studies from this current Covid-19 and previous epidemics (SARS in 2003 or corona influenza epidemic in 2009) have shown panic, anxiety, and depression to be the predominant clinical manifestation (Banerjee 2020). [...] Although there are no current studies investigating people with a personality disorder during the pandemic, some argued that those more affected will be borderline personality disorder’ patients with symptoms worsened by the quarantine and the social distancing (Chong 2020). [...] Although, the idea that the coronavirus pandemic might have some upsides seems disturbing in the face of the destruction and death it has caused so far, some of our patients have reported an improvement in symptoms since the lockdown started. Some, mainly suffering from anxiety and depressive disorders, reported peaceful feelings as if the slowed rhythm of the world was finally within its reach. Others, have experienced a sense of profound relief, more energy, and a better clinical condition since the speed of life slowed*

Para efeito de análise, chamamos de *princípio da economia discursiva* o paradigma das propriedades constitutivas do sujeito *borderline* reunidas nas análises *arqueológicas*, *genealógicas* e o espectro das *técnicas de si*, pois essas abarcam as configurações de ordem e organização das relações entre *saber* e *poder* incidentes acerca dos elementos de *subjetivação* do sujeito *borderline*. Logo, intentamos isolar esse sujeito em seu lugar de emergência no discurso clínico mediante as condições de produção dos enunciados desencadeadas pelas práticas do isolamento e distanciamento sociais, as quais revelam as estratégias enunciativas adotadas pelo sujeito autor no processo de produção de subjetividades e, logo, de instâncias de *sujeição*. Ressaltamos, ainda, que pensamos *sujeição* neste subtópico como o efeito do exercício do poder instalado nas relações entre sujeitos. Essas relações são gerenciadas pelo imbricamento do *discurso clínico* e o que nomearemos de *discurso pandêmico*. Iniciemos a análise do *corpus*.

Em *SD 38*, o sujeito autor inicia o enunciado contextualizando o histórico da disseminação da covid-19 na Europa e, gradativamente, pelo restante do mundo. Utiliza os termos “ameaça terrível” para acionar a vinculação da pandemia ao Estado, especificamente à “saúde pública e à sociedade” e “o governo italiano”. Afirma que “A quarentena é um desafio emocional para todos”, ou seja, inclui todos os sujeitos independentemente de patologias, associando os sintomas “medo”, “raiva”, “ansiedade”, “pânico”, “tédio” e “solidão” como elementos de subjetividade constitutivas de um sujeito passível de desencadear esse sofrimento mesmo ainda não inserido no contexto clínico. Na sequência, aciona o estudo clínico de Dudley *et al.* (2011 *apud* RIGUCCI, 2020, p. 601) para deslocar esse sujeito de uma posição de “não patologizado” para “patologizado”, isto é, diagnosticado com transtorno mental, em “Esperase que o impacto da pandemia covid-19 na saúde mental seja significativo, considerando a resposta comportamental perturbada subjacente a eventos estressantes de pessoas com transtornos mentais”.

---

*due to the pandemic. [...] Catastrophic and unpredictable events, veiling anxious ruminations, can offer a sense of perspective and escape from its own vulnerability. Starting easing lockdown measures in the Covid-19 phase-two, will certainly help the majority of our patients making progress towards a new normal; but on the other hand, this new scenario could act as a trigger for attenuated symptoms to fully blown in all those patients who were stable during strict quarantine. Psychiatrists but also healthcare staff involved in emergency services must be more aware about this risk, to plan appropriate and timely referrals. During the undergoing Covid-19 exit-strategy, the same attention should be also paid on the persistence and increased risk for Covid-19 infection in psychiatric patients compared to the general population, which is mainly attributable to their low adherence to precautionary measures implemented on phase-two (i.e., use of personal protective equipment safely, frequent handwashing, social distancing). Enhancing monitoring of patients and their family members in this crucial transition, is thus essential for a careful assessment of their condition from both a psychopathological and medical point of view.” (RIGUCCI, 2020, p. 601).*

Como estratégia enunciativa para inter-relacionar o discurso clínico ao discurso pandêmico, o sujeito autor resgata uma memória discursiva de pandemias anteriores e seus respectivos impactos na saúde mental a fim de subsidiar as afirmações seguintes. Enfim, encerra a contextualização apresentando o limite científico da recepção dos novos dados da relação entre as medidas preventivas contra a covid-19 e o efeito no sujeito *borderline* em “Embora não existam estudos atuais”. Essa estratégia do sujeito autor em mobilizar duas funções-sujeito, *não patologizado* e *patologizado*, no interior do discurso clínico e, em seguida, do discurso pandêmico, revela-nos a preocupação em demarcar no enunciado como os sintomas desencadeados pela quarentena se objetivam em ambos os discursos, já que os elementos de subjetivação supramencionados sofrem transformações históricas a depender de qual formação discursiva se filiou, inerente ou não à *patologização*.

Logo, o sujeito *borderline* se vê nesta dupla função: em um primeiro momento, as suas queixas de sofrimento se enquadram em padrões de comportamento reativo à quarentena sob o discurso não patologizador; em um segundo momento, esses mesmos padrões se deslocam para o discurso clínico ao ser avaliados pelos profissionais da saúde como efeitos de um transtorno de personalidade, como visto na referência “resposta comportamental perturbada subjacente”. Afirmamos, dessa maneira, que o sujeito *borderline* deve reconhecer a sua posição no discurso clínico se quiser receber tratamento médico específico sobre o transtorno. Isso demonstra o preceito tático de desenvolver *técnicas de si* fundamentadas nesse jogo discursivo “subjacente”. Visualizamos, nessa constatação inicial, a existência da possibilidade de resistência do sujeito *borderline*, pois esse se vê em dois lugares sinalizados, primeiro, no rol generalizante de sintomas, “desafio emocional para todos”, e, segundo, no rol específico, menciona Chong (2020), “os mais afetados serão pacientes com transtorno de personalidade *borderline*”.

Por último, ainda pensando nessas formas de resistência, visualizamos o posicionamento do sujeito autor ao associar os impactos da pandemia na sociedade à remissão dos sintomas dos pacientes. Qualifica essa associação como “perturbadora”, isto é, demarca os efeitos culturais sobre a sua afirmação ao julgar as afirmações “melhora nos sintomas desde o início do *lockdown*” ou “experimentam uma sensação de profundo alívio” como uma constatação provável. No entanto, essa constatação se mostra negativa à formalização do diagnóstico, “eventos catastróficos”, já que o discurso pandêmico, predominantemente, gira em torno de acontecimentos avaliados pela sociedade, segundo o enunciado, como “perturbadores”. Assim sendo, o sujeito autor pontua essa “perturbação” social como uma possibilidade de *resistência* por parte da comunidade médica em aceitar esses “benefícios” da



quarentena ao processo de remissão dos sintomas.

Em seguida, o sujeito autor reformula a configuração da sociedade italiana ao descrever a prática do *lockdown* como influente em uma modificação radical na estrutura da organização e funcionamento das instituições políticas e econômicas. Atribui a essa nova arquitetura a nomenclatura “novo normal”. Tomemos o *lockdown* como uma condição de produção/possibilidade para os enunciados seguintes. Em primeiro lugar, delimita a posição do sujeito *borderline* no discurso clínico ao equiparar as vantagens do isolamento, “ajudará a maioria de nossos pacientes”, e as desvantagens, “poderia atuar como um gatilho”. Observamos, a esse respeito, duas condições de possibilidade para que o sujeito *borderline* se veja no discurso clínico como aquele “privilegiado” ou “prejudicado” pelas consequências do *lockdown* na sua saúde mental. Interessa-nos questionar como o discurso clínico atua sobre as condições de produção de enunciados em outras pesquisas a partir desses dois âmagos; além disso, colocamos em xeque o modo como esse sujeito *borderline* se objetiva nos enunciados a partir desse jogo de patologização/não-patologização e privilegiado/prejudicado. O sujeito autor apresenta essa preocupação da comunidade médica em resolver essas lacunas discursivas ao afirmar que “Os psiquiatras [...] devem estar mais atentos a esse risco para planejar encaminhamentos adequados e oportunos” (RIGUCCI, 2020, p. 601). As afirmações “devem estar mais atentos” ou “a mesma atenção deve ser dada” retomam os limites científicos para adequar o diagnóstico a esse “novo normal”, pois, se levarmos em consideração que os fatores culturais afetam a produção do diagnóstico, como visto no subtópico anterior, as condições de produção serão alteradas com a quarentena enquanto um desses fatores.

Chamamos a atenção para a formalização do termo “novo normal”. Essa formulação nos induz a dois questionamentos: por que a escolha lexical de “novo” caracteriza condições de produção específicas a respeito do diagnóstico do transtorno de personalidade *borderline*? E a palavra “normal” se opõe a qual situação considerada “anormal” concernente à problemática do diagnóstico? Em primeiro lugar, verificamos que o sujeito autor, ao se referir a esse “novo normal”, pontua: “Durante a estratégia de saída da covid-19, a mesma atenção deve ser dada à persistência e aumento de infecção por covid-19 em pacientes psiquiátricos em comparação a população em geral” (RIGUCCI, 2020, p. 601). Se associarmos o termo “novo” às circunstâncias culturais inéditas desencadeadas pelo impacto de uma pandemia na atualidade do saber clínico, alvitramos que a palavra “normal” esteja relacionada à alegação de que “pacientes psiquiátricos em comparação a população em geral”, ou seja, o “novo normal” integra um conjunto de comportamentos inadequados, “baixa adesão às medidas de precaução”,

ante dois grupos sociais: os “pacientes psiquiátricos”, de um lado, e a “população em geral”, do outro.

Conduzimo-nos para uma indagação a respeito de quais são as diferenças elencadas pelo sujeito autor para realizar essa divisão dos dois grupos sociais a partir da afirmação anterior de que “A quarentena é um desafio emocional para todos”. Afirmamos que o discurso clínico trata os sintomas de ambos os grupos sociais, apesar de se referirem ao mesmo fenômeno como pertencentes a duas formações discursivas distintas. A primeira se refere a um grupo de sujeitos “normais” e a segunda a um grupo de sujeitos “anormais”. No entanto, vale ressaltar, não tratamos a “normalidade” como um aspecto de exclusão dos sujeitos, mas de patologização dos sintomas em diferentes diagnósticos justificados pela avaliação médica.

Por outro lado, vejamos como a identidade do sujeito *borderline* pode ser depreendida no processo diagnóstico. A princípio, o sujeito autor aloca o sujeito *borderline* na posição de um sujeito que, devido às necessidades das medidas preventivas do rápido contágio da covid-19, tem dificuldades em seguir as práticas previstas pelo governo italiano, “baixa adesão”, como o “uso de equipamento de proteção individual com segurança, lavagem frequente das mãos, distanciamento social” (RIGUCCI, 2020, p. 601). Logo, o sujeito autor não atribui essa dificuldade em seguir as medidas à “população em geral”, como afirmou no início do enunciado “A quarentena é um desafio emocional para todos”. Isso significa que a ação de “Melhorar o monitoramento dos pacientes e de seus familiares nessa transição crucial” se remete exclusivamente aos sujeitos patologizados, pois o sujeito autor, ao se referir aos “pacientes”, reitera a proximidade entre a intensidade dos sintomas do sujeito *borderline* diagnosticado em comparação à população em geral que, apesar de apresentarem sintomas semelhantes, não são patologizados de acordo com o saber médico.

O discurso clínico, portanto, delinea essa “transição crucial” a partir do momento em que imbrica com o discurso pandêmico e prevê, na execução do diagnóstico clínico, a necessidade de evidenciar a objetivação dos sintomas no inventário dos transtornos de personalidade. No trecho “essencial para uma avaliação cuidadosa de sua condição do ponto de vista psicopatológico e médico” (RIGUCCI, 2020, p. 601), o sujeito autor justifica essa “essencialidade” em incluir, no processo diagnóstico, a nova condição histórico-cultural instaurada pela pandemia, pois a expressão “ponto de vista psicopatológico e médico” sinaliza a localização do sujeito *borderline* no discurso pandêmico.

Em síntese, verificamos no enunciado uma conjectura de estratégias discursivas na qual o sujeito autor se inscreve para articular o discurso clínico ao discurso pandêmico a partir da

reformulação de uma verdade sobre o diagnóstico do transtorno *borderline*. Observamos que o diagnóstico previsto nos critérios dos manuais sofre objetivações distintas quando as condições de produção do “normal” se transformam em “novo normal”. Se, de um lado, tem-se uma oposição entre “sujeitos patologizados” e “sujeitos pertencentes a uma população geral”, de outro, tem-se a construção compartilhada de uma verdade sobre a prevalência de um diagnóstico adequado. Entendemos, dessa forma, que, se um sintoma, ao ser objetivado no enunciado, pode ser constituído por diferentes perspectivas no discurso clínico, a maneira como esse sintoma integra o discurso pandêmico denota a especificidade do diagnóstico no interior das classificações dos transtornos de personalidade. Isto é, esses sintomas se repetem tanto no diagnóstico de sujeitos com o transtorno *borderline* quanto nos sujeitos que não possuem esse diagnóstico, o que confirma a transformação histórica dos objetos do discurso clínico em oposição ao discurso pandêmico.

Direcionando essas averiguações para os aspectos de subjetivação, percebemos a probabilidade de o sujeito *borderline* gerenciar as suas próprias condutas ao se perceber nesse jogo de discursos clínicos e discursos pandêmicos. Propomos a premissa de que esse sujeito recebe o tratamento baseado na interferência do diagnóstico realizado antes da instalação da quarentena. Afirmamos isso porque o sujeito autor racionaliza a tática em recortar o impacto do isolamento primeiramente em toda a sociedade e, em seguida, recortar novamente o impacto nos sujeitos *borderline*. Desse modo, esse diagnóstico se ressignifica mediante as novas condições históricas em um duplo percurso: o diagnóstico da população em geral e o diagnóstico do sujeito *borderline*, ambos crivados por sintomas semelhantes. Vislumbramos como *técnicas de si* o reconhecimento dessa ressignificação do diagnóstico, pois o sujeito *borderline* apresenta uma justificativa clínica para a intensificação ou não dos sintomas durante a quarentena, enquanto a população em geral é diagnosticada pautada por circunstâncias distintas. A subjetivação ocorre, assim, a partir do momento em que esse sujeito recebe o diagnóstico adequado não somente aos sintomas já descritos antes da quarentena, mas ao diagnóstico readequado às condições do *novo normal*.

Nessa perspectiva, concluímos que o sujeito *borderline* ocupa uma posição anônima, uma função, no processo de objetivação, pois, como visto no enunciado, o funcionamento estatal italiano exige não somente um reposicionamento da comunidade médica em direção à retomada das atividades político-econômicas, mas também exige dos profissionais da saúde uma readaptação das suas atribuições sociais, de modo a conservar os doentes mentais sob controle para não acarretarem gastos públicos excedentes ou mais prejuízos ao sistema de saúde

decorrentes da quarentena. A individualidade, nesse sentido, singulariza o sujeito *borderline*, ao mesmo tempo que o insere em um rol de discursos políticos e econômicos de interesse coletivo do governo italiano.

