

Universidade do Vale do Paraíba
Faculdade de Educação e Artes
Curso de Psicologia

GIOVANNA MAZZAFERRO BERSANETI

**O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA LITERATURA
PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA: HISTÓRIA, DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES
CLÍNICAS**

São José dos Campos, SP

2025

Giovanna Mazzaferro Bersaneti

**O Transtorno de Personalidade Borderline na literatura psicológica e
psiquiátrica: história, diagnóstico e implicações clínicas**

Relatório Final apresentado como parte
das exigências da disciplina Trabalho de
Graduação II à Banca Avaliadora do Curso de
Psicologia da Faculdade de Educação e Artes da
Universidade do Vale do Paraíba.

Orientador(a): Prof. Dr. Eduardo Guadagnin

São José dos Campos/SP

2025

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Bersaneti, Giovanna
O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA LITERATURA
PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA: HISTÓRIA, DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES
CLÍNICAS / Giovanna Bersaneti; orientador, Eduardo Guadagnin. -
São José dos Campos, SP, 2025.
38 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Universidade do Vale
do Paraíba, São José dos Campos. Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Transtorno de personalidade borderline. 3.
Trauma. 4. Psicoterapia. 5. Saúde Mental. I. Guadagnin, Eduardo ,
orient. II. Universidade do Vale do Paraíba. Psicologia. III.
Título.

Eu, Giovanna Bersaneti, autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em
outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o
usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado
respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de
propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e
profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 17 de Dezembro de 2025. 

Documento assinado digitalmente
GIOVANNA MAZZAFERRO BERSANETI
Data: 17/12/2025 16:25:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Autor(a) da Obra

Data da defesa: 09/12/2025

Giovanna Mazzaferro Bersaneti

**PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: TRAJETÓRIAS E PERSPECTIVA DE
RECUPERAÇÃO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Relatório final de pesquisa aprovado como parte das exigências da disciplina Trabalho de Graduação II do curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Artes da Universidade do Vale do Paraíba, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dr. Eduardo Guadagnin (UNIVAP) _____

Profa. Dra Christiana Villela de Andrade Strauss (UNIVAP) _____

Prof. Dr. Rodney Querino Ferreira da Costa (UNIVAP) _____

Nota: _____

9,0 NOVE

Profa. Dra. Ana Enedi Prince Silva

Diretora da Faculdade de Educação e Artes – FEA/UNIVAP

São José dos Campos, 16 de dezembro de 2024.

Ao meu pai e minha avó que, juntos, pavimentaram a estrada necessária para que eu chegasse até aqui. Meu eterno amor e gratidão.

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um diagnóstico psiquiátrico marcado por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades nas relações interpessoais. Este trabalho de conclusão de curso, do tipo revisão bibliográfica narrativa, tem como objetivo discutir o TPB para além da noção de transtorno como mera disfunção individual, considerando a articulação entre seus determinantes históricos, sociais, afetivos e biológicos. A pesquisa foi conduzida por meio de análise de conteúdo e de discurso, aplicadas aos materiais bibliográficos e científicos selecionados, utilizando fontes científicas nacionais e internacionais, bem como produções teóricas e audiovisuais que permitiram situar a construção histórica dos transtornos mentais. Essa combinação metodológica possibilitou não apenas organizar e interpretar os conteúdos, mas também refletir de forma crítica sobre os contextos históricos e socioculturais que permeiam a produção de conhecimento sobre o transtorno. Identificam-se ligações entre o diagnóstico de TPB e experiências precoces de trauma, negligência emocional e vínculos afetivos desestruturados, elementos que fragilizam os processos de autorregulação e de constituição do self. Nesse contexto, torna-se fundamental discutir o conceito de recuperação no TPB. A recuperação não deve ser entendida como a eliminação total dos sintomas, mas como um processo contínuo e multifacetado que envolve a redução do sofrimento, o fortalecimento da autoestima, a construção de relações interpessoais mais estáveis, a participação social ativa e a retomada de projetos de vida significativos. Trata-se, portanto, de um movimento de reconstrução da identidade e de ressignificação das experiências pessoais, que vai além do manejo de crises, buscando promover autonomia, esperança e qualidade de vida. A partir da articulação entre esses eixos, o trabalho busca contribuir para um entendimento mais amplo do TPB, que considere os contextos subjetivos, as trajetórias de vida e os atravessamentos subjetivos socioculturais implicados na construção do diagnóstico.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline. Trauma. Psicoterapia. Saúde Mental

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a psychiatric diagnosis characterized by emotional instability, impulsivity, and difficulties in interpersonal relationships. This undergraduate thesis, conducted as a narrative literature review, aims to discuss BPD beyond the notion of disorder as a mere individual dysfunction, considering the articulation between its historical, social, affective, and biological determinants. The research was carried out through content and discourse analysis applied to selected bibliographic and scientific materials, drawing on national and international scientific sources, as well as theoretical and audiovisual productions that made it possible to situate the historical construction of mental disorders. This methodological approach enabled not only the organization and interpretation of the material but also a critical reflection on the historical and sociocultural contexts that shape the production of knowledge about the disorder. Connections were identified between the diagnosis of BPD and early experiences of trauma, emotional neglect, and disrupted affective bonds, elements that weaken processes of self-regulation and the constitution of the self. In this context, it becomes essential to discuss the concept of recovery in BPD. Recovery should not be understood as the complete elimination of symptoms, but rather as a continuous and multifaceted process involving the reduction of suffering, the strengthening of self-esteem, the development of more stable interpersonal relationships, active social participation, and the resumption of meaningful life projects. It is therefore a movement of identity reconstruction and re-signification of personal experiences that goes beyond crisis management, aiming to promote autonomy, hope, and quality of life. By articulating these dimensions, this study seeks to contribute to a broader understanding of BPD that takes into account subjective contexts, life trajectories, and sociocultural influences involved in the construction of the diagnosis.

Keywords: Borderline personality disorder. Trauma. Psychotherapy. Mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivo geral	12
1.1.2 Objetivos específicos	12
2 MÉTODO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 A alteridade na saúde mental: uma análise histórica crítica da psiquiatria e do modelo manicomial.....	15
3.1.1 A loucura na história: da demonologia à psiquiatria.....	15
3.1.2 O caso brasileiro: exclusão, violência e resistência	16
3.1.3 A reforma psiquiátrica e novos dispositivos	17
3.2 Internações psiquiátricas e estigma no cuidado ao borderline.....	19
3.3 Causas Biológicas e Sociais do Transtorno de Personalidade Borderline.....	21
3.4 Insuficiências da Formação Profissional e Seus Impactos nos Desafios Clínicos do Transtorno de Personalidade Borderline	25
3.5 A Crítica às Classificações Psiquiátricas e os Limites do DSM	27
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO.....	33
6 REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é compreendido hoje como um conjunto de desafios emocionais e relacionais, manifestados em padrões persistentes de instabilidade na autoimagem, impulsividade, intensidade afetiva e medo de abandono (American Psychiatric Association, 2022). Contudo, o entendimento do TPB se desenvolveu ao longo da história da psicologia e da psiquiatria de forma complexa. Originalmente, o termo “borderline” surgiu na década de 1930, a partir das observações de Adolf Stern (1938), que descrevia pacientes que não se enquadravam claramente nas categorias tradicionais de neurose ou psicose. Posteriormente, Otto Kernberg (1975) aprofundou o conceito, caracterizando-o como uma organização limítrofe de personalidade, marcada por difusões da identidade, utilização frequente de mecanismos de defesa primitivos e dificuldades no teste da realidade.