Conseqüentemente, segundo análise do *corpus*, o Estado estipula objetivos a serem atingidos pelos sujeitos conforme as condutas atinjam o estatuto de “obediente” às medidas preventivas e, ao mesmo tempo, “privilegiado” em receber um diagnóstico ressignificado. Em “A pandemia se espalhou pelo mundo como uma terrível ameaça à saúde pública e à sociedade. O governo italiano foi o primeiro a anunciar um bloqueio nacional (quarentena) desde o surto de coronavírus em Wuhan” (RIGUCCI, 2020, p. 601), percebemos a relação entre a pandemia e a ameaça à saúde pública. O governo italiano providenciou como medida de prevenção o *lockdown* para conter os previstos prejuízos socioeconômicos desencadeados pela quarentena. Essa preocupação do Estado em intensificar as técnicas de controle sobre a localização espacial dos indivíduos os constituiu em sujeitos obedientes por meio de estratégias compartilhadas entre todos.

Portanto, o retorno das atividades “normais” seria o possível objetivo do *lockdown*. Para isso, as técnicas disciplinares se sustentaram pela preservação da vida, retenção dos direitos de liberdade e cuidado com as atividades econômicas. De um lado, vemos os sujeitos se deslocando de suas posições na sociedade em prol de um objetivo único: preservar vidas e a economia; por outro, notamos o sujeito *borderline* rompendo com os preceitos clínicos, a fim de se alocarem como objetos das relações de força governamentais, mesclando os processos de objetivação com as novas posturas obrigatórias impostas pelo governo italiano, predominantemente, na preservação da vida tanto de pacientes como da população em geral.

Em suma, reiteramos o aspecto socioeconômico de exercício do controle sobre a vida quanto à sua tecnologia e coerência no sentido de aceitabilidade convencional. Por exemplo, a determinação de regras administrativas ou legislativas conforme a racionalidade delineada por uma ciência política, que garante não somente o direito à vida, mas o direito a uma vida pautada, como mostrado no enunciado, na “sensação de alívio”. Conseqüentemente, o papel do Estado italiano se direciona para a gestão dos sujeitos, pois, de acordo com Dreyfus e Rabinow (2005, p. 153), “o surgimento do indivíduo moderno como objeto de preocupação política e científica e as ramificações desse fenômeno na vida social constituem, agora, a maior problemática de Foucault”. Assim sendo, o Estado italiano utiliza instrumentos de gerenciamento do sujeito *borderline*, tais como, por um lado, a institucionalização dos benefícios sobre uma vida feliz e plena e, por outro, a manifestação de aparelhos de interdição, como apresentado no enunciado,

o acionamento da polícia em momentos pontuais no isolamento social ou alterações no estilo de vida determinados por ordens administrativas ou de higiene pública estatal.

Além disso, selecionamos o artigo “Transtorno de personalidade em tempos de pandemia”, de Preti (2020), para pensar a construção de uma identidade do sujeito *borderline* a partir dos elementos de subjetivação observados na sequência discursiva. A escolha do enunciado recortado do artigo se justifica porque o sujeito autor elege uma série de instâncias concernentes aos impactos psicossomáticos das medidas preventivas ao contágio da covid-19 no ano de 2020. O estudo se insere no campo da psicologia clínica, e consideramos relevante destacar que, apesar de esta tese abordar as discursividades de artigos publicados no campo da psiquiatria, tomamos como objeto de estudo o sujeito *borderline* constituído pelo olhar do sujeito autor, isto é, o deslocamento da psicologia para a psiquiatria deve ocorrer de modo a pensarmos as condições de possibilidade na emergência dos discursos clínico e pandêmico. O artigo também se refere, em comum, aos conceitos e critérios diagnósticos defendidos nos DSMs, logo, pontuaremos essa perspectiva para a análise das discursividades. Segue o enunciado:

*SD 39.* Os TPBs do Cluster de Impacto Psicológico Negativo têm relacionamentos interpessoais instáveis e mostram comportamentos que são excessivamente emocionais, impulsivos, dramáticos e erráticos. Uma vez que suas vulnerabilidades podem ser atribuídas à hiperresponsividade ao estresse e à hipersensibilidade a ameaças, esperamos que as emergências pandêmicas impactem seriamente a saúde mental desses pacientes. Em linha com nossa expectativa, a afetividade negativa foi considerada um fator de risco para redução do bem-estar emocional durante a pandemia de covid-19. Além disso, a afetividade negativa foi associada a altos níveis de depressão, ansiedade e estresse. Coerentemente, o neuroticismo, que é o traço adaptativo correspondente da afetividade negativa, foi associado a um bem-estar psicológico reduzido, mais preocupações e estimativas de duração da pandemia mais longas. As emergências pandêmicas forçam as pessoas a reduzir drasticamente os contatos com outras pessoas significativas por um longo tempo, com consequências relevantes em termos de interrupção da rotina da vida diária e condições de isolamento social. Ser forçado a manter distância de outras pessoas significativas (por exemplo, pais, parceiros, amigos) pode ser particularmente crítico para pacientes limítrofes e histriônicos. Na verdade, os TPs *borderline* e histriônicos compartilham uma forte necessidade de proximidade emocional e física com outras pessoas. Além disso, os pacientes limítrofes sofrem de temores de abandono, sensibilidade à rejeição e preocupações paranoicas sob condições de estresse. Nesse sentido, a experiência do bloqueio pode ser particularmente desgastante para esses pacientes. É razoável esperar que tal isolamento possa desencadear sentimentos negativos sobre si mesmos e os outros, com intensificação dos conflitos interpessoais devido à má interpretação da distância alheia em termos de abandono ou desinteresse. Como consequência, os pacientes limítrofes que percebem a distância dos outros em termos de abandono podem ter maior probabilidade de se envolver no uso indevido de substâncias como uma forma de automedicação e em comportamentos suicidas e autolesões não suicidas para lidar com a solidão. Além disso, a desregulação emocional e as dificuldades em ler as expressões emocionais dos outros podem levar os pacientes limítrofes a ler antecipadamente expressões emocionais sutis de medo ou ansiedade em seus entes queridos, e isso, por sua vez, pode desencadear reações intensas, como explosões de

raiva, alta irritabilidade, e comportamentos impulsivos (por exemplo, comportamentos alimentares inadequados). Essa expectativa está de acordo com um estudo recente que mostra que o temperamento ciclotímico, que é mais bem expresso por pacientes do cluster B, estava relacionado a um maior sofrimento psicológico durante o surto de coronavírus. Os pesquisadores encontraram evidências de que a consciência estava relacionada a um maior bem-estar psicológico, menor estimativa de duração da pandemia, menos preocupações em geral e mais preocupações com a comunidade. Uma vez que a conscienciosidade se opõe a traços de desinibição que, de acordo com o Modelo Alternativo de Transtornos da Personalidade (AMPD), são distintos de pacientes limítrofes, podemos hipotetizar que tais pacientes podem experimentar menor bem-estar psicológico durante o surto, estimam maior duração da pandemia, e não se preocupam com a comunidade. Já os pacientes com DP histriônica geralmente apresentam comportamentos de busca de atenção e uma necessidade excessiva de atenção. Mais uma vez, a quarentena em massa em ambientes fechados pode levar os pacientes histriônicos a se sentirem profundamente sozinhos, com os consequentes altos níveis de ansiedade e sentimentos depressivos. (PRETI, 2020, p. 80).<sup>52</sup>

O sujeito autor inicia o enunciado apresentando o lugar do transtorno de personalidade no conhecimento da psicologia ao mencionar a metodologia de análise do impacto psicológico, utilizando o termo “cluster” para se referir ao perfil de cada grupo de sujeitos. Contudo, na sequência, associa esse lugar da psicologia aos manuais da psiquiatria ao elencar os sintomas

---

<sup>52</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*Negative Psychological Impact Cluster BPDs have unstable interpersonal relationships, and show behaviors that are overly emotional, impulsive, dramatic, and erratic. Since their vulnerabilities might be attributable to underlying hyper-responsiveness to stress and hypersensitivity to threat, we expect that pandemic emergencies would seriously impact mental health in these patients. In line with our expectation, negative affectivity was found to be a risk factor for reduced emotional well-being during the Covid-19 pandemic. Moreover, negative affectivity was associated with high levels of depression, anxiety, and stress. Coherently, neuroticism, which is the adaptive corresponding trait of negative affectivity, was linked to reduced psychological well-being, more concerns, and longer pandemic duration estimates. Pandemic emergencies force people to drastically reduce contacts with significant others for a quite long time, with relevant consequences in terms of disruption of daily life routines and conditions of social isolation. Being forced to keep distance from significant others (e.g., parents, partners, friends) may be particularly critical for both borderline and histrionic patients. In fact, borderline and histrionic PDs share a strong need for emotional and physical proximity with others. Moreover, borderline patients suffer from abandonment fears, rejection sensitivity, and paranoid preoccupations under conditions of stress. In this sense, the experience of lockdown may be particularly exhausting for these patients. It is reasonable to expect that such isolation may trigger negative feelings about oneself and the others, with an intensification of interpersonal conflicts, due to misinterpretation of others’ distance in terms of abandonment or disinterest. As a consequence, borderline patients perceiving distance of others in terms of abandonment might be more likely to engage in substance misuse as a form of self-medication and in both suicidal behaviors and nonsuicidal self-injury to cope with loneliness. In addition, emotion dysregulation and difficulties in reading others’ emotional expressions might lead borderline patients to read in advance subtle emotional expressions of fear or anxiety in their significant others and this, in turn, might trigger intense reactions such as anger outbursts, high irritability, and impulsive behaviors (e.g., maladaptive eating behaviors). This expectation is in line with a recent study showing that cyclothymic temperament, which is best expressed by cluster B patients, was related to greater psychological distress during the coronavirus outbreak. Researchers have found evidence that conscientiousness was related to higher psychological well-being, less pandemic duration estimates, less concerns in general, and more concerns about Community. Since conscientiousness is opposed to traits of disinhibition which, according to the Alternative Model of Personality Disorders (AMPD), are distinctive of borderline patients, we may hypothesize that such patients may experience less psychological well-being during the outbreak, estimate longer pandemic duration, and do not care about community. As for histrionic PD patients, they usually show attention-seeking behaviors and an excessive need for attention. Again, the mass indoor quarantine may lead histrionic patients to feel deeply alone, with consequent high levels of anxiety and depressive feelings.*” (PRETI, 2020, p. 80).

“relacionamentos interpessoais instáveis e mostram comportamentos que são excessivamente emocionais, impulsivos, dramáticos e erráticos” (PRETI, 2020, p. 80). Assim, verificamos que o sujeito autor denota ciência da necessidade desse deslocamento dos sintomas previstos na psiquiatria para a abordagem metodológica da psicologia. O autor distingue esses dois lugares teóricos ao enunciar “Em linha com nossa expectativa”, o lugar da psicologia, “a afetividade negativa foi considerada um fator de risco”, o lugar da psiquiatria. Sob essas condições, o sujeito autor insere a particularidade do seu estudo em “redução do bem-estar emocional durante a pandemia de covid-19”.

Constatamos, dessa forma, que o sujeito autor se coloca no interior do saber da psicologia para mobilizar os critérios diagnósticos dispostos na psiquiatria, a fim de imbricar as duas disciplinas no que condiz a elencar instâncias de patologização dos sintomas nas classificações dos DSMs, tais como os sintomas “depressão”, “ansiedade” e “estresse”. Confirmamos esse compartilhamento de saberes quando o sujeito autor menciona o termo “neuroticismo”, pertencente ao lugar da psicologia, em oposição ao termo “neurose”, usado pela psiquiatria. A concepção de transtorno de personalidade, portanto, sofre deslocamentos no enunciado ao ser resultado de um jogo enunciativo de filiação aos discursos psicológicos ou psiquiátricos. Ocorre, aqui, um efeito de verdade originado da transformação histórica do sujeito *borderline* em dois campos do saber. Tem-se, portanto, uma movimentação entre o sujeito sem patologia e o sujeito patologizado.

A partir dessas constatações, conseguimos elencar elementos de subjetividade inerentes à instauração de um sujeito com transtorno de personalidade que se vincula concomitantemente no interior dessas relações interdiscursivas entre os dois campos do saber, ou seja, pensar em uma identidade desse sujeito inclui considerar quais enunciados revelam a perspectiva analítica da objetivação desse sujeito. Logo, a identidade do sujeito *borderline*, sob esse prisma, obedece às condições próprias de cada campo do saber, ainda que presentes em um mesmo enunciado. Para pensar essa identidade no *corpus*, citamos o excerto “As emergências pandêmicas forçam as pessoas a reduzir drasticamente entre os contatos umas com as outras pessoas significativas por um longo tempo” (PRETI, 2020, p. 80). Se considerarmos essas “emergências pandêmicas” como provindas de um discurso pandêmico atravessado no enunciado e, por consequência, deduzirmos que “forçam as pessoas” define um controle sobre as práticas e condutas, compreendemos que a constatação “reduzir drasticamente o contato umas com as outras pessoas significativas por longo tempo” demonstra uma racionalização de uma estratégia enunciativa do sujeito autor. Em primeiro lugar, isola um discurso pandêmico ao associar o “bem-estar

emocional” à nova circunstância em “durante a pandemia da covid-19”. Depois, utiliza o verbo “forçam” para associar os sintomas à nova estruturação social mediado pela ressignificação dos sintomas ao mencionar o advérbio “drasticamente”.

Julgamos relevante ressaltar que a avaliação de uma mudança na leitura teórica de um sintoma já catalogado nos manuais precisa ocorrer de maneira a pontuar uma conjectura de sintomas legitimados pelo discurso clínico. Para ser uma redução drástica ou não, é necessário que o sujeito autor se ampare em um saber clínico para pensar na sua dinâmica com o saber pandêmico e, conseqüentemente, a constituição identitária do sujeito *borderline*. Assim, observamos, como efeito de identidade, essa mobilização de discursos para formalizar a constituição de um sujeito com transtorno de personalidade sempre em sistemas de objetivação crivadas por verdades que “forçam” de maneira “drástica” o rompimento de um preceito historicamente fixado e a instalação de uma realidade cultural distinta, no caso, a pandemia.

Retornemos às práticas dos sujeitos. O sujeito autor desenvolve um percurso de causa e consequência no trecho “Ser forçado a manter distância de outras pessoas significativas (por exemplo, pais, parceiros, amigos) pode ser particularmente crítico para pacientes *borderline* e histriônicos” (PRETI, 2020, p. 80). A manifestação dos sintomas inerentes ao sofrimento psicológico, enquanto uma prática do sujeito, é fruto de uma associação entre a circunstância histórica em “manter distância” e a conduta esperada pelo paciente como disposto pela escolha da expressão “ser forçado”. Entendemos que forçar alguém a fazer algo por causa da instalação de uma quarentena, mediante o amparo governamental, aplica-se à toda a sociedade, no entanto, julga-se como um fator “particularmente crítico” no caso dos pacientes “*borderline* e histriônicos”. Ou seja, demarca-se uma divisão entre os sujeitos com transtornos de personalidade e os sujeitos que não receberam o diagnóstico no nível dos discursos clínico e pandêmico.

Afirmamos, a partir da observação do enunciado, que a vinculação do diagnóstico clínico no discurso pandêmico revela uma formação discursiva que maneja os objetos do discurso, à medida que os critérios estabelecidos pelos manuais sofrem transmutações historicamente. Demonstra-se como elemento de identidade do sujeito *borderline* a necessidade de eleger no enunciado a aproximação entre os sintomas e a ressignificação dos diagnósticos, pois a identidade indica as estabilidades constitutivas de um sujeito situado no lugar da medicina e, mutualmente, no lugar da pandemia, como visto em “Nesse sentido, a experiência do *lockdown* pode ser particularmente desgastante para esses pacientes” (PRETI, 2020, p. 80).



Já no enunciado “É razoável esperar que tal isolamento possa desencadear sentimentos negativos sobre si mesmo e os outros, com intensificação” (PRETI, 2020, p. 80), visualizamos um elemento de subjetivação. O trecho “[...] desencadear sentimentos negativos sobre si mesmo” confirma o impacto no modo como o sujeito *borderline* se vê no discurso pandêmico, afinal, apesar de sentimentos negativos pertencerem aos critérios diagnósticos dos manuais, o sujeito autor utiliza o verbo “desencadear” para correlacionar a quarentena à manifestação dos “sintomas negativos”. Vemos construtos da identidade do sujeito *borderline* na seleção da palavra “intensificação” associada a esse desencadeamento, ou seja, os sintomas se deslocam do lugar do discurso clínico para o lugar do discurso pandêmico por ser mais intenso se comparado à realidade descrita em um ambiente não pandêmico. Logo, “sobre si mesmo” vislumbra a anuência do sujeito *borderline* em receber o diagnóstico a partir da execução do isolamento social e das novas medidas de prevenção do contágio da covid-19.

Em outras palavras, o sujeito autor organiza no enunciado não somente os elementos de constituição do sujeito psiquiatra, “É razoável esperar”, mas também elementos de subjetivação do sujeito *borderline*, “devido à má interpretação”. Se o sujeito psiquiatra ocupa uma posição privilegiada no saber médico, o sujeito *borderline* ocupa um duplo lugar nesse saber onde a sua patologia preestabelece tanto em um cenário não pandêmico como em um cenário pandêmico. Ou seja, o construto de identidade considera o aspecto cultural e histórico desencadeado pela quarentena para construir o modo como esse sujeito “mal interpreta” de maneira diferente a realidade posta pelo isolamento social, em um jogo de circunstâncias incidentes sobre o processo diagnóstico.

Para fundamentar os argumentos, o sujeito autor menciona o posicionamento de um estudo provindo da psicologia para o modo como o sujeito com transtorno de personalidade se classifica em alguma patologia. Primeiro, pontua o lugar teórico: “Essa expectativa está de acordo com um estudo recente”. Em seguida, sinaliza o lugar dos sintomas no saber da psicologia: “mostra que o temperamento ciclotímico, que é mais bem expresso por pacientes do cluster B”. Por último, coloca em relação ao diagnóstico e a pandemia: “estava relacionado a um maior sofrimento psicológico durante o surto de coronavírus”. Entendemos que essa sequência de afirmações compõem uma racionalidade estratégica utilizada pelo sujeito autor para indicar a identidade do paciente. Esse sujeito com transtorno de personalidade possui queixas, “temperamento”, categoria, “ciclotímico”, lugar na psicologia, “cluster B”, e justificativa para o “maior sofrimento psicológico, “durante o surto do coronavírus”. Todas essas qualificações do sujeito paciente descrevem os elementos de subjetividade atribuídos pelo

sujeito autor, o qual se inscreve nos discursos clínico e pandêmico visando tratar o “sofrimento psicológico” como ponto de partida para o diálogo entre a psicologia e psiquiatria, visto que “Os pesquisadores encontraram evidências de que a consciência estava relacionada a um maior bem-estar psicológico” (PRETI, 2020, p. 80). Aqui, o “bem-estar psicológico” se desloca da psicologia para a psiquiatria como visto no enunciado “Uma vez que a conscienciosidade se opõe a traços de desinibição que, de acordo com o Modelo Alternativo de Transtornos de Personalidade” (PRETI, 2020, p. 80). Além disso, em seguida, o sujeito autor reitera que “podemos hipotetizar que tais pacientes podem experimentar menos bem-estar psicológico” (PRETI, 2020, p. 80). A esse respeito, o fato de utilizar o verbo “hipotetizar” sinaliza o compartilhamento da visão da psicologia e a possível hipótese de associação aos manuais pertencentes à psiquiatria, tanto é que, para confirmar essa hipótese, mobiliza novamente o diagnóstico de outra categoria dos transtornos de personalidade, os sujeitos histriônicos.

Em suma, pensarmos em elementos de identidade no *corpus* nos permite elencar algumas conclusões. Primeiramente, o sujeito autor utiliza algumas estratégias nos atos de formulação de seus argumentos para compor o artigo e ocupar uma posição de sujeito e, além disso, insere o sujeito com transtorno de personalidade tanto no lugar do saber clínico quanto do saber pandêmico. As constatações dessa afirmação trazem a premissa de que o sujeito se objetiva no saber da psicologia e se desloca para o saber da psiquiatria de modo a conservar a metodologia de análise da “psiquê”, mas, por outro lado, baseado nos construtos classificatórios dos manuais psiquiátricos. Além disso, constatamos que a identidade do sujeito *borderline* se constrói no enunciado a partir do atravessamento do discurso pandêmico no discurso clínico no processo diagnóstico historicamente delineado.

Averiguamos, ainda, que essa identidade se pauta na aproximação entre os sintomas do transtorno de personalidade e a ressignificação dos diagnósticos, à medida que as circunstâncias postas pelo isolamento social modificaram a objetivação do sujeito paciente tendo em vista os fatores culturais. Ou seja, o sujeito autor mobiliza uma série de instâncias originadas da exterioridade, ou seja, condições de existência, de possibilidade e de emergência, tais como discursos, formações discursivas, elementos de subjetividade e subjetivação para construir uma conjectura de qualificações desse sujeito que revelam *efeitos de identidade* próprios e articuladores com a subjetivação.

Conduzimos a análise do enunciado para as propriedades visíveis e enunciáveis do *discurso pandêmico*. Para tanto, mobilizamos como objeto do discurso o *direito à liberdade* em relação ao objeto *sujeito borderline*. O sujeito autor caracteriza o sujeito com transtorno de

personalidade como “excessivamente emocionais”, “impulsivos”, “dramáticos” e “erráticos”; assim dizendo, o sujeito *borderline* se insere em uma relação de poder, na qual o sujeito psiquiatra detém uma listagem de características comportamentais, que, se prejudiciais, integram um inventário preestabelecido pelo saber clínico. Nesse sentido, o sujeito autor se refere a essas características como uma “possibilidade” e não como um “fator determinante” ao escolher os verbos “podem ser” e “esperamos”. Essa negação ao diagnóstico absoluto indica a previsibilidade de o sujeito com transtorno de personalidade ter os seus sintomas associados ao diagnóstico, já que não são estritamente definitivos.

Por outro lado, essa previsibilidade também se descreve em “As emergências pandêmicas forçam as pessoas a reduzir drasticamente os contatos com outras pessoas significativas por um longo tempo, com consequências relevantes” (PRETI, 2020, p. 80), a qual se sustenta pelo pressuposto de que essas consequências avaliadas como “relevantes” estão condicionadas pelo fato de os sujeitos com transtornos de personalidade reduzirem ou não o contato com outras pessoas significativas para o agravamento dos sintomas. Em outras palavras, se um sujeito diagnosticado com transtorno de personalidade não realiza essa redução do contato social, o diagnóstico permanece atravessado pelo discurso clínico, mas não apresenta alterações diante das condições do isolamento devido à quarentena.

O *direito à liberdade* concatena essa previsibilidade ao atravessamento de discursos clínico e pandêmico, pois o sujeito com transtorno de personalidade é livre nos momentos em que reconhece as suas limitações legitimadas pelo diagnóstico clínico e compreende que a intensificação dos sintomas pode ser desencadeada pela situação pandêmica, de acordo com o trecho “Na verdade, os TPs *borderline* e histriônicos compartilham uma forte necessidade de proximidade emocional e física com outras pessoas” (PRETI, 2020, p. 80). Ou seja, o sujeito psiquiatra se inscreve no discurso clínico e, a partir do direito à liberdade em ressignificar o diagnóstico, constrói o diagnóstico com atravessamentos de um discurso pandêmico.

O *direito à liberdade*, portanto, funciona como uma das condições de possibilidade para que as práticas do sujeito psiquiatra, ao ressignificar o diagnóstico de clínico a pandêmico, incidam sobre o direito à liberdade do sujeito com transtorno de personalidade. Os processos de objetivação dos sintomas em ambos os discursos ocorrem de maneira não somente interdiscursiva, mas também correlativas no sentido de autorizar a mobilidade do diagnóstico tanto por parte do sujeito psiquiatra quanto do sujeito com transtorno de personalidade. O elemento inédito no diagnóstico, as condições culturais da quarentena, acarreta transformações

na prática clínica, já que compõe um elemento anexo à avaliação médica, como visto em “redução do bem-estar emocional durante a pandemia de covid-19” (PRETI, 2020, p. 80).

Em contrapartida, o *discurso pandêmico* possui como particularidade o imbricamento com a história das pandemias anteriores, “mais preocupações e estimativas de duração de pandemias mais longas”, isto é, trata-se de um discurso reatualizado para o ano de 2020, mas em relação com discursos constituídos historicamente. Vemos, assim, que o sujeito autor, apesar de não analisar estudos de caso clínico, pondera a maneira como o sujeito psiquiatra descreve o sujeito com transtorno de personalidade ao utilizar a expressão “má interpretação”. Para que haja a “má interpretação” de algo, é preciso desenvolver uma analogia entre o que, historicamente, fora tomado como “boa interpretação”.

Questionamos, a esse respeito, quais são os critérios adotados pelo sujeito psiquiatra para determinar o que é de fato uma “boa” ou “má” interpretação de dada situação pandêmica. Trata-se de um posicionamento do psiquiatra no saber médico que prevê os aspectos de subjetivação do paciente e arrola, por conseguinte, as suas condutas nos critérios diagnósticos. Isso se justifica no enunciado pela escolha das palavras em “os pacientes *borderline* que percebem a distância”, no qual o ato de “perceber” algo aponta para uma avaliação do próprio sujeito paciente pautada no que, em suma, torna-se pertinente no momento de se queixar do sofrimento no processo diagnóstico.

Dessa forma, o direito à liberdade do sujeito com transtorno de personalidade obedece a esse jogo de se “perceber” no discurso e julgar se sua “interpretação” é “boa” ou “má”. Alvitramos a pensar que “ser livre” para manejar e gerenciar a própria identidade no processo diagnóstico infere a existência de certas *resistências*, tais como não se medicar ou autolesões interditas na instituição hospitalar. A primeira delas apontada no enunciado se refere ao “uso indevido de substâncias como uma forma de automedicação”. Usar um medicamento por conta própria, enquanto uma transgressão à medicalização, indica o rompimento da relação de poder estabelecida entre o sujeito psiquiatra e o sujeito paciente, pois a “automedicação” demarca uma conduta contrária ao que é pregado no discurso clínico de que somente o médico pode receitar um medicamento ao paciente.

A segunda instância de resistência se remete às “autolesões não suicidas para lidar com a solidão”. Nesse caso, como visto nas análises anteriores, o sujeito com transtorno de personalidade *borderline* recebe uma série de prescrições médicas para tratar os sintomas e reduzir o sofrimento psíquico. Dentre essas medidas de cuidado, está a própria reflexão do sujeito paciente sobre seus próprios atos nocivos a si ou aos outros. Se um sujeito acometido

pelo sofrimento desencadeado pelo transtorno nega essas prescrições clínicas, julgamos essa conduta como uma forma de resistência ao tentar, de modo prejudicial, reduzir o sentimento de solidão.

Notamos que essa estratégia enunciativa, adotada pelo sujeito autor, compõe-se por uma descrição dos motes de resistência aos preceitos estabelecidos pelo discurso clínico. Por outro lado, ao relacionarmos esse discurso ao discurso pandêmico, observamos que, em “maior bem-estar psicológico, menos estimativas de duração da pandemia”, o sujeito autor insere o contexto da pandemia nas expectativas do “bem-estar”, ou seja, coloca em correspondência a remissão dos sintomas, “maior bem-estar”, em relação ao fator histórico, “duração da pandemia”. Questionamos quais são os elementos históricos mobilizados por uma memória discursiva a qual o sujeito autor se filia para realizar essa racionalização, se ainda não propôs um estudo de caso clínico.

Além do mais, o discurso pandêmico se configura como aquele capaz de situar uma memória discursiva na atualidade do saber psiquiátrico em articulação com a atualidade dos sintomas no período do isolamento. Nessa perspectiva, o enunciado “estimar maior duração da pandemia, e não se preocupam com a comunidade” demonstra novamente esse aspecto de resistência. O sujeito com transtorno de personalidade se coloca na relação com a comunidade e, nessa relação de poder, tem a sua “preocupação” levada em consideração para composição do enunciado, ou seja, o sujeito psiquiatra deve integrar ao processo diagnóstico a posição do sujeito com transtorno de personalidade em seu lugar na comunidade. Esse lugar pode ou não ser delimitado de maneira “preocupante” ou “não preocupante”, portanto, o sujeito psiquiatra pode resistir a esse fator quando formaliza o diagnóstico.

Em conclusão, constatamos que o *direito à liberdade* construído no enunciado perpassa o *discurso pandêmico* mediante a apresentação de um conjunto de características próprias dos diagnosticados. Vimos, também, que esse discurso se pauta em previsibilidades comportamentais deslocadas do discurso clínico e reatualizadas nos enunciados produzidos sobre o isolamento social. As condutas dos sujeitos com transtorno de personalidade sofreram modificações históricas com crivo em enunciados produzidos por sujeitos psiquiatras e enunciados produzidos a respeito da autopercepção de seu próprio sofrimento psíquico no tempo de quarentena. Por último, consumamos que o jogo de resistência entre os sujeitos envolvidos no processo diagnóstico demarca funções-sujeito amparados por elementos de subjetivação. Logo, a identidade sofre, aqui, atravessamentos desse direito à liberdade, pois

autoriza os deslocamentos dos objetos do discurso e dos sujeitos na esteira do saber psiquiátrico sempre em vinculação a relações de poder fixadas previamente.

Além do mais, selecionamos para análise o artigo intitulado “Impacto psicológico do surto de covid-19 no transtorno de personalidade borderline na perspectiva do modelo mental: um relato de caso”, de Chong (2020). Esse texto apresenta dois enunciados que recortamos para esta tese. O primeiro se refere a um relato de caso clínico de um trecho de uma sessão de psicoterapia psicodinâmica realizada entre o terapeuta e um cliente. O segundo apresenta o enunciado produzido pelo sujeito autor ao descrever e analisar o relato de caso clínico a partir do seu lugar no saber da psicologia. Para tanto, faz-se necessário localizarmos o lugar teórico da perspectiva do *modelo mental* no rol das ciências humanas para contextualizar a articulação discursiva com o relato de caso clínico. Vale ressaltar que, de acordo com Errobidart *et al.* (2013, p. 441), os “Modelos mentais relatam o encadeamento do discurso, do evento ou da situação, incluindo os objetos envolvidos e o conhecimento implícito que o observador usa para compreendê-los”.