O teste de realidade diz respeito à capacidade do indivíduo de diferenciar entre experiências internas (fantasias, emoções, pensamentos) e a realidade externa objetiva. Em pessoas com TPB, essa função costuma estar relativamente preservada em situações cotidianas, o que as diferencia de quadros psicóticos. Entretanto, sob condições de estresse intenso ou de medo de abandono, podem ocorrer falhas transitórias nesse teste de realidade, manifestando-se em episódios de ideação paranoide, experiências de despersonalização ou dissociação. Esses episódios geralmente são breves e reativos a situações emocionais, não configurando um rompimento duradouro com a realidade, mas revelando a fragilidade dessa função nos momentos de maior vulnerabilidade psíquica (American Psychiatric Association, 2014; Gunderson, 2011; Kernberg, 2006).

No atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), o TPB é definido por um padrão dominante de instabilidade que se inicia na adolescência ou no início da vida adulta. Embora sinais possam ser notados desde a adolescência, o manual recomenda cautela: em geral, o diagnóstico é estabelecido após os 18 anos, mas admite-se a possibilidade de identificá-lo em indivíduos mais jovens quando os traços são persistentes, inflexíveis e duram pelo menos um ano. Ainda conforme as recomendações mais recentes do DSM-5-TR, para que o

diagnóstico seja confirmado, é necessário que o indivíduo preencha ao menos cinco dos nove critérios clínicos estabelecidos. Além disso, o manual também propõe que a gravidade do transtorno seja avaliada, permitindo a classificação em leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas, da frequência dos episódios e do impacto funcional na vida do indivíduo. Entre os principais critérios diagnósticos, destacam-se o medo intenso de abandono (real ou imaginado), os padrões de relacionamentos interpessoais intensos e instáveis, a perturbação de identidade, comportamentos impulsivos (como gastos excessivos, sexo sem proteção, abuso de substâncias), comportamentos suicidas recorrentes ou automutilação, instabilidade afetiva, sentimentos crônicos de vazio, raiva intensa e dificuldades em controlar a raiva, bem como episódios de despersonalização ou ideação paranoide transitória em situações de estresse (American Psychiatric Association, 2022).

De acordo com Barlow et al. (2020), indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) apresentam disfunções na área emocional e são intensos, sendo essa instabilidade um grande preditor de suicídio para este grupo de pessoas. Essa instabilidade está presente em várias áreas da vida desses indivíduos, manifestando-se nas relações interpessoais, na noção de seu autoconceito e nos comportamentos, o que pode acarretar em episódios de impulsividade, e, conseqüentemente, episódios de automutilação e abuso de drogas. Embora não seja claro os motivos que levam a essas autolesões, pessoas que possuem a TPB descrevem tais episódios como “reduzores de tensão”. Esse termo refere-se ao alívio momentâneo que a pessoa experimenta após uma descarga comportamental (como a automutilação ou o uso de drogas), que funciona como uma tentativa de interromper ou regular um estado emocional considerado insuportável. Assim, a ação impulsiva não tem como objetivo resolver o conflito subjacente, mas sim diminuir rapidamente a intensidade do sofrimento emocional, funcionando como uma estratégia de regulação afetiva desadaptativa. No entanto, esse alívio é apenas temporário, já que frequentemente é seguido por sentimentos de culpa, vergonha e manutenção do ciclo de instabilidade emocional. É também descrito um vazio crônico, que pode ser relatado como tédio, o que acarreta grandes dificuldades acerca de sua própria identidade.

Apesar da gravidade do sofrimento associado ao TPB, é essencial adotar uma perspectiva crítica em relação à sua conceituação. Como argumentam Paris (2010) e Lemma (2016), há o risco de que o diagnóstico reduza a experiência singular do

indivíduo a uma etiqueta patologizante, desconsiderando os contextos históricos, sociais e relacionais que moldam o desenvolvimento da personalidade. Além disso, estudos longitudinais, como os conduzidos por Zanarini et al. (2003; 2012; 2018), indicam que muitos indivíduos diagnosticados com TPB apresentam uma evolução favorável ao longo do tempo. Esses estudos de acompanhamento, que se estendem por décadas, demonstram uma redução significativa dos sintomas centrais - como impulsividade, automutilação e instabilidade afetiva - assim como uma melhora funcional em diferentes áreas da vida, o que reforça a necessidade de enxergar o transtorno como um estado potencialmente transitório e sujeito à transformação.

Outro ponto de destaque é o impacto do envelhecimento na trajetória do TPB. Pesquisas sugerem que, com o avanço da idade, há uma tendência de diminuição natural de comportamentos de risco e impulsividade, possivelmente associada à maturação emocional, mudanças neurobiológicas e experiências de vida acumuladas (Paris, 2010). Embora sintomas mais persistentes, como o vazio crônico e as dificuldades relacionais, possam permanecer, observa-se que o curso do transtorno não é estático. Assim, tanto os achados longitudinais quanto os efeitos do envelhecimento reforçam a importância de compreender o TPB dentro de uma perspectiva dinâmica, que considere os potenciais de mudança ao longo da vida.

Assim, ao invés de compreender o TPB como uma condição fixa e imutável, propõe-se uma abordagem mais subjetiva e focada no sujeito, que reconheça a complexidade da experiência singular e valorize os processos de mudança e recuperação possíveis ao longo da vida.

A literatura clínica antigamente concentrava-se em entender a trajetória de recuperação desses indivíduos com ênfase na extinção de suas manifestações. Contudo, ao longo dos últimos anos, tem-se observado uma mudança importante no foco das pesquisas. Estudos, como o de Zanarini et al. (2018), ressaltam a necessidade de considerar a recuperação não apenas como o controle de comportamentos disfuncionais, mas como um processo que envolve a construção de um senso de identidade, o desenvolvimento de relacionamentos significativos e a conquista de estabilidade em diferentes aspectos da vida, incluindo o ocupacional e social.

A tendência da recuperação em indivíduos com TPB, portanto, não deve ser reduzida à simples remissão dos sintomas psiquiátricos, mas envolve um conceito mais amplo e subjetivo, que abrange a capacidade do indivíduo de se constituir

enquanto sujeito, ressignificando seu lugar no mundo. Essa perspectiva, apoiada por autores como Gillard et al. (2015) e Lariviere et al. (2015), propõe que a recuperação seja vista como um processo de reintegração social e ocupacional, em que o paciente se torna capaz de estabelecer relações mais estáveis e de reconstruir sua vida de maneira mais satisfatória. Nesse sentido, a antiga visão que encarava o tratamento do TPB exclusivamente como um processo voltado à redução dos sintomas está sendo complementada por abordagens que consideram os aspectos psicossociais da recuperação.

Apesar dos avanços científicos no campo da saúde mental, observa-se que grande parte das intervenções terapêuticas voltadas ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ainda permanece centrada na redução de sintomas e no controle de comportamentos impulsivos. Tal enfoque revela-se limitado por não considerar de forma consistente a relevância do funcionamento social, da autoestima e das relações interpessoais no processo de recuperação. Esse problema está relacionado, em grande medida, a falta de preparo de profissionais que, durante sua formação acadêmica, não receberam uma abordagem aprofundada sobre o TPB, o que contribui para práticas clínicas direcionadas apenas ao manejo imediato de crises, negligenciando a complexidade subjetiva e social da experiência borderline. Além disso, pesquisas indicam que os profissionais relatam sentimentos de frustração e inadequação no manejo clínico com esse público, resultando em atitudes mais negativas do que em relação a outros transtornos psiquiátricos, inclusive a esquizofrenia (Aviram et al., 2006, apud Kunstman, 2022).

Diante desse cenário, a literatura contemporânea tem destacado a importância de integrar a psicoterapia ao contexto social e ocupacional dos pacientes, de modo a promover mudanças sustentáveis. Bateman et al. (2015) e Clarkin et al. (2006) enfatizam que o processo terapêutico deve considerar não apenas a redução de sintomas, mas também os fatores externos, como trabalho, estudo, vínculos afetivos e condições de vida, sob pena de limitar a efetividade das intervenções e comprometer a recuperação plena.