Por outro lado, a descrição e a análise do *modelo mental* elaborado pelo sujeito terapeuta são nomeadas de *representações analógicas* que, segundo Errobidart *et al.* (2013, p. 441), “[...] representam o sentido do discurso, apresentam regras explícitas de manipulação. [...] São modelos de trabalho que possibilitam que façamos previsões, deduções e que tomemos decisões para a execução de tarefas”. Dessa forma, afirmamos que esta metodologia pertence ao campo da psicologia clínica, no entanto, ressaltamos que deslocamos a objetivação do sujeito *borderline* para a sua posição ocupada nos manuais, no campo da psiquiatria, pois buscamos manejar a emergência dos objetos do discurso sob as condições de produção dos discursos clínico e pandêmico. Portanto, almejamos propor uma análise de como a elaboração desse *modelo mental* fomenta os elementos de subjetivação correspondentes à instauração de um sujeito *borderline*. Segue o enunciado:

*SD 40. 2. Relato de caso via excerto de uma sessão de psicoterapia psicodinâmica:*

Terapeuta (T): Como você está, A?

Cliente A: Tenho experimentado uma verdadeira queda emocional devida a toda essa situação de *lockdown*. Estou realmente me sentindo triste e chateado com as coisas. Demoro algum tempo para descobrir por que estou me sentindo assim. É pelo fato de me sentir negligenciado e solitário, não pela minha família porque eles estão constantemente ao meu redor, mas pelos meus amigos.

T: Você pode compartilhar comigo mais sobre esse sentimento de ser negligenciado?

A: É porque meus amigos não me enviam mensagens. E eu realmente sinto falta daqueles momentos em que posso falar com eles pessoalmente. Sei que as pessoas vivem me dizendo que esse *lockdown* está afetando a todos e faz sentido porque isso aconteceria. Mas, na minha opinião, não deve ser uma desculpa para você não entrar em contato com alguém. [...]

T: Tudo bem, quando você mencionou que acha que seus amigos o abandonaram, você tentou entrar em contato com eles?  
 A: Sim, eu tento. [...]  
 T: Essa é a situação desde que o *lockdown* começou?  
 A: [...] Com esse *lockdown*, está mais intenso. Está piorando na essência.  
 T: O que há no silêncio que faz você se sentir desconfortável?  
 A: O silêncio me deixa muito constrangido. Então, entro em pânico e começo a pensar demais. Geralmente, me sento muito impaciente porque presumo que o silêncio tende a ser aquela pessoa irritada comigo, chateada comigo ou apenas entediada comigo. Basicamente, estou preocupado por não ser uma pessoa agradável. (CHONG, 2020, p. 1).<sup>53</sup>

O primeiro enunciado, *SD 40*, trata da transcrição de uma sessão de psicoterapia psicodinâmica, a qual, por questão procedimental do campo da psicologia, os sujeitos não são identificados, sendo assim, chamados de *terapeuta* e *cliente*, uma vez que um modelo mental não possui como premissa desenvolver uma abordagem específica para um sujeito em foco, mas refletir sobre a regularidade comportamental condizente à formalização de *blocos cognitivos* tomados como matrizes psíquicas. Além disso, mobilizamos como primeiro objeto do discurso a *confissão*. Almejamos demonstrar, por meio da análise da sequência discursiva, como a *prática de confessar* torna visível e enunciável elementos de subjetivação suficientes para percebermos a instalação de uma relação de poder entre os sujeitos, à medida que se localizam no discurso clínico e, respectivamente, no discurso pandêmico.

O sujeito terapeuta inicia a sessão advindo do objetivo da psicoterapia psicodinâmica em questionar sobre o estado emocional imediato do sujeito *borderline* a partir da autodescrição de sua própria percepção de si enquanto paciente em relação àquele momento específico. Ao perguntar “Como você está, A?”, inicia-se um processo de elaboração do esquema psíquico por meio da confissão do sujeito *borderline* inserido em uma circunstância específica, a sessão, e

<sup>53</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “2. *Case report via excerpt of a psychodynamic psychotherapy session:*

*Therapist (T): How have u been, A?*

*Client A: I have been experiencing an actual emotional downfall due to this whole lockdown situation. I am genuinely feeling sad and upset about things. It takes me sometime to figure out why I'm feeling so. It is due to the fact that I feel neglected and lonely, not by my family because they are constantly around me, but by my friends.*

*T: Can you share with me more about this feeling of being neglected?*

*A: It's because my friends don't message me. And I really miss those times of being able to talk to them in person. I know people keep telling me that this lockdown is affecting everyone, and it makes sense why this would happen. But in my opinion, it shouldn't be an excuse for you not to reach out to somebody. [...]*

*T: Alright, when u mentioned that u feel your friends have abandoned you, did you try to reach out to them?*

*A: Yea, I do. [...]*

*T: Has this been the case ever since the lockdown started?*

*A: [...] With this lockdown, it has become more intense. It is like getting worst essentially.*

*T: What is it about the silence that makes you feel uncomfortable?*

*A: Silence gets me very self-conscious. So, I will be panicking and start to overthink. Generally, I will feel very antsy because I assume that silence tends to be that person is annoyed with me, upset with me, or just bored of me. Basically, I just worried that I am not a likeable person.” (CHONG, 2020, p. 1).*

crivado por uma relação de poder disposta: o sujeito terapeuta detentor de um conhecimento científico sobre o funcionamento da psicoterapia psicodinâmica em relação ao sujeito *borderline* ciente dessa posição subordinada. A confissão, isto é, o relato de experiências subjetivas do sujeito *borderline*, inicia-se com “Tenho experimentado uma verdadeira queda emocional devida a toda essa situação de *lockdown*” (CHONG, 2020, p. 1). Notamos a inserção do elemento *lockdown* para justificar o agravamento do sintoma “queda emocional”.

Em seguida, afirma “Estou realmente me sentido triste e chateado com algumas coisas” (CHONG, 2020, p. 1). A escolha das palavras “verdadeira” e “realmente” sinaliza os elementos de subjetivação do sujeito *borderline*, pois, para que a prática da confissão se enquadre nos moldes de uma sessão, esse sujeito precisa não somente se inserir nas possibilidades de apresentação das queixas, mas deve ajustar o seu discurso de modo a justificar a tomada do *lockdown* como ponto de partida de seu argumento. Depois, o sujeito *borderline* demonstra reconhecer o seu lugar no discurso clínico em “É pelo fato de me sentir negligenciado e solitário, não pela minha família porque eles estão constantemente ao meu redor, mas pelos amigos” (CHONG, 2020, p. 1). Vemos que o sujeito tem conhecimento sobre o papel da família no processo de recuperação e pontua isso ao prever que o sujeito terapeuta poderia, devido a possíveis sessões realizadas anteriormente, ponderar se os entes familiares estão cumprindo com o seu papel social delegado anteriormente ou se estavam sendo “negligentes”. Colocamos em questão, aqui, sob quais condições históricas o sujeito *borderline* decidiu escolher esses relatos para atender ao questionamento do sujeito terapeuta, já que a sucessão de afirmações se ordena dessa forma por obedecer a alguma regularidade na prática de confissão, conforme examinamos.

No enunciado “Você pode compartilhar comigo mais sobre esse sentimento de negligenciado?” (CHONG, 2020, p. 1), observamos, dentre os relatos do sujeito *borderline*, qual foi o elemento escolhido pelo sujeito terapeuta para fazer funcionar a análise do comportamento. Vale ressaltar que o sujeito terapeuta avança o estímulo à confissão, “Você pode compartilhar comigo”, solicitando a anuência do sujeito *borderline* em construir um discurso sobre a negligência dos amigos, pois entende-se que o paciente detém, como instância de resistência, a opção em escolher quais temas julga compartilháveis para um psiquiatra nesse jogo de relações. A estratégia adotada pelo sujeito *borderline* no desenvolvimento de uma reação enquanto *técnica de si* infere na maneira como o enunciado se apresenta para o terapeuta, o que remonta a uma memória discursiva acerca do conhecimento sobre o funcionamento das relações de poder prováveis em uma sessão clínica.



O excerto “Sei que as pessoas vivem me dizendo que esse *lockdown* está afetando a todos e faz sentido por que isso aconteceria” (CHONG, 2020, p. 1) revela a confissão de ciência do próprio sujeito *borderline* mediante o seu lugar patologizado, pois quando diz “Sei que as pessoas vivem”, inclui a sociedade geral como afetada pelo *lockdown*, independentemente se possui diagnóstico. No entanto, em seguida, coloca-se em uma posição singular nesse grupo social ao dizer “Mas, na minha opinião, não deve ser uma desculpa”. Ou seja, a reação do sujeito *borderline* “faz sentido” para si mesmo diante do que foi questionado pelo sujeito terapeuta. Essa tomada de consciência dos próprios sentimentos é condicionada pela tentativa de explicar racionalmente o sentimento de “falta” quando o sujeito terapeuta deve receber essa informação e avaliá-la como passível de ser patologizada.

O sujeito terapeuta, então, valida a pertinência do relato ao iniciar o próximo questionamento com “Tudo bem”. Além disso, ao retomar o diálogo, associa o sentimento de “abandono” como originado de um comportamento logicamente instável ao perguntar “você tentou entrar em contato com eles?”. O sujeito *borderline* confirma e aceita essa associação entre “sentimento” e “comportamento” ao assumir que o seu sentimento de abandono é consequência de um comportamento vinculado a um desejo, “Sim, eu quero”. O sujeito terapeuta retoma, ainda, as circunstâncias da pandemia, “desde que o *lockdown* começou?”, e o sujeito *borderline* atesta essa percepção, “Com o *lockdown*, ele se tornou mais intenso”. Dentre todas as justificativas da reação ao *lockdown* apresentadas, o sujeito terapeuta opta por mobilizar o “silêncio” como um fator de desconforto do sujeito *borderline*, o que revela, portanto, a inscrição da avaliação psiquiátrica na prática de psicoterapia psicodinâmica. Observamos essa premissa ao notar que essa modalidade de terapia enfoca nas relações interpessoais e o “silêncio” caracteriza um elemento dessa comunicação entre sujeitos. A sessão se encerra com a validação do sujeito *borderline*, “O silêncio me deixa muito constrangido”, e com a apresentação das características que atribuiu à interação com outros sujeitos, “o silêncio tende a ser aquela pessoa irritada comigo, chateada comigo ou apenas entediada comigo”. Por último, o sujeito *borderline* demonstra uma preocupação com a sua postura nessa relação com os outros sujeitos em “Basicamente, estou preocupado por não ser uma pessoa agradável” (CHONG, 2020, p. 1).

Diante desse panorama disposto sobre o relato de caso, verifiquemos os elementos de discursividade presentes no aparato estratégico adotado pelos sujeitos nessa prática de confissão. O relato clínico, material de análise do *modelo mental*, demarca o lugar da psicologia ao remontar os aspectos psicodinâmicos no funcionamento psicoterápico expressado na sessão,

a qual toma a descrição do próprio paciente como subsídio para avaliar a legitimidade das queixas. O terapeuta se vale da prática da confissão para reunir os elementos de cognição provenientes das experiências relatadas ante o impacto do *lockdown* na saúde mental. Ao confessar, o paciente se constitui como sujeito patologizado quando o sujeito terapeuta media o diálogo a partir de alguns direcionamentos, como a busca por descrição dos sentimentos, os comportamentos reativos ou a relação do paciente com o *lockdown* e com o silêncio.

Observamos nessa *tecnologia terapêutica*, isto é, um jogo de estratégias e táticas, o exercício do poder do sujeito terapeuta sobre o sujeito *borderline*, conforme o direcionamento das perguntas se pauta na dinâmica psicodinâmica para induzir as respostas em um dado alinhamento lógico, pois, ao ressaltar a relevância em se conhecer não somente os sentimentos, mas como esses sentimentos são desencadeados pelos comportamentos, o sujeito terapeuta se constitui como aquele inscrito em um dado conhecimento procedimental da psicologia. Indagamos, a esse respeito, sob quais aspectos o sujeito terapeuta se ampara para conduzir a confissão. Ocorre, aqui, um atravessamento do discurso clínico em interligação com o discurso pandêmico, já que as matrizes da prática clínica são modificadas com a inserção do novo objeto do discurso, o “*lockdown*”. Além disso, constatamos que a prática clínica da confissão, como visto no enunciado, ocorre de modo consensual entre os sujeitos, haja vista a presença de expressões que indicam um acordo entre ambos para que as perguntas e respostas sejam engendradas por bases científicas.

O discurso pandêmico, portanto, compõe-se por elementos tanto de subjetivação, isto é, a percepção do sujeito *borderline* de suas próprias reações comportamentais no discurso clínico, “Sei que as pessoas vivem me dizendo que esse *lockdown* [...]”; quanto de subjetividade, “estarei muito preocupado”. Logo, os impactos da pandemia e do isolamento social provocam, na condução da terapia, um jogo de gerenciamento dos sintomas de maneira a deslocá-los do discurso clínico para o discurso pandêmico, a depender do encaminhamento das perguntas e da atividade do paciente ao responder baseado na construção de uma verdade sobre si e sobre o outro. Concluimos que o objeto *confissão* se ampara na orientação da psicoterapia psicodinâmica para organizar e ordenar os questionamentos realizados pelo terapeuta tendo em vista a maneira como o sujeito *borderline* articula os seus enunciados, considerando o fato de que o diagnóstico, nesse relato, já ocorrera e ambos os sujeitos envolvidos possuem ciência disso. Portanto, a condição de produção/possibilidade cultural inédita, o *lockdown*, serve de subsídio material para a emergência do discurso pandêmico ao ressignificar os sintomas relatados e inseri-los em uma dada formação discursiva própria dessa *tecnologia terapêutica* de

condução da confissão. Confessa-se, logo, para se obter o material de análise do terapeuta que o considera como a representação simbólica das experiências vivenciadas pelo paciente especificamente no ambiente clínico.

Pautado nessas constatações preliminares do *relato de caso*, iniciemos a análise do segundo enunciado. No mesmo artigo de Chong (2020), selecionamos como sequência discursiva um recorte da elaboração do *modelo mental* produzido pelo sujeito autor com base na transcrição da sessão. Reiteramos que a construção do modelo mental se fundamenta pelo olhar investigativo do lugar da psicologia clínica, no entanto, tratamos esse olhar como uma função-sujeito ao deslocar a objetivação dos sujeitos para o campo da análise do discurso foucaultiana. Dessa forma, buscamos reunir as condições de possibilidade, nas quais os objetos dos discursos clínico e pandêmico, articulados no relato de caso, são abordados no *modelo mental*. Para tanto, valemo-nos da análise do sujeito autor em associação aos sujeitos terapeuta e *borderline* sempre em uma relação de poder inscrita no saber psiquiátrico. Segue o enunciado:

*SD 41.* Até o momento, não há nenhum estudo empírico que investigue as respostas emocionais de indivíduos com TPB em tempos de surto pandêmico. Os déficits básicos do TPB foram ativados com o sentimento crescente de abandono e agravados pela necessidade atual de quarentena interna em massa e distanciamento social. O funil espiralado do medo do vazio e do abandono pode aprofundar ainda mais os sentimentos e pensamentos negativos sobre si mesmo e os outros. [...] Essa ameaça imaginária de abandono, portanto, desencadeou esforços frenéticos para evitar esses sentimentos negativos, a ponto de os pacientes entrarem em contato com seus amigos com mais frequência e deliberadamente criar tópicos de conversa. Muitos estudos têm apoiado a observação de que indivíduos com TPB estão prontamente percebendo e reagindo intensamente a qualquer possibilidade de rejeição social. [...] Muitas de suas perspectivas não foram fundamentadas quando ela falhou em ver como os outros não a procuraram durante o período de quarentena em casa. Havia também um desequilíbrio do domínio da mentalização *self-versus-outros* quando ela se preocupava com o estado *self-interno* e temia “desaparecer”, a ponto de tentar controlar os outros forçando-os a manter uma conversa com ela. Além disso, ela era extremamente sensível a sinais externos de intimidade, como a frequência dos contatos feitos por seus amigos e o silêncio dos outros. Por fim, suas emoções desreguladas não foram contrabalançadas pela avaliação cognitiva, dando origem à catastrofização de sentimentos. Durante o estado de alta excitação, a mentalização efetiva foi comprometida, e as pessoas voltaram a modos de pensamento pré-hierarquizantes (Bateman & Fonagy, 2016). A primeira seria a equivalência psíquica, quando o pensamento e o sentimento fossem experimentados como reais e verdadeiros. [...] Todos esses modos prementalizantes ditaram suas expectativas e respostas aos outros de maneira distorcida durante a interação social. [...] Mais estudos empíricos são necessários para investigar o funcionamento e as respostas das pessoas com TPB durante esta pandemia, a fim de avançar nossa compreensão sobre os processos internos associados ao transtorno de personalidade *borderline* (CHONG, 2020, p. 2).<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Conforme tradução nossa do original em inglês: “*To date, there is no empirical study yet to investigate the emotional responses of individuals with BPD in times of pandemic outbreak. The core deficits of BPD were activated with the escalating feeling of abandonment, worsened by the current need of mass indoor quarantine and social distancing. The spiralling funnel of emptiness and abandonment fear could further deepen the negative feeling and thought about oneself and others. [...] That imagined threat of abandonment thus triggered frantic*

O sujeito autor inicia o enunciado, *SD 41*, delineando as limitações da formulação do modelo mental: “Até o momento, não há nenhum estudo empírico que investigue as respostas emocionais de indivíduos com TPB em tempos de surto pandêmico” (CHONG, 2020, p. 2). Ou seja, apesar de o procedimento metodológico da psicologia atender à variabilidade provável nas condições de produção de um relato de caso, o autor considerou preciso pontuar que o surto pandêmico configura um avanço científico no estudo. O discurso clínico, atravessado nos pressupostos da psicoterapia psicodinâmica, sofre modificações históricas com a inserção desse novo elemento, principalmente por caracterizar o estudo como pertencente a uma ciência humana “empirista” no tratamento das “respostas emocionais”. Isso implica em vincular o saber da psicologia ao saber da psiquiatria ao mencionar a referência aos manuais em “Os déficits básicos do TPB”, que pressupõe a retomada aos critérios diagnósticos como “sentimento de abandono”.

Observamos, nesse primeiro recorte, o modo como o sujeito autor associou o relato. Primeiramente, situou o sintoma “sentimento de abandono” no rol dos critérios diagnósticos do transtorno de personalidade *borderline* e, em seguida, o associou ao comportamento “E eu realmente sinto falta daqueles momentos em que posso falar com eles pessoalmente” (CHONG, 2020, p. 2). De acordo com essa analogia, os elementos de subjetivação são descritos pelo sujeito autor em “O funil espiralado do medo do vazio e do abandono pode aprofundar ainda mais os sentimentos e pensamentos negativos sobre si mesmo e os outros” (CHONG, 2020, p. 2). Isto é, o “medo do vazio e do abandono” integra elementos de subjetividade do sujeito autor ao se fazer ver e falar a relevância da percepção do próprio sujeito *borderline* “sobre si mesmo e os outros”. Logo, o discurso clínico se manifesta no ato de formulação do sujeito autor ao correlacionar subjetivamente o processo de objetivação do sujeito *borderline* a partir de sua

---

*efforts to avoid those negative feelings, to the extent of contacting her friends more often and deliberately creating topics of conversation. A lot of studies have supported the observation that individuals with BPD are readily perceiving and intensely reacting to any possibility of social rejection. [...] Much of her perspectives were not reasoned out when she failed to see how others did not reach out to her during the home quarantine period. There was also an imbalance of the self-versus other mentalizing domain when she was concerned about self-internal state and feared of “disappearing”, to the extent of attempting to control others by forcing them to maintain conversation with her. [...] The first would be psychic equivalence when thought and feeling were experienced as being real and true. In the above case, the thought of being abandoned and the subjective feeling of emptiness were transformed to the absolute certainty with a distorted reality, thus creating a concrete understanding of the whole situation that her friends were indeed abandoning her. Subsequently, there was teleological drive wish to get attention from her friends by actively monitoring for any external evidence of perceived affection. Only friends who made any forms of contacts with her were considered as those who would really care for her. All these prementalizing modes dictated her expectation and responses to others in a distorted manner during social interaction. [...] Further empirical studies are needed to investigate the functioning and responses of people with BPD during this pandemic in order to advance our understanding about the internal processes associated with borderline personality disorder.” (CHONG, 2020, p. 2).*

própria autodescrição.

Por outro lado, o sujeito autor ocupa o lugar de um sujeito psiquiatra no enunciado “Essa ameaça imaginária de abandono, portanto, desencadeou esforços frenéticos para evitar esses sentimentos negativos” (CHONG, 2020, p. 2), pois, para que o sujeito autor julgue a sensação de “abandono” como sendo uma “ameaça imaginária”, ele precisa se valer do saber da psiquiatria para, em um movimento discursivo, legitimar-se como aquele autorizado a realizar o diagnóstico enquanto uma prática clínica. Em seguida, utiliza como estratégia a vinculação de sua visão diagnóstica ao conhecimento da psiquiatria no trecho “Muitos estudos têm apoiado a observação de que indivíduos com TPB estão prontamente percebendo e reagindo intensamente a qualquer possibilidade de rejeição social” (CHONG, 2020, p. 2). Esse fator discursivo nos revela as propriedades de formulação enunciativa do modelo mental enquanto uma normatização, já que o modelo não se trata de uma interpretação da situação, mas sim do enquadramento das condutas dos sujeitos em um lugar científico.

Nessa mesma racionalidade, o sujeito autor, no lugar de sujeito terapeuta, afirma: “Muitas de suas perspectivas não foram fundamentadas quando ele falhou em ver como os outros não o procuravam durante o período de quarentena em casa” (CHONG, 2020, p. 2). Acreditamos que ele se deslocou para o lugar daquele que detém um conhecimento científico porque utiliza a locução “não foram fundamentadas”, pois, questionamos, perante o conhecimento psiquiátrico, quais são os requisitos para que este ou aquele comportamento seja considerado fundamentado ou não fundamentado. Além disso, vemos que o sujeito terapeuta constituído no relato omite esse julgamento da fundamentação das queixas como uma tática pregada pelas normas de execução da psicoterapia psicodinâmica, ou seja, o sujeito terapeuta no relato se difere do sujeito terapeuta no modelo mental.

Mais uma vez, os elementos de subjetivação do sujeito *borderline* são mobilizados pelo sujeito terapeuta do modelo mental para reunir materialidades de análise como visto em “Havia também um desequilíbrio do domínio da mentalização *self-versus-outros* quando ele se preocupava com o estado *self-interno* e temia ‘desaparecer’, a ponto de tentar controlar os outros forçando-os a manter uma conversa com ele” (CHONG, 2020, p. 2). O olhar sobre as condutas desencadeado pela perspectiva do “*self*” se evidencia no modelo mental, pois, torna-se relevante para a composição do modelo mental não somente a visão do sujeito terapeuta sobre o sujeito *borderline*, mas também a visão do sujeito *borderline* sobre si mesmo. Podemos perceber essa relevância dos elementos de subjetivação no trecho “A primeira seria a equivalência psíquica, quando o pensamento e o sentimento fossem experimentados como reais

ou verdadeiros” (CHONG, 2020, p. 2). Aqui, tratar os sentimentos relatados pelo sujeito *borderline* como “reais” ou “verdadeiros” indica uma espécie de parâmetro ideal defendido pelo discurso clínico para determinar se a autopercepção procede a descrição de um comportamento como real e verdadeiro em oposição a um comportamento não real e não verdadeiro, ou seja, a realidade projetada pelo sujeito terapeuta pode sofrer variações se equiparadas à realidade projetada pelo sujeito *borderline* no ato da confissão.

Vejamos os componentes necessários para formalizar um modelo mental sob essas circunstâncias mencionadas. No trecho “Todos esses modos prementalizantes ditaram suas expectativas e respostas aos outros de maneira distorcida durante a interação social” (CHONG, 2020, p. 2), o elemento “prementalizantes” se refere a um aspecto inerente às propriedades de um modelo mental. No entanto, chamamos a atenção para a escolha da palavra “distorcida” para se remeter à descrição das falhas de interação social relatadas pelo sujeito *borderline* durante a sessão. Primeiramente, o sujeito terapeuta, durante o atendimento, não mencionou qualquer fator referente a uma interpretação “distorcida” da realidade. Em contrapartida, esse fator é mencionado pelo sujeito autor como um item determinante para a constituição de uma instância “prementalizante”. Isso significa que há um distanciamento entre a constituição do sujeito terapeuta durante a sessão e a constituição do sujeito terapeuta durante a descrição dessa sessão no que condiz à adoção de táticas discursivas de formulação dos enunciados.

Por outro lado, o discurso pandêmico também é trazido como âmbito de instauração desse modelo mental. O enunciado “o distanciamento social e a quarentena em massa em ambientes fechados, podem intensificar a sensação de vazio e agravar o modelo de abandono entre as pessoas com TPB” (CHONG, 2020, p. 2) mostra que o discurso clínico, por meio da apresentação dos sintomas, paira sobre o discurso pandêmico ao acionar condições específicas daquele momento histórico-social no processo formativo do modelo mental. Além do mais, o discurso pandêmico fomenta expectativas desconhecidas para o sujeito autor ao afirmar de modo excludente que “Mais estudos empíricos são necessários para investigar o funcionamento e as respostas das pessoas com TPB durante esta pandemia” (CHONG, 2020, p. 2). Dessa forma, as constatações reiteradas no modelo mental se baseiam, além da observação do relato da sessão, em hipóteses devido à atualidade dos estudos daquela situação específica de quarentena. Essa estratégia de propor hipóteses de análise nos induz a pensar em uma aplicação do histórico sobre as matrizes de conduta de sujeitos terapeutas em situações adversas documentadas no saber médico que são aplicadas, por meio da reativação de uma memória discursiva, às novas situações relatadas.

Em síntese, apresentamos neste tópico os impactos da pandemia da covid-19 na constituição do sujeito *borderline*. Para tanto, analisamos as *técnicas de si* enquanto elementos de subjetivação nos entremeios das práticas de objetivação dos sujeitos por meio da investigação do *discurso clínico* e do *discurso pandêmico*. Visualizamos como técnicas discursivas os processos de *patologização* e o jogo de *resistências*, aos quais os sujeitos se inscrevem no deslocamento de um diagnóstico psiquiátrico para um diagnóstico crivado pelo que foi chamado de “novo normal”. Também vislumbramos que o sujeito *borderline* se constitui pautado na construção de uma identidade condicionada não somente pelo *olhar do médico*, mas também pelo *olhar sobre si mesmo*.

Ademais, observamos um sujeito imerso em uma maquinaria de *direito à liberdade* arrolado a preceitos *éticos* e *morais*. Por último, notamos que o relato de uma sessão de psicoterapia psicodinâmica serve de material analítico para a construção de um modelo mental baseado em experiências sobre as reações à pandemia descritas pelo sujeito *borderline* sempre em relação a uma dupla função do sujeito terapeuta: o sujeito terapeuta constituído durante a prática da confissão e o sujeito terapeuta constituído na produção do modelo mental. Finalmente, ao reunir esses elementos de subjetivação investigados no *corpus*, consideramos que esses são suficientes para afirmar que o sujeito *borderline* emerge nos entremeios do discurso clínico e do discurso pandêmico.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para retomar, defendemos a tese de que o indivíduo diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito *borderline* sob prescrições do sujeito psiquiatra a partir dos processos de *objetivação* e *subjetivação*, ambos legitimados por técnicas disciplinares instaladas na instituição hospitalar e materializadas nos enunciados condicionados pelos discursos clínico e acadêmico, dentre outros, desde a publicação dos primeiros artigos científicos, em 1957, até a atualidade, em 2021. Objetivamos pensar sobre a constituição do sujeito com transtorno de personalidade *borderline* baseada na perspectiva discursiva da *arqueogenealogia* proposta pela obra de Foucault a partir da análise de sequências discursivas recortadas de quarenta artigos científicos publicados no endereço eletrônico de busca *PubMed*. Para tanto, formulamos perguntas de pesquisas e, a partir da eleição de hipóteses, estabelecemos objetivos específicos para apresentar as conclusões finais a seguir.

O primeiro objetivo foi identificar no *corpus* as regularidades de condições históricas de produção dos enunciados que compõem materialidade dos discursos clínico e acadêmico sob o amparo da perspectiva arqueológica. No subtópico “Prolegômenos da arqueologia do saber”, elencamos as estratégias discursivas adotadas pelos sujeitos autores na publicação de artigos científicos nos anos de 2014, 2016 e 2020 para visualizar a articulação histórica dos enunciados. Constatamos que os artigos científicos são produzidos historicamente mediante a ativação de uma *memória discursiva clínica*, mencionada pelos DSMs no *campo associado universitário* delineado por uma *exterioridade enunciativa* provinda de estabilidades na estrutura linguística e consolidadas pela articulação regular de instituições universitárias no Irã, na Alemanha e no Chile. Os diagnósticos médicos se formalizam perante a recorrência aos *critérios diagnósticos* excludentes nas ramificações das categorias dispostas sobre os transtornos de personalidade. As formações discursivas clínica e acadêmica se mostraram regulares no desenvolvimento histórico, o que nos sinaliza a estabilidade do *gênero artigo científico*.

Em “O problema do enunciado e o arquivo”, tratamos o enunciado no interior do campo discursivo da medicina. Para tanto, reunimos três enunciados que comparam o transtorno de personalidade *borderline* à condição do espectro autista, o *déficit* de atenção com hiperatividade e a bulimia nervosa. Verificamos que a função enunciativa perpassa a *estratégia discursiva* do sujeito autor ao se valer dos manuais enquanto um ponto de ancoragem da *exterioridade* para correlacionar as patologias, de modo a recorrer ao deslocamento do sujeito *borderline* no interior do saber médico, a fim de fundar um lugar científico e estável de constatação inédita



aos critérios diagnósticos nas equivalências entre transtornos de personalidade e transtornos de humor. Os saberes médico e universitário se legitimam no *corpus* à medida que circulam em torno de uma *verdade clínica e acadêmica*, pois o sujeito autor apresenta um *status* de autoridade científica que reverbera regularidades nas condições de possibilidade dos discursos clínico e acadêmico a partir de retomadas a outros estudos e pesquisas sobre os transtornos. Observamos a indispensabilidade da menção aos DSMs no manejo do saber médico e na abordagem do sujeito *borderline* sempre em relação a outros sujeitos com distintas patologias, sendo critérios de *equiparação* ou de *exclusão*. Ainda, os enunciados regularmente se referem a outros enunciados produzidos anteriormente, às citações a outros autores, no nível da *performance verbal* a partir da existência de um *a priori* histórico fomentado por critérios diagnósticos catalogados e pertencentes a um *arquivo médico* determinante de quais dizeres podem ou não ser proferidos naquele processo diagnóstico específico. A *descontinuidade histórica* se mostrou regular nas sequências discursivas e a *função enunciativa* previu um lugar de emergência do sujeito *borderline* no escopo dos manuais e na reiteração de outros estudos de cunho universitários.