Portanto, ainda persistem lacunas significativas que precisam ser revistas. Uma delas diz respeito ao preparo dos profissionais da saúde mental: em muitas graduações de psicologia e medicina, o tema é pouco explorado ou tratado de forma superficial, o que pode resultar em dificuldades no manejo adequado desses casos. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Psicologia estabelecem

competências gerais, como o domínio da psicopatologia e das teorias da personalidade (Brasil, 2011), mas não determinam a obrigatoriedade de conteúdos específicos sobre o TPB ou sobre intervenções focadas no funcionamento social e interpessoal. Estudos contemporâneos sobre a formação de psicólogos para atuação em saúde mental apontam desafios significativos no desenvolvimento de competências clínicas aprofundadas, destacando lacunas entre a formação teórica e as demandas práticas da clínica e do cuidado em contexto de sofrimento psíquico. A práxis formativa nessa área tem sido analisada como insuficiente para preparar profissionais capazes de atuar com profundidade em transtornos complexos e em situações com alto grau de vulnerabilidade, denotando a necessidade de integração consistente entre conhecimentos técnico-científicos, aspectos éticos e competências clínicas avançadas (Severino & Melo, 2024). Essa fragilidade contrasta com os princípios estabelecidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2023 (Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023), que orientam a formação em Psicologia a promover não apenas abordagem crítica e contextualizada da psicologia enquanto ciência e profissão, mas também competências que respondam às demandas sociais de saúde mental e à atuação em redes de cuidado integral. Quando tais diretrizes não são integralmente incorporadas nos cursos, podem persistir visões reducionistas ou estigmatizantes sobre transtornos como o Borderline, restringindo o cuidado clínico e negligenciando aspectos subjetivos e sociais da experiência dos pacientes. Como observa Kunstman (2022, p. 2), “muitos profissionais de saúde ainda percebem o paciente borderline como difícil ou manipulador”, evidenciando os efeitos de lacunas formativas sobre o vínculo terapêutico e as práticas clínicas. o que não apenas reforça estigmas, mas também limita o potencial de uma prática clínica voltada para a recuperação ampliada. Diante desse cenário, este trabalho propõe-se a investigar os fatores que influenciam as diferentes trajetórias de recuperação em indivíduos diagnosticados com TPB. A relevância do estudo reside na necessidade de ampliar a compreensão sobre a recuperação, considerando não apenas a melhora clínica, mas também as transformações na qualidade de vida, nas relações interpessoais e no funcionamento ocupacional, de modo a subsidiar práticas que superem a fragmentação ainda presente em muitos contextos formativos e assistenciais. Além disso, os resultados deste estudo podem ter implicações positivas para a prática clínica, ao sugerir a necessidade de incluir nas abordagens terapêuticas um foco maior na integração psicossocial dos pacientes a redes de apoio e

ocupacionais, para além do manejo dos sintomas. Como aponta Grenyer (2013), a promoção de uma visão otimista e realista sobre a recuperação pode ser um dos caminhos para substituir o niilismo, ajudando os pacientes a perceberem a possibilidade de uma vida significativa e funcional, mesmo com o transtorno. Paralelamente, este trabalho também tem como objetivo propor uma reflexão sobre a preparação oferecida pelas universidades na formação dos profissionais de saúde mental, considerando que a ausência de conteúdos consistentes sobre o Transtorno de Personalidade Borderline pode comprometer tanto a prática clínica quanto a qualidade do cuidado.

Diante dessas considerações, o presente Trabalho de Graduação está organizado da seguinte forma: inicialmente, no Capítulo 1 - Introdução, são apresentados o contexto histórico, conceitual e crítico do Transtorno de Personalidade Borderline, bem como os objetivos que orientam a pesquisa. O Capítulo 2 - Método descreve os procedimentos metodológicos adotados, caracterizando o estudo como uma revisão bibliográfica narrativa com análise de conteúdo e de discurso. No Capítulo 3 - Revisão de Literatura, são discutidos os principais eixos teóricos que fundamentam o trabalho, incluindo a construção histórica da loucura e da psiquiatria, o estigma no cuidado ao paciente borderline, os fatores biológicos e sociais implicados no TPB, as limitações da formação profissional, as críticas às classificações psiquiátricas e as evidências empíricas sobre o curso e a remissão do transtorno. Por fim, o Capítulo 4 - Discussão articula criticamente os achados da literatura com os objetivos propostos, e o Capítulo 5 - Considerações Finais apresenta as reflexões finais do estudo, destacando suas contribuições, limitações e possíveis implicações para a prática clínica e a formação em saúde mental.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar de forma crítica as construções históricas e diagnósticas do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) na literatura psicológica e psiquiátrica, com o intuito de compreender como essas narrativas influenciam a forma como o sujeito borderline é **percebido, acolhido e tratado** nos contextos clínico e social.

1.1.2 Objetivos específicos

Secundariamente, pretende-se:

- a) Investigar como o Transtorno de Personalidade Borderline foi historicamente constituído nas ciências psicológica e psiquiátrica, identificando os principais marcos conceituais e transformações no entendimento do transtorno;
- b) Refletir criticamente sobre os critérios diagnósticos presentes no [DSM-5-TR \(2022\)](#), analisando suas implicações clínicas, éticas e subjetivas, bem como as possíveis reduções da complexidade humana a categorias classificatórias,
- c) Investigar limitações na formação acadêmica de profissionais da saúde mental que possam resultar em desconhecimento acerca do TPB, bem como a reprodução de visões estigmatizantes que dificultam um manejo clínico adequado.

2 MÉTODO

Este trabalho configura-se como uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, cujo propósito central é aprofundar a compreensão teórica sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), com especial atenção às suas concepções ao longo da literatura especializada e às intervenções terapêuticas mais discutidas na atualidade.

A escolha por uma abordagem exploratória justifica-se pela necessidade de examinar um campo teórico marcado por complexidade e diversidade conceitual. Já o caráter descritivo permite organizar e apresentar os principais elementos identificados nos estudos consultados, favorecendo a construção de uma análise crítica e fundamentada sobre os discursos que atravessam a constituição diagnóstica do TPB.

Optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, modalidade que possibilita maior flexibilidade na escolha e análise das fontes, permitindo a integração de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas. Essa forma de revisão é particularmente pertinente ao objetivo deste trabalho, uma vez que busca compreender o transtorno não apenas sob o prisma biomédico ou classificatório, mas também considerando seus desdobramentos subjetivos, históricos e sociais. A ênfase recai, portanto, sobre a pluralidade de sentidos atribuídos ao TPB e sobre os modos como ele é concebido nas práticas clínicas e nos discursos psicológicos.

A seleção do material bibliográfico foi realizada por meio de buscas em bases de dados reconhecidas no campo da psicologia, psiquiatria e das ciências humanas, como SciELO, PePSIC, BVS-Psi e Google Acadêmico, bem como em obras clássicas e contemporâneas publicadas por editoras científicas. A pesquisa não se limitou a um recorte temporal restrito, buscando tanto obras clássicas (como Foucault, Kernberg e Linehan) quanto produções contemporâneas. Contudo, a busca em bases de dados foi direcionada a artigos publicados entre os anos de 2020 e 2025, priorizando-se aqueles que discutem o TPB em interface com questões éticas, clínicas, críticas e epistemológicas.

A análise foi conduzida a partir da identificação de núcleos temáticos recorrentes, categorias conceituais e argumentos centrais nos textos selecionados.