Em “Por uma ordem do discurso”, elegemos quatro sequências discursivas referentes ao comportamento socialmente inadequado do sujeito *borderline*. Verificamos como estrutura dessa *ordem do discurso clínico* o princípio da *interdição* quando os sujeitos autores regularmente articulam termos a despeito do rompimento do saber consolidado historicamente pelos manuais, ao sempre pontuarem que aquela pesquisa se mostra inédita no universo acadêmico de produção dos artigos científicos. Demonstramos, também, a existência de uma *memória discursiva clínica* covalente a uma legitimidade do dizer tanto dos sujeitos médicos como dos sujeitos *borderline*. Os sujeitos autores regularmente tomam os manuais como um *princípio de verdade* ao deslocarem o sujeito *borderline* nas edições do DSM-4 e DSM-5, respectivamente. Isso nos mostra que o *conceito*, o *diagnóstico* e as *formas de tratamento* sofrem transformações históricas e essas mudanças são apresentadas nos enunciados de maneira a especificar o lugar do sujeito autor no *discurso clínico*. Notamos, assim, a regularidade enunciativa de sempre haver uma ruptura do arquivo médico à disposição da pesquisa inédita. A *verdade* se constrói ante o recorte histórico da abordagem teórica adotada pelo sujeito psiquiatra. O sujeito *borderline*, assim, ocupa uma posição passiva no discurso clínico, ao passo que o sujeito médico é autorizado a produzir enunciados que interdita as práticas dos sujeitos doentes no *processo diagnóstico*. Demonstramos esse fator por meio da análise dos comentários realizados pelos sujeitos autores ao inserir nos dizeres sempre a reiteração de outros dizeres

resgatando exemplos paradigmáticos da descrição de condutas dos sujeitos doentes. Em síntese, neste subtópico, o sujeito *borderline* se constitui na relação que o sujeito psiquiatra se vincula ao saber médico de maneira *concordante* ou *interventiva*.

Em “A noção de prática discursiva”, selecionamos três enunciados que dinamizam a descrição de critérios diagnósticos de doenças orgânicas com doenças psíquicas. Buscamos analisar de que modo o saber da medicina se encarregou de organizar essas diferenças. Iniciamos com a transformação histórica, respectivamente, da *histeria*, da *esquizofrenia borderline* e do *transtorno de personalidade borderline*, visto que os *critérios diagnósticos* dessas três nomenclaturas possuem pontos de encontro nos manuais. Demonstramos que, historicamente, a transformação da concepção de *histeria* para a *esquizofrenia borderline* e, depois, para o *transtorno de personalidade borderline* sofre regularidades no discurso clínico por sempre atender a uma *urgência de especificidade do sofrimento* enquanto um *objeto do discurso*. Em comum, os sujeitos autores assinalam no enunciado a necessidade de aquela patologia carecer de novos estudos, visando responder a demandas ainda insuficientes para se fechar um diagnóstico completo naquela atualidade do saber médico. Verificamos a movimentação histórica da patologia no saber da medicina, a *histeria*, e da psiquiatria, a *esquizofrenia borderline* e o *transtorno de personalidade borderline*. Isso nos mostra que a abordagem teórica adotada pelo sujeito médico/psiquiatra também se incumbe de reformulações; o que modifica, portanto, a objetivação do sujeito *borderline* nos discursos clínico e acadêmico acarretando a transformação históricas das terminologias.

O segundo objetivo específico foi investigar no *corpus* como o discurso clínico emerge dos enunciados com fulcro no saber da medicina a partir da construção de uma verdade instituída sobre as práticas discursivas dos sujeitos na instituição hospitalar. Em “O saber da medicina”, recortamos três enunciados publicados entre 2011 e 2018 para pensar sobre o princípio de uma *sociedade industrial capitalista* enquanto *condição de produção/possibilidade* no atendimento de pacientes com transtorno de personalidade *borderline* nos departamentos de emergência, especificamente, aqueles com relatos de abuso de substâncias, haja vista que as sequências discursivas mencionam os custos financeiros da instituição hospitalar.

Em primeiro lugar, vemos que os departamentos de emergência são compostos por *normalizações* de controle das condutas nocivas por meio de um estabelecimento de uma *conduta ideal* dos sujeitos não diagnosticados com qualquer patologia. Essa idealização parte da premissa de que é necessária uma filtragem pontual de pacientes para assegurar o menor custo financeiro e um maior alcance a pacientes com sintomas mais graves, como as tentativas

de suicídio. Logo, essa idealização comportamental obedece não somente ao prescrito nos manuais, mas também à capacidade financeira do hospital. Para tanto, os sujeitos se dividem em *patologizados* e *não patologizados* a partir das suas relações com o sujeito psiquiatra que precisa, a partir da organização e ordenação do saber psiquiátrico, encaixar os sintomas aos critérios para, em seguida, aceitar ou não o paciente nas dependências. Atribuímos esses *critérios de admissão* ao controle que o sujeito médico possui sobre o sujeito *borderline* para determinar a sua aceitabilidade crivada em um diagnóstico clínico, ou seja, o diagnóstico define se o paciente deve ou não ser aceito na instituição hospitalar a partir do saber da medicina.

Demonstramos, ainda, que o *sujeito patologizador*, o sujeito médico, possui autorização para patologizar o sujeito doente somente se inscrito discursivamente no interior do saber médico, pois aquele sujeito não patologizado não possui permissão de ser atendido em conformidade com as *normatizações*. Por último, constatamos que o sujeito *borderline* também se constitui por *resistências* na sua relação com o sujeito psiquiatra ao confessar os seus sintomas e exigir o atendimento se, sob sua própria análise, prever a possibilidade de risco de suicídio, o que rompe com os procedimentos padrões do processo diagnóstico. Como visto nos enunciados, isso implica a construção de uma verdade sobre a patologia que precisa ser compartilhada e acordada entre sujeito paciente e sujeito psiquiatra para o comum direcionamento dos procedimentos seguintes nos casos da *voluntariedade*. No entanto, constatamos que essa *voluntariedade* depende do que chamamos de *olhar do médico*, isto é, o sujeito médico se ampara em uma *tecnologia médica*, a qual infere a probabilidade de *intervenções de conduta* nos casos de resistência do sujeito paciente ao se recusar a ser atendido em situações que ofereçam riscos mais graves.

Por último, em “Notas sobre o saber psiquiátrico”, recortamos três sequências discursivas acerca da abordagem dos *departamentos hospitalares de emergência psiquiátrica* para analisar a concepção de objetos do discurso na atualidade do saber psiquiátrico entre 2017 e 2020 a partir da posição do sujeito autor no discurso clínico. O primeiro objeto discursivo, a *cura*, instala-se no discurso clínico perante o jogo de *patologização/intervenção*. Se, de um lado, os procedimentos do departamento possuem como objetivo a *remissão dos sintomas*, por outro, esses procedimentos também podem incidir sobre *medidas interventivas*, o que sinaliza a não existência de *cura* do transtorno de personalidade *borderline* para o saber da psiquiatria. Demonstramos nos enunciados que o sujeito autor utiliza como estratégia discursiva a menção de palavras sempre associadas à interrupção dos sintomas de doenças orgânicas em relação à remissão dos sintomas de doenças psiquiátricas. A *prática da cura*, logo, funciona como um

ponto de referência para a articulação dos critérios diagnósticos. O segundo objeto do discurso, o *sofrimento psíquico*, integra o saber da medicina em um jogo entre *doenças somáticas* e *doenças psicossomáticas*. Esse mote se estabelece nos enunciados por meio de *técnicas de normalização* edificadas pelo hospital, as quais situam as patologias em dois lugares distintos: o saber da medicina trata de *doenças fisiológicas*, enquanto o saber da psiquiatria trata de *questões do comportamento*.

Percebemos a *prática disciplinar* no enquadramento desses pacientes em um ou outro saber a partir do diagnóstico médico realizado na admissão dos departamentos de emergência. O terceiro objeto do discurso, a *intervenção médica*, provém de um objetivo normalizador do hospital. Esse objetivo é assegurado pela execução de normatizações prescritas pela comunidade médica, que admite os pacientes à medida que apresentam *estabilidade mental* nos casos em que não há detecção de sintomas fisiológicos. Observamos, ainda, que essa *intervenção médica* funciona como um escopo dos comportamentos voluntários em oposição aos comportamentos involuntários. Essas duas categorias se distinguem pelo alcance do quão válido o paciente se encontra para suas atribuições sociais prejudiciais ou de risco. Partindo desses três objetos do discurso, vislumbramos pensar em uma *tecnologia hospitalar*, isto é, uma tecnologia que funciona à medida que os desvios de conduta oferecem maior ou menor *custo-benefício* para o projeto de Estado atravessado na instituição hospitalar. Para tanto, compõe-se do *olhar do médico*, a *confissão* e as *normatizações*.

O terceiro objetivo específico foi demonstrar de que maneira a disciplina fomenta técnicas de controle sobre o corpo na instituição hospitalar, visando mostrar a existência de um dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus*. Primeiramente, em “A perspectiva arqueogenealógica”, formalizamos as imbricações entre as relações de saber e poder para subsidiar teoricamente a análise da constituição do sujeito *borderline* na instituição hospitalar a partir do advento da *disciplina*. Em seguida, em “O princípio da disciplina”, mobilizamos cinco sequências discursivas para analisar de que maneira o *corpo* do doente mental se inscreve na *instituição hospitalar* e serve de suporte para o atravessamento do discurso clínico. A primeira constatação é que a aplicação de terapias intensivas aos sujeitos com transtorno de personalidade *borderline* também é eficaz a outras patologias, desde que compartilhem critérios diagnósticos semelhantes validados pelo *olhar médico*. Para tanto, um dos enunciados apresenta o alcance da terapia florestal para pacientes com sintomas psicóticos. Isso demonstra que o sujeito paciente se divide em dois quanto à sua posição no discurso clínico: o *sujeito psicótico* e o *sujeito somático*. Ambos possuem, como ponto em comum, os prejuízos sociais e, como

ponto de diferença, o estabelecimento do diagnóstico médico que se vale de lugares diferentes no saber da medicina. Nesse caso, o sujeito se divide devido a uma vinculação do paciente às normatizações impostas pelo processo diagnóstico naquele sistema disciplinar específico da terapia florestal. O segundo enunciado se remete a um relato de um caso ficcional de uma mulher que perpassou por diferentes diagnósticos médicos ao longo de sua vida. Investigamos três técnicas disciplinares presentes nesse enunciado: a *cerca* elucidou o deslocamento do sujeito no saber da medicina, respectivamente, em *sujeito depressivo*, *sujeito bipolar*, *sujeito esquizoafetivo* e *sujeito borderline*.

Essa movimentação histórica demonstra que o sujeito se objetiva a partir do cerceamento de suas condutas sociais em uma dada posição no discurso clínico por meio da revisão do diagnóstico e da indicação de abordagens terapêuticas distintas; o *quadriculamento* ilustra as rupturas entre um diagnóstico e outro. Constatamos que, a partir do momento em que o diagnóstico sofre alteração, a abordagem psiquiátrica também se modifica definindo novas terapias ou medicamentos. Isso demonstra a mobilidade do sujeito *borderline* no saber da psiquiatria a partir da relação de poder fecunda entre esse sujeito e o sujeito psiquiatra no atendimento médico, o qual infere na dinâmica disciplinar da instituição hospitalar; as *localizações funcionais* consolidam as *técnicas de vigilância* da paciente perante a sua posição no discurso clínico. Verificamos que, conforme as confissões da paciente se produzem em consultório, novos elementos surgem para modificar o diagnóstico e essa prática do sujeito psiquiatra se formaliza pela regulação hospitalar quando adapta a abordagem de acordo com as queixas apresentadas; por último, a *fila* situa a paciente na progressão do saber médico. O deslocamento do sujeito para este ou aquele diagnóstico gira em torno de dois aspectos observados, a *diminuição dos sintomas* e a *busca pela cura*, sempre em relação ao *sofrimento psíquico*. A concepção de disciplina funciona nesse enunciado enquanto um princípio de divisão e identificação do sujeito no interior do *espaço hospitalar*, isto é, sob o crivo do saber médico.

Por outro lado, analisamos dois enunciados que apresentam os *regulamentos*, as normatizações, amparados na instituição hospitalar para amenizar os prejuízos sociais do paciente, a fim de examinar a articulação do *tempo hospitalar* como *princípio da disciplina*. Constatamos que as normatizações se compõem por requisitos prévios para o aceite do paciente nas acomodações do departamento de emergência. Esses requisitos incluem a necessidade de tratar sintomas graves, mas, também, de recuperar a qualidade de vida e o desenvolvimento interpessoal tanto com a comunidade quanto com a família, no entanto, de acordo com as

condições laborais ou financeiras do hospital. A *intervenção psiquiátrica* apresentou como *norma* a determinação do tempo de manifestação dos sintomas ou do diagnóstico. Em conformidade com o tempo estipulado, a técnica de abordagem disciplinar se modifica. Em alguns casos, modificam-se técnicas médicas de intervenção de condutas de riscos e, em outros, *técnicas de adestramento* disponibilizados pela equipe médica para reeducar os pacientes e reinseri-los nos seus papéis sociais, como a preparação para os estudos ou para o trabalho. A *disciplina* funciona, aqui, como uma relação do tempo normatizado e da intervenção necessária. Ainda, os enunciados apresentam o fator das *medidas protetivas*. Essas medidas se configuram como o *controle do tempo hospitalar*, a partir do momento que define o tempo preciso para que uma *intervenção médica* seja aplicada e fira os *direitos sobre si* no espectro jurídico, pois, se o paciente não obedecer às normas, é transferido para as dependências judiciais.

Em “As técnicas disciplinares”, selecionamos três enunciados para refletir sobre os subsídios para um eficaz adestramento dos sujeitos na instituição hospitalar por meio dos três princípios normalizadores. No primeiro recorte, isolamos a *vigilância hierárquica* por meio da análise de um estudo de caso que descreve a distribuição de funções na ala de enfermagem do hospital psiquiátrico, que dispõe hierarquicamente a posição de cada sujeito enfermeiro em relação ao sujeito *borderline*. Constatamos que o sujeito *borderline* se objetiva de maneira diferente ao se relacionar com o *sujeito assistente de saúde*, o *sujeito enfermeiro treinado*, o *sujeito enfermeiro qualificado* e o *sujeito estagiário*. Cada sujeito ocupa um lugar próprio no discurso clínico à medida que recebem autorização, segundo as *normas hospitalares*, para regimentar suas condutas na administração da medicação. Além disso, verificamos que essa hierarquia se assegura pelo registro escrito e eletrônico de todas as condutas dos sujeitos na ala de enfermagem, o qual é conferido pelas posições mais altas na escala de vigilância.

Ademais, para garantir o funcionamento disciplinar, o *espaço* se organiza pela limitação do contato físico entre sujeitos, pelo isolamento em salas fechadas, pela preservação da privacidade na administração da medicação e pelo impedimento da interferência de outros sujeitos em cada função. Logo, afirmamos que toda essa articulação normatizadora tende a operacionalizar um *efeito de verdade* sobre o transtorno de personalidade *borderline* construído no interior do saber médico e materializada nas relações de poder entre os sujeitos no *processo de objetivação*; no segundo princípio, observamos a *sansão normalizadora* em uma descrição do sistema de internação coercitiva dos períodos de crises involuntárias nos departamentos de recuperação da saúde mental. Demonstramos que as técnicas coercitivas possuem objetivos bem delimitados e normas claras de conhecimento do sujeito *borderline* para a aplicação da

*medicação forçada*, o *isolamento* ou a *detenção* nas dependências hospitalares. Para assegurar o cumprimento das *normas*, o hospital psiquiátrico se vale de regimentos clínicos e jurídicos dos espectros forenses para fundar o lugar do sujeito psiquiatra ou do sujeito juiz a partir do olhar do profissional sobre as condutas de risco. Percebemos um jogo entre *coerção* e *voluntariedade* como *princípio de liberdade* crítica ou consciente. Assim, pontuamos que a sanção normaliza mediante a normatização da conduta do sujeito *borderline*, instaurada na posição ocupada na relação com o sujeito psiquiatra e o sujeito juiz. E, no terceiro princípio, analisamos a prática do *exame* discorrida acerca do desenvolvimento de um diagnóstico válido por meio da adequada execução do *exame clínico*.

Para tanto, observamos a necessidade de preparar um *ambiente propício no ambulatório*, a *deteção do nível de urgência dos sintomas* e o *monitoramento de segurança* como requisitos para a realização do *exame*. Além disso, vimos que a prática do exame precede a *hospitalização parcial*, *hospitalização breve* e *hospitalização prolongada*, conforme o sujeito psiquiatra ocupa a posição de avaliador e julgador, e o sujeito *borderline* ocupa a posição de avaliado e julgado no discurso clínico. Essa relação de poder se mantém por meio da formalização de documentos produzidos pelo sujeito psiquiatra a respeito da maneira como descreve a *confissão* do sujeito *borderline*. Sumarizamos que o exame funciona no *corpus* como um instrumento de controle das condutas do sujeito *borderline*, objetivando-o no interior do saber psiquiátrico, à medida que se inscreve na relação de poder com o sujeito psiquiatra.

Em “O dispositivo psiquiátrico”, elegemos três enunciados recortados de artigos científicos publicados entre 2013 e 2021 por apresentarem como regularidade a objetivação do sujeito *borderline* no *saber psiquiátrico* em relação ao *saber jurídico*, pois almejamos demonstrar de que modo o *dispositivo psiquiátrico* incide sobre a posição do sujeito *borderline* em sua relação com o objeto *liberdade* nos discursos clínico e jurídico. Para isso, isolamos o *direito à liberdade* como princípio norteador do deslocamento do sujeito entre os saberes. Constatamos que o sujeito *borderline* se divide em *sujeito patologizado* e *sujeito judicializado* perante a legalidade do direito à administração da eutanásia como medida afetada pelo *sofrimento psíquico* com base em uma verdade instituída pela formação discursiva, que nomeamos de *institucional-clínico-legal*. Verificamos que o *dispositivo psiquiátrico* enreda um corte seletivo de estratégias avaliativas e legislativas no manejo de objetos sempre deslocados do saber clínico para o saber jurídico, a partir da sua posição na relação de poder entre sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra/juiz, por meio da operacionalização de uma *tecnologia de controle avaliativa e punitiva*.

O quarto objetivo específico foi verificar quais elementos discursivos fundamentam o processo de subjetivação do sujeito *borderline* a partir da análise de estudos de caso clínico e a eleição de fatores culturais. Inicialmente, em “Processo de subjetivação”, elencamos três sequências discursivas para examinar os *processos de subjetivação* presentes na instância discursiva que chamamos de *aliança médico-paciente*. Averiguamos que essa aliança se estabelece em um jogo de *resistências* pelas quais tanto o sujeito *borderline* quanto o sujeito psiquiatra possuem a autonomia para integrar, ou não, uma relação de concordância durante as sessões de terapia, pois determinadas condutas inadequadas para ambos os sujeitos podem acarretar a reformulação ou até mesmo a ruptura da relação.

Dessa forma, percebemos que a relação hierárquica entre o sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra se alterna a depender das demandas apresentadas por ambos por meio da determinação de uma *aliança ideal* pautada por *confiança, responsabilidade, contrato e objetivos* mútuos. Observamos, também, que essa relação se configura de maneira diferente quando o sujeito *borderline* se desloca do saber da psiquiatria para o saber da neurologia. Aqui, ocorre uma divisão dos sintomas em *doença mental e doença somática*, respectivamente. Além do mais, discursos psiquiátrico e neurológico se inter cruzam e fomentam transformações históricas nessa *aliança médico-paciente*, o que gera, portanto, *efeitos de subjetivação* próprios a cada sujeito, *borderline*, psiquiatra ou neurologista, no modo como esses se percebem no enunciado e, conseqüentemente, articulam as próprias condutas para fixar uma posição no discurso clínico.

Em “Análise de estudos de caso clínico”, mencionamos dois enunciados retirados de dois artigos científicos, os quais apresentam *estudos de caso clínico* para pensar os *efeitos de subjetivação* do sujeito *borderline*. Para tanto, constatamos que o sujeito *borderline* não se constitui somente sob o *olhar do médico*, mas também pelo que chamamos de *olhar do paciente sobre si mesmo* enquanto uma *técnica de si*. Verificamos a existência de um *governo de si* descrito pelo sujeito autor a respeito da *autopercepção* do sujeito *borderline* em sua relação com o sujeito psiquiatra crivada por âmbitos da *exterioridade*, tais como a *instituição religiosa* ou *instituição familiar*, que desempenham uma *tecnologia de controle e vigilância* da maneira como o sujeito olha para si. Demonstramos que o sujeito autor utiliza como estratégia enunciativa a apresentação de informações socioculturais do sujeito paciente para inserir o doente mental em um rol de elementos de exterioridade para justificar as condições de possibilidade dessa *tecnologia de si*, por meio da definição não somente de um *desejo de viver*, mas também de um *desejo de viver bem*. Reconhecemos a presença de um *cuidado de si* a partir



do momento que o sujeito *borderline* otimiza as suas próprias práticas, conforme as orientações da instituição hospitalar subsidiadas pelo sujeito psiquiatra, e direciona as suas condutas para a conquista da *felicidade*. Notamos que o *autocontrole* do sujeito *borderline* se associa ao contexto sociocultural para atender à manifestação de seus desejos voluntários ou involuntários nos casos de tentativas de suicídio. Afirmamos, portanto, que o *processo de subjetivação* provém do *olhar do paciente sobre si mesmo* em sua relação com o sujeito psiquiatra, a família e a comunidade naquela atualidade histórica.

Em “Fatores culturais”, selecionamos três enunciados que descrevem a relação de poder entre o sujeito *borderline* e o sujeito psiquiatra com base em fatores culturais para pensar a especificidade dos processos de *objetivação* e *subjetivação* no *corpus*. Para tanto, devido à amplitude do material, elegemos três critérios de recortes: as *instabilidades emocionais*, o *distúrbio de identidade* e o *comportamento social*. A partir dessas três instâncias, isolamos três construtos discursivos: a *liberdade*, a *ética* e as *resistências*. Por último, isolamos as técnicas de *manifestação do desejo* enquanto objeto do discurso clínico. Constatamos que o diagnóstico psiquiátrico sofre alterações em sua constituição discursiva por meio do deslocamento do sujeito *borderline* objetivado dos DSMs para o recorte do saber médico realizado pelo sujeito psiquiatra para avaliar o doente mental mediante o que chamamos de *fator cultural*. Demonstramos que o processo de patologização sofre mutações à medida que as condições de possibilidade decorrem de discursos culturais na determinação do *self*. Corroboramos que o *autoconceito*, a *autoimagem* e a *produção do self* do sujeito *borderline* se fundam no seu lugar cultural estabelecido pelo *olhar do médico* em consonância com o *olhar do paciente sobre si mesmo*, no entanto, definido pelos preceitos e normas sociais atravessadas na instituição hospitalar. O sujeito autor apresenta nos artigos não somente a posição do psiquiatra no processo diagnóstico, mas também a posição do sujeito *borderline* nesse processo a partir de uma *estética de si* condicionada pela aceitabilidade cultural. Identificamos, como elementos dessa *estética de si*, os *problemas de identidade*, os *papéis sociais claros*, o *desenvolvimento saudável* e o *bem-estar mental*. Concluimos que o *cuidado de si* interfere diretamente na constituição de um sujeito *borderline livre, ético e resistente* ao poder psiquiátrico ao governar a si mesmo, ou melhor, ao se preocupar com a construção *moral* do próprio *self* na relação médico-paciente.

O quinto e último objetivo específico foi apresentar a constituição do sujeito *borderline* na atualidade histórica da pandemia da covid-19 por meio da análise do *corpus*. Reunimos quatro sequências discursivas recortadas de três artigos publicados durante o período da

quarentena para analisar como a produção científica de pesquisas sobre os transtornos de personalidade sofreram modificações históricas sob a condição de possibilidade específica da prática do *lockdown* enquanto uma *intervenção do Estado*. Partindo da análise da primeira sequência discursiva, chamamos de *princípio da economia discursiva* a conjectura das conclusões advindas das análises das sessões anteriores de cunho *arqueológicas, genealógicas* e do *espectro das técnicas de si* como ponto de partida. Formalizamos um olhar para a relação interdiscursiva entre o *discurso clínico* e o que nomeamos de *discurso pandêmico*, a fim de proceder à investigação dos elementos de *subjetivação*.

Notamos que o *discurso pandêmico* emerge nos enunciados conforme o sujeito se insere em um jogo de divisão de *sujeitos patologizados* e *sujeitos não patologizados* a partir de uma *memória discursiva* originada de pandemias anteriores para determinar se os sintomas provindos do *lockdown* se enquadram como decorrentes de um transtorno de personalidade específico ou de uma conjuntura de critérios diagnósticos inerentes aos impactos ocasionados pela quarentena. Isso nos mostra que o sujeito *borderline* ocupa uma posição no *discurso pandêmico* diante de uma dupla condição de emergência: o sujeito *patologizado/não-patologizado* e o sujeito *privilegiado/prejudicado*. Para tanto, observamos que a definição do “novo normal” modifica historicamente o processo diagnóstico do sujeito *borderline*, pois, torna-se impreciso determinar se o agravamento de sintomas é decorrente do transtorno mental ou exclusivamente dos impactos do *lockdown*. Afirmamos, assim, que o sujeito *borderline* se constitui a partir de um *ponto de vista psicopatológico e médico* no interior do *discurso pandêmico*, isto é, a posição privilegiada do sujeito *borderline* no *discurso clínico* se desloca para o *discurso pandêmico* equiparando os sujeitos com transtorno de personalidade aos sujeitos da população em geral no momento em que o sujeito psiquiatra recorre aos DSMs e correlaciona à nova condição política e econômica do isolamento social. Verificamos, ademais, que as normatizações prescritas pelo Estado interferem nessa transformação histórica do processo diagnóstico, pois a organização social idealizada nos manuais sofre alterações suficientes para se reconfigurar os critérios diagnósticos de objetivação do sujeito *borderline*. Logo, o *olhar do paciente para si mesmo* se reitera pela incursão dos sintomas provindos do transtorno de personalidade em concomitância com o *novo normal* instalando, dessa forma, um efeito de *identidade de si* relacionado à *liberdade* da formulação do diagnóstico clínico. Por último, o terceiro e quarto enunciados deste tópico apresentam, respectivamente, o relato de uma sessão de psicoterapia psicodinâmica e a análise desse relato por meio da metodologia do *modelo mental*.

Demonstramos que os *blocos cognitivos* se compõem por um esquema alternado de questionamento do sujeito psiquiatra e confissão do sujeito *borderline*. Nessa alternância, o diálogo integra uma série de *técnicas de si* adotadas pelo sujeito paciente para elaborar uma *imagem de si* no discurso clínico, um *êthos*, que é reconhecida e descrita pelo *olhar do terapeuta* de modo a formalizar um diálogo com uma dinâmica entre o que é dito e o que é silenciado a respeito das condutas relatadas. Considera-se, aqui, a perspectiva do sujeito *borderline* antes da quarentena, com o diagnóstico fechado, e durante a quarentena, com a reestruturação da abordagem da terapia. Delineamos o que chamamos de *tecnologia terapêutica*, isto é, a ressignificação da abordagem psiquiátrica com a inserção do elemento novo, o *lockdown*. No terceiro enunciado, o sujeito autor formula o *modelo mental* pela *autodescrição* do sujeito *borderline*. Verificamos que essa descrição revela a posição do sujeito terapeuta no *discurso pandêmico*, pois, a seleção das perguntas, assim como a condução do diálogo, projeta a descrição das respostas do sujeito paciente. Assim, constatamos que o sujeito *borderline* se constitui nesse jogo entre *confissão/diálogo/diagnóstico*.

Em síntese, por meio do desenvolvimento desta tese, demonstramos pontualmente no *corpus* a confirmação das hipóteses iniciais, apresentadas na introdução, as quais retomamos e afirmamos substancialmente. O corpo do indivíduo com transtorno de personalidade *borderline* se constitui em sujeito no *corpus* à medida que é objetivado no interior das relações de poder instaladas na instituição hospitalar, assim como a disposição de técnicas disciplinares, em coexistência à instauração de objetos do discurso. O dispositivo psiquiátrico operacionalizado no *corpus* se constitui por um jogo de verdades condicionadas a localizar o sujeito *borderline* objetivado na conjectura de posições-sujeito no discurso clínico em relação ao discurso jurídico. Finalmente, os elementos de subjetivação percebidos no *corpus* são provindos de *técnicas de si* estabelecidas por práticas discursivas fomentadas na relação entre sujeito *borderline* e sujeito psiquiatra crivada por uma crise sanitária enquanto condição de produção/possibilidade, tais como, na atualidade desta tese, a condição de possibilidade desencadeada pela pandemia da covid-19.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *O que é o contemporâneo e outros ensaios*. Chapecó: Argos, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: APA, 2010. Disponível em: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.
- BATCHELOR, I. R. C. Refresher Course for General Practitioners: Hysteria. *British Medical Journal*, [s. l.], p. 1041-1043, 9 maio 1953. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2016388/pdf/brmedj03441-0041.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- BIELINIS, E. *et al.* The Effects of a Forest Therapy Programme on Mental Hospital Patients with Affective and Psychotic Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [Basel], v. 17, n. 1, p. 1-10, dez. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6982075/pdf/ijerph-17-00118.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17010118>
- BIRDMAN, J. Foucault e a psicanálise. In: FALCÃO, L. F.; SOUZA, P. (org.) *Michel Foucault: perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2005. p. 97-110.
- BISKIN, R. S.; PARIS, J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*, Ottawa, v. 184, n. 16, p. 1789-1794, nov. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494330/pdf/1841789.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>
- CAPONI, S. Da história loucura na época clássica ao poder psiquiátrico. In: FALCÃO, L. F.; SOUZA, P. (org.) *Michel Foucault: perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2005. p. 81-96.
- CASES, C. *et al.* Evidence of practice gaps in emergency psychiatric care for borderline personality disorder: how can this be explained? *BMC Psychiatry*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1-9, set. 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7526189/pdf/12888\\_2020\\_Article\\_2892.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7526189/pdf/12888_2020_Article_2892.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02892-7>
- CHONG, S. C. Psychological impact of coronavirus outbreak on borderline personality disorder from the perspective of mentalizing model: A case report. *Asian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 52, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179484/pdf/main.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CHOUHDARY, S.; GUPTA, R. Culture and Borderline Personality Disorder in India. *Frontiers in Psychiatry*, Lausanne, v. 11, p. 1-10, abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7186391/pdf/fpsyg-11-00714.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. *Tabelas de área de conhecimento*. Brasília, DF: CAPES, 2017. Disponível em: [https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/TabelaAreasConhecimento\\_072012\\_atualizada\\_2017\\_v2.pdf](https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/TabelaAreasConhecimento_072012_atualizada_2017_v2.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

COURTINE, J. J. Crônica do esquecimento ordinário. In: COURTINE, J. J. *Metamorfoses do discurso político: as derivas da fala pública*. São Carlos: Claraluz, 2006. p. 29-36.