Este trabalho, portanto, não se propõe apenas a compilar dados disponíveis na literatura, mas a construir uma reflexão crítica que contribua para o enfrentamento da patologização do sofrimento psíquico, valorizando abordagens que reconheçam a complexidade da experiência humana e a singularidade do sujeito. Com esse objetivo, além da revisão narrativa da literatura, será realizada uma análise de conteúdo e de discurso dos materiais selecionados, visando identificar não apenas os dados explícitos, mas também os sentidos subjacentes, as posições ideológicas e os enunciados que sustentam determinadas formas de compreender e intervir sobre o Transtorno de Personalidade Borderline. A escolha por tais métodos analíticos se justifica pela necessidade de compreender como se estruturam, ao longo do tempo, os discursos biomédicos e psicossociais que atravessam a constituição histórica e clínica dessa categoria diagnóstica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ALTERIDADE NA SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA CRÍTICA DA PSIQUIATRIA E DO MODELO MANICOMIAL

O que hoje compreendemos como transtornos mentais resulta de uma longa e complexa construção histórica. A concepção de “loucura” tem sido atravessada por diversas interpretações ao longo dos séculos - religiosas, morais, médicas - e sua forma de tratamento reflete mais os dispositivos de poder de cada época do que verdades objetivas da psique humana. Com efeito, como destaca Michel Foucault em *História da Loucura*, a emergência da psiquiatria como ciência moderna não significou propriamente uma humanização, mas sim o aprofundamento de um sistema de exclusão (Foucault, 1978).

Este tópico tem por objetivo traçar um panorama histórico dos transtornos mentais, discutir as formas contemporâneas de medicalização da subjetividade e analisar criticamente, à luz de Foucault, os mecanismos de controle sobre a loucura, articulando essas reflexões com as obras audiovisuais *Nise – O Coração da Loucura* (2016) e *Holocausto Brasileiro* (2013). Ambas revelam os impactos concretos da institucionalização psiquiátrica no Brasil e os esforços de resistência a ela.

3.1.1 A Loucura na História: da Demonologia à Psiquiatria

Na Antiguidade e Idade Média, a loucura era compreendida predominantemente a partir de explicações religiosas ou simbólicas. Os loucos podiam ser vistos como possuídos, iluminados ou amaldiçoados. Contudo, como observa Foucault (1978), é apenas com a modernidade, a partir do século XVII, que a loucura se torna objeto de exclusão racional. O autor denomina esse momento como a “Grande Internação”, quando as sociedades europeias começaram a confinar em instituições específicas não só os insanos, mas todos os considerados “improdutivos” ou “perigosos”: vagabundos, hereges, prostitutas, leprosos e loucos.

Nesse processo, a razão moderna se institui como critério absoluto de verdade, lançando à margem tudo aquilo que não se conforma ao ideal racional. A loucura, nesse sentido, deixa de ser vista como parte da experiência humana e passa a ser eliminada do espaço público. Com o surgimento da psiquiatria no século XIX, essa exclusão adquire roupagens médicas: o louco é agora diagnosticado, patologizado e internado. Mas, como enfatiza Foucault (1978), isso não significou maior cuidado ou escuta - apenas a legitimação científica de práticas disciplinares já em curso.

3.1.3 O Caso Brasileiro: Exclusão, Violência e Resistência

O Brasil reproduziu, em larga escala, esse modelo de contenção manicomial. Durante o século XX, a política de saúde mental brasileira se organizou em torno de hospitais psiquiátricos de grandes proporções, como o Hospital Colônia de Barbacena (MG). O documentário *Holocausto Brasileiro* (2016), inspirado no livro-reportagem de Daniela Arbex (2013), evidencia as condições desumanas a que estavam submetidos os internos: superlotação, fome, tortura, ausência de diagnósticos psiquiátricos em milhares de casos e altíssimas taxas de mortalidade.

Barbacena se tornou símbolo de um sistema de exclusão onde a loucura era menos uma condição clínica do que um marcador social: mulheres vítimas de violência, homossexuais, pessoas em situação de rua ou em conflito familiar eram institucionalizadas sob a chancela da “doença mental”. Como diria Foucault (1978), a psiquiatria não atua apenas como saber médico, mas como instrumento de normalização, aplicando critérios morais em nome da ciência.

Nesse mesmo período, uma figura se destaca por nadar contra a corrente: Nise da Silveira. O filme *Nise - O Coração da Loucura* (2015), dirigido por Roberto Berliner, retrata a luta da médica psiquiatra no Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, contra as práticas violentas da psiquiatria tradicional. Ao valorizar a expressão artística dos pacientes e apostar em vínculos afetivos e no acolhimento da subjetividade, Nise enfrentou a institucionalização da loucura com base em uma abordagem terapêutica humanizada, valorizando o caráter subjetivo de seus pacientes. Sua prática reafirma o que Foucault apontou como ausente na psiquiatria tradicional: o diálogo com a diferença.

3.1.4 A Reforma Psiquiátrica e Novos Dispositivos

A partir da década de 1980, o Brasil passou a protagonizar um dos mais significativos movimentos antimanicomiais do mundo. Inspirado pela Reforma Italiana e pelo pensamento crítico de autores como Michel Foucault, especialmente em *História da loucura na Idade Clássica* (Foucault, 1978), o movimento propôs a substituição progressiva dos manicômios por serviços comunitários de base territorial. Tal mudança buscava romper com a lógica da exclusão e da tutela, propondo novos modos de cuidado que priorizassem a liberdade, a cidadania e o convívio social.

A Reforma Italiana, conduzida por Franco Basaglia a partir da década de 1960, representou um marco na história da saúde mental. Ao assumir a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia denunciou as condições desumanas a que eram submetidos os internos, dando início a um movimento de transformação estrutural do modelo de assistência (Basaglia, 1985). Esse processo culminou na promulgação da Lei nº 180/1978, conhecida como Lei Basaglia, que determinou o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos na Itália e a criação de uma rede territorial de cuidados em saúde mental. A reforma italiana introduziu dispositivos substitutivos, como os Centros de Saúde Mental, as cooperativas sociais e as moradias assistidas, que visavam à integração do sujeito na comunidade e à promoção de autonomia (Amarante, 1995; Rotelli, 2001).

No Brasil, as ideias basaglianas encontraram ressonância a partir da década de 1970, influenciando diretamente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento surgiu como resposta às condições precárias e à violência institucional observadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros (Amarante, 2019). Paralelamente, o país vivenciava o processo de redemocratização e a Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 - reconhecendo a saúde como um direito universal e um dever do Estado (Brasil, 1988).

O ápice desse processo ocorreu com a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que consolidou a Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa legislação estabeleceu diretrizes para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, priorizando o atendimento em liberdade e a reabilitação psicossocial, em detrimento do modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2001).

Nesse contexto, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados oficialmente¹ pela Portaria nº 224/1992 do Ministério da Saúde. Os CAPS foram concebidos como serviços de base comunitária voltados ao acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, especialmente aquelas que, historicamente, eram destinadas ao confinamento manicomial (Brasil, 1992). A proposta central dos CAPS é oferecer tratamento em liberdade, articulando atendimentos clínicos, atividades terapêuticas, reinserção social, apoio familiar e inclusão produtiva, de modo a garantir um cuidado integral e humanizado (Yasui, 2010).

Um dos pilares fundamentais desse modelo é o trabalho em equipe multiprofissional, que reúne psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores e outros profissionais de saúde. Essa composição busca promover uma atenção ampliada, que vá além do manejo dos sintomas e contemple as dimensões subjetivas, sociais e ocupacionais da vida do sujeito (Costa-Rosa, 2013). Com o passar dos anos, os CAPS se diversificaram em modalidades — CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (para álcool e drogas) e CAPS i (voltado à infância e adolescência), ampliando a cobertura e respondendo às necessidades de diferentes territórios e públicos (Brasil, 2011).

Dessa forma, a trajetória da Reforma Psiquiátrica e a consolidação dos CAPS marcam uma mudança paradigmática: do isolamento para a convivência, da exclusão para a cidadania e da tutela para a autonomia. Mais do que uma reforma institucional, trata-se de uma transformação ética e política, que reafirma o direito de todos os sujeitos a viver em liberdade e a ser protagonistas de suas próprias histórias (Amarante, 2019; Rotelli, 2001).

No entanto, como adverte Tesser (2006), a lógica de medicalização da vida não foi superada. Em vez dos muros de concreto, muitas vezes o controle se manifesta através da hiperprescrição de psicofármacos e da transformação de experiências humanas em categorias diagnósticas.

Essa medicalização crescente está alinhada ao discurso neoliberal, que associa saúde mental ao desempenho produtivo. Sofrimentos existenciais, crises

¹ O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, fundado em 1986, é reconhecido como um dos primeiros CAPS voltados ao cuidado de pessoas com sofrimento mental no Brasil, marcando um importante avanço nas práticas de atenção psicossocial e no processo da reforma psiquiátrica no país

sociais ou conflitos subjetivos são recodificados como “transtornos”, tratados por fármacos em vez de escuta e acolhimento. Para Foucault (1978), isso representa o triunfo da biopolítica: o poder que atua sobre os corpos e as subjetividades, regulando o que deve viver e o que deve ser silenciado.

3.2 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E ESTIGMA NO CUIDADO AO BORDERLINE

Apesar dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica e pela implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a internação psiquiátrica continua a desempenhar um papel importante na trajetória clínica de indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Esse recurso, que deveria ser excepcional e restrito a situações de crise aguda, frequentemente torna-se parte recorrente do percurso terapêutico, configurando o fenômeno conhecido como “porta giratória”, no qual pacientes transitam repetidamente entre hospitalizações e retornos à comunidade (Bodner et al., 2015). A análise das condições em que tais internações ocorrem revela não apenas a gravidade sintomatológica, mas sobretudo a influência de fatores sociais e institucionais que atravessam o cuidado oferecido a esse grupo.

Estudos recentes têm evidenciado que a duração da hospitalização em pacientes com TPB não é explicada unicamente por critérios clínicos. Yaniv-Rosenfeld et al. (2025), ao investigarem mais de mil registros de internações em Israel, identificaram que mulheres, jovens com até 20 anos, pessoas desempregadas e aquelas que ainda vivem com os pais apresentaram hospitalizações significativamente mais longas. Por outro lado, pacientes casados, divorciados, empregados ou que residem de forma independente tendem a ter internações mais curtas.

Esses achados apontam para a dimensão socioeconômica e relacional como fatores centrais no manejo hospitalar do TPB. A hospitalização prolongada parece refletir não apenas a intensidade do sofrimento psíquico, mas também a ausência de redes de apoio, a dependência familiar e a vulnerabilidade social. Tais elementos evidenciam que o cuidado ao paciente borderline não pode ser compreendido fora de sua inserção social e comunitária. Nesse sentido, as internações repetidas e prolongadas indicam falhas na articulação entre os dispositivos substitutivos, como

CAPS, serviços comunitários e redes familiares, revelando uma lacuna entre a proposta da Reforma Psiquiátrica e sua efetivação na prática clínica cotidiana.

Outro aspecto decisivo no percurso hospitalar de indivíduos com TPB refere-se às atitudes e percepções dos profissionais de saúde mental. A literatura tem mostrado que tais pacientes são frequentemente alvos de estigmatização, sendo descritos como “manipuladores”, “difíceis” ou “impossíveis de tratar” (Aviram, Brodsky, Stanley, 2006; Kunstman, 2022).

No estudo de Bodner et al. (2015), realizado em quatro hospitais psiquiátricos israelenses, psiquiatras e enfermeiros (justamente os profissionais com maior contato diário com esses pacientes) relataram níveis mais elevados de frustração e atitudes mais negativas em comparação com psicólogos e assistentes sociais, que tenderam a expressar maior empatia. Ademais, quanto maior a quantidade de pacientes borderline atendidos, mais negativas se tornavam as atitudes relatadas, sugerindo um efeito de desgaste emocional associado ao manejo clínico.

Essa dinâmica não apenas fragiliza o vínculo terapêutico, mas também impacta diretamente as decisões clínicas sobre hospitalização. Muitas vezes, a internação se torna um recurso utilizado mais para contenção de comportamentos disruptivos do que para uma estratégia integrada de tratamento, perpetuando a lógica de exclusão e reforçando a visão do paciente como um “caso problemático” a ser controlado. A atitude dos profissionais, portanto, constitui um determinante institucional que pode tanto favorecer quanto dificultar a recuperação.

A análise conjunta dos fatores sociais e das atitudes profissionais permite compreender como o fenômeno das hospitalizações recorrentes no TPB emerge da interseção entre vulnerabilidade individual, desigualdade social e estigma institucional. Internações prolongadas e repetidas não apenas oneram os sistemas de saúde, mas também produzem efeitos subjetivos de exclusão, cronificação e desesperança no paciente.

Diante disso, torna-se imprescindível investir em estratégias que articulem os diferentes níveis de cuidado. Políticas públicas precisam reforçar a integração entre CAPS, serviços hospitalares e redes de apoio comunitárias, de modo a reduzir a dependência da internação como resposta principal às crises.

Mais do que uma questão clínica, trata-se de uma demanda política: reconhecer o paciente borderline como sujeito de direitos, capaz de transformação e

recuperação, e não como um caso crônico destinado a rotatividade institucional. A superação da lógica hospitalocêntrica e estigmatizante exige, portanto, não apenas recursos técnicos, mas também uma mudança cultural no modo como o TPB é compreendido e tratado.

3.3 CAUSAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

A compreensão atual do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) envolve um modelo integrativo, no qual fatores biológicos e ambientais interagem de forma complexa, refletindo um processo psicopatológico multifatorial. As pesquisas mais recentes apontam para uma combinação de predisposições neurobiológicas, experiências traumáticas precoces, padrões relacionais disfuncionais e contextos sociais adversos como elementos centrais na etiologia do transtorno (American Psychiatric Association, 2022; Gunderson, 2011; Kernberg, 2006).

Do ponto de vista neurobiológico, evidências apontam para alterações estruturais e funcionais em áreas do cérebro ligadas à regulação emocional e ao processamento do medo, como o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal. De acordo com Dalgalarondo (2019), indivíduos com TPB frequentemente apresentam maior reatividade emocional, impulsividade e instabilidade afetiva, o que pode estar associado a alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, responsáveis pela resposta ao estresse.

Essas alterações biológicas, no entanto, não ocorrem de forma isolada. Um conjunto robusto de evidências empíricas sugere que experiências traumáticas na infância são fatores de risco significativos e recorrentes entre pessoas diagnosticadas com TPB. Em uma revisão de 23 estudos quantitativos, Freire et al. (2024) constataram que 100% das publicações analisadas estabeleceram vínculos entre o trauma infantil - incluindo abuso sexual, físico, emocional, negligência e exposição à violência - e o desenvolvimento do transtorno.

Dentre os tipos de experiências traumáticas, o abuso sexual foi o mais fortemente associado ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline

(TPB), sendo considerado um fator de risco independente. Em um estudo citado na revisão de Freire et al. (2024), pacientes com histórico de violência sexual apresentaram sintomas mais graves, incluindo maior incidência de automutilações, mais tentativas de suicídio e maior frequência e duração de internações psiquiátricas, em comparação com pacientes com TPB que não relataram esse tipo de vivência adversa.

Além disso, eventos como negligência emocional e abuso emocional foram associados a déficits na regulação emocional e menor autocompaixão, dificultando o enfrentamento de situações adversas. Segundo os autores, a exposição precoce e repetida a contextos familiares desorganizados impacta diretamente a formação do self e das funções executivas superiores, com repercussões duradouras na vida adulta.