COURTINE, J. J. Discurso, história e arqueologia. Entrevista com Jean-Jacques Courtine concedida a Cleudemar Alves Fernandes. In: MILANEZ, N.; GASPAR, N. R. (org.). *A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 17-30.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno borderline: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141547141999002004>. Acesso em: 10 jan. 2019.

<https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>

DAVIS, D. R. How useful a diagnosis is borderline personality disorder? *British Medical Journal*, [s. l.], v. 294, p. 265-266, 31 jan. 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1245289/pdf/bmjcred00005-0007.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

<https://doi.org/10.1136/bmj.294.6567.265>

DEB, E. A Case Study about Severe Borderline Personality Disorder. *Research Gate*, [s. l.], p. 1-12, ago. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/343430385\\_A\\_Case\\_Study\\_about\\_Severe\\_Borderline\\_Personality\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/343430385_A_Case_Study_about_Severe_Borderline_Personality_Disorder). Acesso em: 17 jun. 2021.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: BALIBAR, E. *et al. Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DELRUELLE, E. *Metamorfoses do sujeito: a ética filosófica de Sócrates a Foucault*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

DIERICKX, S. *et al.* Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*, [s. l.], v. 17, p. 1-9, 2017. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5481967/pdf/12888\\_2017\\_Article\\_1369.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5481967/pdf/12888_2017_Article_1369.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.

<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>

DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

DUDAS, R. B. *et al.* The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLos ONE*, [s. l.], v. 12, n. 9, set. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590952/pdf/pone.0184447.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447>

EKEBERG, Ø. *et al.* Patients with borderline personality disorder need tailored emergency care. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, Oslo, 1-6, 2019. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/en/2019/10/kronikk/patients-borderline-personality-disorder-need-tailored-emergency-care>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ERROBIDART, N. C. G. *et al.* Modelos mentais e representações utilizadas por estudantes do ensino médio para explicar ondas. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 440-457, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/258510206\\_Modelos\\_mentais\\_e\\_representacoes\\_utilizadas\\_por\\_estudantes\\_do\\_ensino\\_medio\\_para\\_explicar\\_ondas](https://www.researchgate.net/publication/258510206_Modelos_mentais_e_representacoes_utilizadas_por_estudantes_do_ensino_medio_para_explicar_ondas). Acesso em: 17 jun. 2021.

FERNANDES, C. A. *Discurso e sujeito em Michel Foucault*. São Paulo: Intermeios, 2012. v. 1.

FERNÁNDEZ-FELIPE, I. *et al.* Efficacy of “Family Connections”, a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296953/pdf/12888\\_2020\\_Article\\_2708.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296953/pdf/12888_2020_Article_2708.pdf). Acesso em: 17 jun. 2020.

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>

FERREIRA, M. C. L. Pondo desordem na ordem... Um paradoxo? In: MILANEZ, N.; GASPAS, N. R. (org.). *A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 57-66.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>. Acesso em: 10 jan. 2020.

<https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>

FINKLER, D. C.; SCHÄFER, J. L.; WESNER, A. C. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, [São Paulo], v. 19, n. 3, p. 274-292, 2017. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/1068>. Acesso em: 10 jan. 2019.

<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1068>

FONSECA, M. A. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC, 2003.

FONSECA-SILVA, C. Enunciado, objetos de discursos e domínio da memória. In: MILANEZ, N.; GASPAS, N. R. (org.). *A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto,

2010. p. 67-78.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-248.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. *Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Organização: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. (Coleção Ditos e Escritos, III).

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Organização: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e Escritos, V).

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005a.

FOUCAULT, M. O que são as Luzes? In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento*. Organização: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. p. 335-351. (Coleção Ditos e Escritos, II).

FOUCAULT, M. *Ética, estratégia, poder-saber*. Organização: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. (Coleção Ditos e Escritos, IV).

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008b.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. *O que é um autor?* 7. ed. Lisboa: Passagens, 2009. p. 87-126.

FOUCAULT, M. *Do governo dos vivos: cursos no Collège de France, 1979-1980 (excertos)*. São Paulo: CCS-SP: Achiamé, 2010.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 21. reimp. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FRANCESCHINI, B. *Cartografias do discurso: a constituição de um dispositivo de TDAH*.

2017. 153 f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2017.38>. Acesso em: 20 jan. 2019.  
<https://doi.org/10.14393/ufu.te.2017.38>

GRIFFITHS, D. E. The Family Physician and the Patient with Borderline Personality Disorder. *Can. Fam. Physician*, [s. l.], v. 35, p. 1111-1115, maio 1989. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280371/pdf/canfamphys00159-0139.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

HALL, K.; MORAN, P. Borderline personality disorder: an update for neurologists. *Pract. Neurol.*, [s. l.], v. 19, p. 483-491, 2019. Disponível em: <https://pn.bmj.com/content/practneurol/19/6/483.full.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1136/practneurol-2019-002292>

HEBBLETHWAITE, C. *Borderline personality disorder: an information guide for families*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2009. Disponível em: <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/borderline-guide-en.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

HEPP, J. *et al.* Borderline Personality and the Detection of Angry Faces. *PLoS ONE*, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816443/pdf/pone.0152947.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152947>

JOHNSON, S. C.; ELBOGEN, E. B. Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 203-211, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3811091/pdf/DialoguesClinNeurosci-15-203.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/sjohnson>

JUURLINK, T. T. *et al.* The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Psychiatry*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444043/pdf/12888\\_2020\\_Article\\_2815.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444043/pdf/12888_2020_Article_2815.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02815-6>

KEERS, R. N. *et al.* What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff. *PloS ONE*, [s. l.], v. 13, n. 10, p. 1-18, out. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203370/pdf/pone.0206233.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206233>

KLEIN, O. J. A gênese do conceito de dispositivo e sua utilização nos estudos midiáticos. *Estudos em Comunicação*, Covilhã, v. 1, n. 1, p. 215-231, abr. 2007. Disponível em: <http://www.ec.ubi.pt/ec/01/pdfs/klein-otavio-genese-do-conceito-de-dispositivo.pdf>. Acesso em: 10



jan. 2019.

LETA, J.; THUIS, B.; GLÄNZEL, W. Um estudo de nível macro da ciência no Brasil: sete anos depois. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Florianópolis, v. 18, n. 36, p. 51-66, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2013v18n36p51>. Acesso em: 26 set. 2020.  
<https://doi.org/10.5007/1518-2924.2013v18n36p51>

LUBMAN, D. Managing borderline personality disorder and substance use. An integrated approach. *Australian Family Physician*, [s. l.], v. 40, n. 6, 376-381, jun. 2011. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/June/201106lubman.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MCMAIN, S. F. *et al.* The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry*, [s. l.], v. 18, n. 230, p. 1-16, 2018. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6050694/pdf/12888\\_2018\\_Article\\_1802.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6050694/pdf/12888_2018_Article_1802.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>

MEYBODI, A. M.; HAJEBI, A.; JOLFAEI, A. G. The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, [s. l.], v. 28.90, p. 1-6, set. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301205/pdf/MJIRI-28-90.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MILANEZ, N.; SANTOS, J. Geometria discursiva entre Nietzsche e Foucault. *In: MILANEZ, N.; GASPAR, N. R. (org.). A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 39-56.

NASCIMENTO, M. Soberania, poder e biopolítica: Arendt, Foucault e Negri: Array. *Griot: Revista de Filosofia*, Amargosa, v. 6, n. 2, p. 152-169, 2012. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/529>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.31977/grirfi.v6i2.529>

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. *Welcome to NCBI*. Rockville Pike, c. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 14 jan. 2019.

NAVARRO, P. Uma definição da ordem discursiva midiática. *In: MILANEZ, N.; GASPAR, N. R. (org.). A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 79-94.

NEACSIU, A. D. *et al.* Understanding Borderline Personality Disorder Across Sociocultural Groups: Findings, Issues, and Future Directions. *Current Psychiatry Reviews*, [s. l.], v. 13, n. 3, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317713983\\_Understanding\\_Borderline\\_Personality\\_Disorder\\_Across\\_Sociocultural\\_Groups\\_Findings\\_Issues\\_and\\_Future\\_Directions](https://www.researchgate.net/publication/317713983_Understanding_Borderline_Personality_Disorder_Across_Sociocultural_Groups_Findings_Issues_and_Future_Directions). Acesso em: 17 jun. 2021.

<https://doi.org/10.2174/1573400513666170612122034>

NOWLIS, D. P. Borderline personality disorder in primary care. *J. Fam. Pract.*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 329-335, mar. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2407800/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

OOI, J. *et al.* Interpersonal Functioning in Borderline Personality Disorder Traits: A Social Media Perspective. *Scientific Reports*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-8, set. 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6978508/pdf/41598\\_2020\\_Article\\_58001.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6978508/pdf/41598_2020_Article_58001.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-58001-x>

ORLANDI, E. Ilusões na (da) linguagem. In: TRONCA, I. A. (org.). *Foucault: vivo*. Campinas: Pontes Editores, 1987. p. 11-42.

ORLANDI, E. Michel Foucault e Michel Pêcheux: uma relação pelo discurso. In: FALCÃO, L. F.; SOUZA, P. (org.). *Michel Foucault: perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2005. p. 65-70.

PENZENSTADLER, L. *et al.* Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828425/pdf/13011\\_2018\\_Article\\_145.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828425/pdf/13011_2018_Article_145.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1186/s13011-018-0145-6>

PORTOCARRERO, V. Reabilitação da concepção de Filosofia como ascese no pensamento tardio de Foucault. In: KOHAN, W.; GONDRA, J. (org.). *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 192-193.

PRADO FILHO, K. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Editora Unisul, 2010. p. 183-191.

PRADO FILHO, K. Uma história crítica da subjetividade no pensamento de Michel Foucault. In: FALCÃO, L. F.; SOUZA, P. (org.). *Michel Foucault: perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2005. p. 41-50.

PRETI, E. *et al.* Personality Disorders in Time of Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, [s. l.], v. 22, n. 80, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652908/pdf/11920\\_2020\\_Article\\_1204.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652908/pdf/11920_2020_Article_1204.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.

RAJA, T. *et al.* Psychiatric hospital reform in lowincome and middle-income countries Structured Individualised intervention And Recovery (SITAR): a two-arm pragmatic randomised controlled trial study protocol. *BMJ Open*, [s. l.], v. 10, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228526/pdf/bmjopen-2019-035753.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035753>

RIGUCCI, S. From Lockdown to Release: The Impact of Different Phases Of Covid-19 Pandemic On People Suffering From Psychiatric Disorders. *Psychiatria Danubina*, Zagreb, v. 32, n. 3-4, p. 601-602, 2020. Disponível em: [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol32\\_no3-4/dnb\\_vol32\\_no3-4\\_601.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no3-4/dnb_vol32_no3-4_601.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.

RONNINGSTAM, E. F. *et al.* Cultural Aspects in Symptomatology, Assessment, and Treatment of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, [s. l.], v. 20, n. 22, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11920-018-0889-8.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0889-8>

SALINAS, V. *et al.* SERT and BDNF polymorphisms interplay on neuroticism in borderline personality disorder. *BMC Research Notes*, [s. l.], v. 13, n. 61, p. 1-5, 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006183/pdf/13104\\_2020\\_Article\\_4924.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006183/pdf/13104_2020_Article_4924.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1186/s13104-020-4924-6>

SANCHES, M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. *Diseases*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6787615/pdf/diseases-07-00049.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.3390/diseases7030049>

SARGENTINI, V. As relações entre a Análise do Discurso e a História. In: MILANEZ, N.; GASPAR, N. R. (org.). *A (des)ordem do discurso*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 95-102.

SASHIDHARAN, S. P.; MEZZINA, R.; PURAS, D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge, v. 28, n. 6, p. 605–612, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7032511/pdf/S2045796019000350a.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2021.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>

SHAIKH, U. *et al.* Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry*, Lausanne, v. 8, p. 1-12, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5543278/pdf/fpsy-08-00136.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SHIINA, A. *et al.* Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts. *International Journal of Law and Psychiatry*, [s. l.], v. 77, p. 1-6, jul./ago. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252721000315?via%3Dihub>. Acesso em: 17 de junho de 2021.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101702>

SINDER, M.; PAULA, M. de F. C. de. A concepção de sujeito na pós-modernidade: um desafio para a educação. In: PAULA, M. de F. C. de. (org.). *Educação, poder, resistência e subjetividade: pensando com Foucault*. Florianópolis: Insular, 2019. p. 25-42.

SKODOL, A. E *et al.* The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, [s. l.], v. 51, n. 12, p. 936-50, jun. 2002. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0). Acesso em: 20 jun. 2020.  
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)

STOFFERS, J. M. *et al.* Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [s. l.], v. 8., n. CD005652, p. 1-207, 2012. Disponível em:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005652.pub2/full>. Acesso em: 14 jan. 2019.

THOMPSON JR. *et al.* Borderline Personality Disorder and Regularly Drinking Alcohol before Sex. *Drug Alcohol Rev.*, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 540-545, jul. 2017. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5498244/pdf/nihms809550.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.1111/dar.12476>

VILELA, E. Resistência e acontecimento. As palavras sem centro. *In: KOHAN, W.; GONDRA, J. (orgs). Foucault 80 anos.* Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 107-128.

WEINER, L.; PERROUD, N.; WEIBEL, S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, [s. l.], v. 15, 3115–3129, 2019. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6850677/pdf/ndt-15-3115.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>

ZOHRA, F. A Case Report of Borderline Personality Disorder. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, Irvine, v. 10, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em:  
<https://juniperpublishers.com/pbsij/pdf/PBSIJ.MS.ID.555780.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.  
<https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2018.09.555780>