Diante das repercussões emocionais e cognitivas das experiências adversas precoces, torna-se necessário considerar modelos teóricos que articulem vulnerabilidades individuais com influências ambientais no desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline. Um dos referenciais mais consistentes nesse sentido é o modelo biossocial de Marsha Linehan, que compreende o TPB como resultado da interação entre uma predisposição biológica à desregulação emocional e um ambiente invalidante durante a infância. Segundo Linehan (1993), ambientes invalidantes são aqueles em que as respostas emocionais da criança são sistematicamente minimizadas, punidas ou desconsideradas, impedindo o desenvolvimento adequado da autorregulação afetiva. Essa interação contribui para a formação de padrões desadaptativos de enfrentamento, intensificando a impulsividade, o medo de rejeição e os comportamentos autolesivos típicos do transtorno. A esse respeito, estudos recentes reforçam a atualidade do modelo biossocial ao identificar que a exposição crônica a ambientes familiares desorganizados está significativamente associada à formação de esquemas cognitivos negativos e à intensificação da instabilidade emocional e relacional (Freire et al., 2024).

A teoria do apego, originalmente desenvolvida por John Bowlby, tem sido amplamente utilizada para compreender o papel das relações primárias na gênese de transtornos de personalidade, especialmente o Transtorno de Personalidade Borderline. Segundo Bowlby (1982), a qualidade dos vínculos afetivos estabelecidos na infância influencia profundamente o desenvolvimento emocional, a capacidade de

autorregulação e os modelos internos de relação interpessoal. Ambientes de cuidado inconsistentes ou inseguros comprometem a formação de vínculos estáveis, impactando negativamente a construção da identidade e a percepção de segurança afetiva. Nesse sentido, os padrões de apego desorganizado², frequentemente observados em pacientes borderline, são compreendidos como estratégias adaptativas diante de contextos marcados por negligência, violência ou imprevisibilidade emocional (Freire et al., 2024).

Ambientes de apego desorganizado – nos quais a criança alterna entre busca exagerada de proximidade e reação de fuga diante do cuidador – configuram-se como gatilhos cruciais para o desenvolvimento do TPB. Em uma amostra de 120 adolescentes, Zashchirinskaia e Isagulova (2023) demonstraram que todos os participantes com diagnóstico de TPB apresentavam história de trauma interpessoal na infância; especificamente, o apego desorganizado correlacionou-se moderadamente com ideação suicida e fortemente com comportamentos alimentares de risco em meninas e uso de substâncias em meninos. Em contexto forense, Scognamiglio et al. (2024) encontraram que aproximadamente 60% dos indivíduos com TPB exibiam padrões dissociativos diretamente associados a vínculos primários caóticos, intensificando episódios de impulsividade e violência durante estados dissociativos.

Terradas e Didier (2025) ampliam essa compreensão ao mostrar que, mesmo em famílias sem história de trauma grave, temperamentos de alta reatividade emocional, combinados com cuidados parentalmente inconsistentes, ainda que bem-intencionados, geram um estilo de apego ambivalente capaz de cristalizar traços borderline na infância. Por fim, Freire et al. (2024) confirmam, em sua revisão integrativa, que abuso físico, abuso emocional, negligência emocional e negligência física na infância são fortemente associados ao TPB na vida adulta, enquanto o abuso sexual emerge como preditor independente de gravidade, correlacionando-se a maior número de automutilações, tentativas de suicídio e internações psiquiátricas prolongadas.

² O apego desorganizado, introduzido posteriormente na teoria do apego a partir das contribuições de Mary Main, refere-se a padrões relacionais marcados por colapsos nas estratégias de regulação emocional diante de figuras de cuidado vivenciadas simultaneamente como fonte de proteção e ameaça, sendo clinicamente associado a experiências precoces de trauma (Main; Solomon, 1990).

Estudos genéticos e epigenéticos apontam que experiências adversas na infância, como abuso físico, sexual e negligência emocional, podem influenciar diretamente a expressão gênica de sistemas envolvidos na resposta ao estresse. Em particular, os genes FKBP5 e CRHR2, que regulam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), têm sido amplamente investigados.

De acordo com Martin-Blanco et al. (2015, p. 6):

[...] em uma amostra de 481 sujeitos com Transtorno de Personalidade Borderline e 442 controles, duas variantes do gene FKBP5 (rs3798347-T e rs10947563-A) mostraram maior frequência em indivíduos com história de abuso físico e negligência emocional, e duas variantes do gene CRHR2 (rs4722999-C e rs12701020-C) foram mais comuns em sujeitos com abuso sexual e físico.

Esses achados sugerem que o trauma infantil pode deixar marcas biológicas duradouras, alterando a forma como o organismo responde ao estresse ao longo da vida.

Tais modificações no funcionamento do eixo HPA estariam relacionadas à maior reatividade emocional, impulsividade e instabilidade afetiva, sintomas característicos do TPB. A integração entre fatores genéticos, epigenéticos e psicossociais, portanto, reforça a compreensão contemporânea de que o transtorno não deve ser reduzido a um modelo puramente biológico ou comportamental, mas entendido como resultado de uma complexa interação entre ambiente e vulnerabilidade individual.

Portanto, a etiologia do TPB não pode ser compreendida a partir de uma perspectiva reducionista ou estritamente organicista. Ao contrário, os dados disponíveis apontam para a necessidade de uma abordagem psicossocial integrada, capaz de reconhecer tanto a complexidade das bases neurobiológicas quanto o impacto profundo dos contextos familiares, sociais e culturais no desenvolvimento da personalidade e da subjetividade.

3.4 INSUFICIÊNCIAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SEUS IMPACTOS NOS DESAFIOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um dos quadros clínicos mais desafiadores para os profissionais da saúde mental, tanto pelo impacto que exerce sobre a vida do paciente quanto pela complexidade de seu manejo terapêutico.

Apesar da relevância do tema, a formação em Psicologia no Brasil ainda apresenta lacunas significativas quando se trata do preparo adequado para lidar com esse transtorno. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (Resolução CNE/CES nº 5/2011), os cursos de graduação devem assegurar uma formação generalista, humanista e crítica, voltada para diferentes áreas da Psicologia. No entanto, o documento não define conteúdos clínicos específicos que os cursos precisam contemplar, deixando à escolha das instituições quais transtornos serão aprofundados. Esse cenário contribui para que muitos profissionais concluam a graduação sem ter tido contato consistente com o TPB, suas manifestações clínicas e os métodos de tratamento mais indicados.

A insuficiência formativa repercute de maneira direta na prática clínica. Profissionais relatam dificuldades no diagnóstico, insegurança diante de crises e falta de estratégias para lidar com comportamentos autolesivos ou ideação suicida, que são característicos do transtorno (Clarkin; Posner; Peterson, 2006). Em muitos casos, o TPB aparece apenas de forma superficial nas disciplinas de Psicopatologia, sem espaço para discussão aprofundada sobre diagnóstico diferencial, etiologia multifatorial e abordagens psicoterápicas. Esse déficit acaba por reforçar uma visão reducionista, que privilegia o controle dos sintomas em detrimento da compreensão do sofrimento mais amplo do paciente (Lemma, 2016; Zanarini; Reich; Flynn, 2018).

Outro ponto que se relaciona diretamente às falhas na formação é o estigma. Pesquisas mostram que pacientes com TPB frequentemente são descritos por profissionais como “manipuladores” ou “difíceis” (Aviram; Brodsky; Stanley, 2006). Essa visão negativa, muitas vezes alimentada pela ausência de treinamento específico, compromete o vínculo terapêutico e pode levar à exclusão desses pacientes de serviços de saúde. Autores como Gillard, Kennedy e Brown (2015) destacam que superar o estigma exige tanto capacitação profissional quanto mudanças institucionais que favoreçam uma visão mais ampla de recuperação.

As experiências internacionais oferecem pistas importantes sobre como enfrentar essas lacunas. As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (Nice, 2009), por exemplo, enfatizam que o tratamento do TPB deve envolver equipes treinadas, supervisão clínica contínua e integração com serviços comunitários. Recomenda-se também que pacientes borderline não sejam recusados em função do diagnóstico, algo que infelizmente ainda ocorre em alguns contextos marcados pelo preconceito. Intervenções como a Terapia Comportamental Dialética

(DBT), desenvolvida por Marsha Linehan (2018), e o Tratamento Baseado em Mentalização (MBT), de Bateman e Fonagy (2015), têm eficácia comprovada, mas exigem formação específica que ainda não é amplamente oferecida no Brasil.

Diante desse quadro, surgem desafios concretos para a prática clínica. O manejo de crises suicidas, as rupturas frequentes no vínculo terapêutico e a dificuldade de integração do tratamento com redes de apoio sociais e ocupacionais são obstáculos relatados tanto na literatura quanto na experiência clínica cotidiana (Rosenfeld, 1978; Gillard; Kennedy; Brown, 2015).

Superar essas limitações implica rever a forma como a Psicologia é ensinada e praticada no país. A inclusão obrigatória de conteúdos sobre o TPB nas grades curriculares, a ampliação de estágios supervisionados em serviços de saúde mental que lidam com casos complexos, como os CAPS, e o investimento em capacitação contínua são medidas fundamentais. Além disso, é necessário enfrentar o estigma institucional por meio de programas de sensibilização e educação permanente. Como lembra Grenyer (2013), adotar uma visão realista, mas otimista, sobre o potencial de recuperação dos pacientes é essencial para romper com a visão descrente que ainda persiste em alguns profissionais.

O TPB, portanto, revela não apenas um desafio clínico, mas também formativo. A ausência de preparo adequado nos cursos de Psicologia e a manutenção de visões estigmatizantes evidenciam a urgência de repensar tanto a formação acadêmica quanto a prática profissional. Um manejo mais qualificado exige reconhecer o transtorno como passível de transformação e recuperação, desde que se articulem ciência, clínica e políticas públicas capazes de fornecer suporte consistente a profissionais e pacientes.

3.5 A CRÍTICA ÀS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E OS LIMITES DO DSM

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela American Psychiatric Association (APA), tornou-se uma das ferramentas mais influentes na psiquiatria e na psicologia contemporâneas. Desde sua primeira edição, em 1952, o DSM tem orientado diagnósticos, pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas em escala global. Contudo, a publicação de sua quinta edição, o DSM-5-TR

(2013), reacendeu um intenso debate sobre os fundamentos epistemológicos e éticos das classificações psiquiátricas, evidenciando tensões entre a busca pela objetividade científica e o risco da medicalização da vida cotidiana (Pickersgill, 2014).

Segundo Pickersgill (2014), as críticas ao DSM-5 não se limitam à validade ou confiabilidade de seus critérios diagnósticos, mas apontam para um fenômeno mais amplo: o poder do diagnóstico como instrumento de regulação social e de constituição de identidades. O autor ressalta que a categoria diagnóstica não é apenas um rótulo clínico, mas também um “dispositivo de governança da vida social”, moldando formas de existência e determinando quem é considerado saudável ou patológico. Nesse sentido, as classificações do DSM operam dentro de uma lógica biopolítica, que regula comportamentos e subjetividades por meio da linguagem médica.

Nos últimos anos, o próprio campo da psiquiatria tem reconhecido as limitações dos sistemas classificatórios tradicionais, como o DSM e a CID, especialmente por sua dependência de critérios puramente descritivos e pela dificuldade em abarcar a complexidade do sofrimento psíquico. Nesse contexto, o National Institute of Mental Health (NIMH) propôs, em 2010, o modelo Research Domain Criteria (RDoC), com o objetivo de reformular a forma como os transtornos mentais são estudados e compreendidos (Insel, 2013; Kozak; Cuthbert, 2016). Diferentemente do DSM, que organiza os diagnósticos a partir de categorias clínicas baseadas em sintomas observáveis, o RDoC busca compreender os transtornos a partir de dimensões contínuas do funcionamento humano, como cognição, emoção, motivação e interação social, analisadas em múltiplos níveis, desde fatores genéticos e neurobiológicos até aspectos comportamentais e subjetivos.

Apesar de representar um avanço em termos de integração entre biologia e comportamento, o RDoC também é alvo de críticas por sua tendência a reduzir o sofrimento psíquico à dimensão neurobiológica, desconsiderando fatores socioculturais, históricos e subjetivos que atravessam a experiência humana (Kirmayer; Crafa, 2014). Assim, embora o modelo proponha uma superação do caráter descritivo do DSM, ele acaba, em certa medida, reproduzindo a lógica biomédica que desloca o foco do sujeito para o funcionamento cerebral. Essa tensão revela um impasse contemporâneo na psiquiatria e na psicologia clínica: o desafio de conciliar o rigor científico com a escuta da singularidade e da história de vida dos sujeitos, sem reduzir a experiência mental a um conjunto de dados biológicos.

Outra linha de crítica, levantada por Allen Frances (2013), presidente da força-tarefa do DSM-IV, alerta para o risco de “epidemias de falsos positivos” e de ampliação desmedida das fronteiras da psicopatologia. Frances argumenta que o DSM-5-TR promove uma “expansão do território da doença mental e o esvaziamento do conceito de normalidade”, contribuindo para a medicalização da existência e para o aumento da prescrição de psicofármacos. Essa crítica é compartilhada por autores como Conrad (2007) e Rose (2007), que identificam no DSM um vetor de “biomedicalização”, processo pelo qual experiências humanas são reinterpretadas à luz da biologia e do consumo farmacêutico.

Do ponto de vista sociológico, Pickersgill (2014) defende que o debate em torno do DSM deve ser entendido como uma disputa de valores, discursos e poderes, e não apenas como uma divergência técnica. O autor propõe uma “sociologia da crítica”, que busca compreender quem formula as críticas, a partir de quais interesses, e quais efeitos essas críticas produzem no campo da saúde mental. Esse olhar permite reconhecer que as classificações psiquiátricas são construções históricas e políticas, sujeitas a influências econômicas, culturais e institucionais.

A crítica contemporânea também aponta para a necessidade de um modelo mais fenomenológico e contextualizado de diagnóstico, que reconheça a singularidade da experiência humana. Em vez de reduzir o sofrimento psíquico a uma lista de sintomas, defende-se uma compreensão que inclua os determinantes sociais, os contextos de vida e os significados atribuídos pelo sujeito à sua própria dor. Como afirma Pickersgill (2014, p. 523), “diagnósticos são poderosos não apenas porque nomeiam, mas porque configuram o modo como sociedades e indivíduos entendem a si mesmos”.

Em síntese, a crítica ao DSM convida à reflexão sobre o papel das classificações psiquiátricas na gestão do sofrimento psíquico. Embora o manual seja uma ferramenta importante para a comunicação entre profissionais e a padronização de práticas, seu uso acrítico pode reforçar estigmas, simplificar experiências complexas e subordinar o cuidado à lógica da produtividade e da farmacologia. Assim, mais do que negar sua utilidade, é necessário repensar sua hegemonia, promovendo uma clínica que considere o sujeito em sua totalidade histórica, social e existencial.

3.6 PERSPECTIVAS DE REMISSÃO E CURSO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Nas últimas décadas, a compreensão do curso do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) tem avançado significativamente, desafiando a visão tradicional de que se trata de uma condição invariavelmente crônica e refratária. Estudos longitudinais de grande escala, como o conduzido por Zanarini et al. (2012), demonstram que a remissão sintomática sustentada é não apenas possível, mas relativamente frequente entre pessoas diagnosticadas com o transtorno.

No estudo prospectivo conduzido por Zanarini et al. (2012), que acompanhou 290 pacientes internados com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e 72 indivíduos com outros transtornos de personalidade, foram observadas taxas elevadas de melhora clínica ao longo de 16 anos de seguimento. Embora os participantes do estudo estivessem majoritariamente em tratamento ao longo do acompanhamento, as intervenções não foram padronizadas, ocorrendo de maneira naturalística, o que indica que os achados se referem ao curso do transtorno em condições clínicas reais, e não à eficácia de uma abordagem terapêutica específica (Zanarini et al., 2012). Os resultados indicaram que entre 78% e 99% dos participantes com TPB apresentaram remissão sintomática sustentada por, no mínimo, dois anos, evidenciando que a maioria dos pacientes deixa de preencher os critérios diagnósticos após certo tempo de acompanhamento. Contudo, apenas entre 40% e 60% alcançaram o que os autores definem como recuperação estável, isto é, uma condição caracterizada não só pela ausência de sintomas clínicos relevantes, mas também por um nível adequado de funcionamento social e ocupacional. Em comparação, os participantes com outros transtornos de personalidade apresentaram taxas de recuperação mais elevadas, variando entre 75% e 85%.

Esses resultados demonstram que a remissão sintomática, entendida como o desaparecimento ou a redução significativa dos sintomas que compõem os critérios diagnósticos do transtorno, ocorre com relativa frequência entre os indivíduos com TPB. No entanto, a recuperação plena, conforme definida por Zanarini e colaboradores, envolve um patamar mais abrangente de funcionamento, que inclui, além da estabilidade clínica, a capacidade de manter relacionamentos interpessoais

satisfatórios, estabilidade vocacional e desempenho adaptativo na vida cotidiana. Em outras palavras, enquanto a remissão indica uma melhora no plano sintomatológico, a recuperação plena pressupõe uma reintegração social e funcional duradoura.

O estudo também identificou que uma parcela dos participantes apresentou recorrência sintomática, variando entre 10% e 36% dos casos, o que sugere que, embora a maioria alcance períodos prolongados de estabilidade, os ganhos clínicos podem ser sensíveis a mudanças contextuais, relações interpessoais instáveis e eventos estressores (Zanarini et al., 2012)

Em uma perspectiva complementar, Videler et al. (2019) propõem uma leitura do TPB sob o enfoque do curso ao longo da vida, sugerindo que a manifestação dos sintomas tende a se modificar conforme o desenvolvimento e o envelhecimento. O estudo destaca que, embora os sintomas mais agudos, como impulsividade, automutilação e instabilidade afetiva, apresentem declínio com o passar dos anos, permanecem traços interpessoais desadaptativos, como medo de abandono e dificuldades de regulação emocional.

Essa visão ao longo do ciclo vital reforça a necessidade de modelos dimensionais e de estágios clínicos, capazes de reconhecer as flutuações do transtorno sem restringir o sujeito a categorias diagnósticas rígidas. De acordo com os autores, uma abordagem de estágios clínicos pode orientar intervenções específicas para cada fase da vida, levando em conta o contexto e as vulnerabilidades predominantes (Videler et al., 2019)

As evidências reunidas sugerem que a remissão, embora comum, não equivale necessariamente à recuperação subjetiva ou funcional. As limitações persistentes em aspectos relacionais e identitários indicam que o sofrimento borderline é dinâmico, oscilando entre períodos de maior estabilidade e recaídas. Assim, compreender a remissão do TPB exige ultrapassar o paradigma puramente sintomatológico e considerar a complexa interação entre história de vida, contexto social e capacidade de mentalização.

A articulação entre essas perspectivas empíricas e teóricas reforça a importância de compreender o TPB como uma condição de curso variável, sensível a intervenções e influenciada por fatores ambientais e relacionais. Tal compreensão contrasta com o determinismo diagnóstico historicamente associado ao transtorno e aponta para uma prática clínica mais flexível, contextualizada e orientada por processos de mudança sustentáveis ao longo do tempo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado ao longo desta pesquisa permitiu compreender que o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um fenômeno que ultrapassa qualquer tentativa de explicação linear. Trata-se de uma condição marcada por intensas experiências emocionais, relações instáveis, sentimentos profundos de vazio e medo de abandono. No entanto, mais do que um conjunto de sintomas, o TPB expressa histórias de vida atravessadas por vulnerabilidades, traumas, ambientes invalidantes e formas específicas de se relacionar consigo e com os outros. Essa complexidade torna evidente a necessidade de uma leitura que não reduza o sujeito ao diagnóstico, mas que consiga reconhecer as múltiplas dimensões envolvidas em seu sofrimento.

A literatura contemporânea aponta que, ao contrário da visão historicamente difundida, o TPB não é uma condição fixa nem imutável. Estudos longitudinais demonstram que muitos indivíduos apresentam uma melhora significativa ao longo dos anos, com remissão de comportamentos impulsivos e maior estabilidade emocional, esse dado reforça a importância de combater interpretações fatalistas e estigmatizantes, ainda presentes no imaginário social e em parte dos serviços de saúde. Reconhecer a possibilidade de mudança é fundamental para uma prática clínica que ofereça esperança, continuidade e um cuidado verdadeiramente comprometido com a transformação do sujeito.

Apesar dessas evidências, observou-se que muitos profissionais ainda sentem dificuldade em trabalhar com esse público. Estudos indicam que parte dessa resistência se deve à formação acadêmica insuficiente, que por vezes aborda o TPB de forma superficial, fragmentada ou marcada por preconceitos. Muitos estudantes concluem seus cursos sem contato consistente com práticas, teorias e habilidades clínicas específicas para lidar com casos mais complexos, o que favorece a reprodução de estigmas e de intervenções focadas apenas em contenção de crises. A falta de preparo também contribui para sentimentos de frustração por parte dos profissionais, que acabam atribuindo ao paciente características como manipulação, irrecuperabilidade ou dificuldade extrema de vínculo. Esses discursos não apenas prejudicam o cuidado, mas reforçam um ciclo de afastamento, abandono terapêutico e descontinuidade do tratamento.

No contexto brasileiro, essa insuficiência formativa pode ser compreendida à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia, que estruturam a formação generalista e apresentam apenas orientações amplas sobre os campos de atuação e competências essenciais. Embora essas diretrizes contemplem a necessidade de preparar o estudante para atuar em saúde mental, elas não especificam conteúdos mínimos sobre transtornos graves e complexos, como o TPB, o que permite grandes variações entre cursos e resulta, muitas vezes, em currículos que não abordam o transtorno de maneira sistemática. Estudos sobre a implementação dessas diretrizes em diferentes regiões do país mostram que muitos cursos priorizam conteúdos teóricos amplos, deixando em segundo plano temas clínicos específicos ou práticas aplicadas relacionadas ao manejo de populações complexas.

Assim, a combinação entre orientações curriculares amplas e a ausência de diretrizes claras sobre os transtornos de personalidade contribui para formar profissionais que, embora tecnicamente habilitados, nem sempre dispõem de ferramentas teóricas e clínicas suficientes para lidar com a complexidade do TPB.

A crítica ao modelo classificatório vigente, representado principalmente pelo DSM, também atravessa essa discussão. As categorias diagnósticas carregam implicações políticas, culturais e institucionais. O diagnóstico de TPB, quando aplicado sem reflexão crítica, pode funcionar como instrumento de exclusão, determinando quem merece cuidado, quem é visto como difícil, quem é responsabilizado por seu próprio sofrimento ou quem é alvo de intervenções restritivas. Embora o diagnóstico tenha utilidade clínica, sua centralidade não deve obscurecer a experiência singular do sujeito nem reduzir o cuidado à adequação de comportamentos a uma norma.

Por outro lado, alternativas como o modelo Research Domain Criteria (RDoC) propõem uma visão dimensional e transdiagnóstica, que busca integrar fatores biológicos, comportamentais e afetivos. Ainda que apresente avanços, esse modelo também é alvo de críticas por priorizar explicações neurobiológicas e, por vezes, negligenciar determinantes socioculturais e históricos que participam da constituição do sofrimento psíquico. Assim, tanto o DSM quanto o RDoC reforçam que nenhuma classificação é suficiente por si só e que a prática clínica precisa manter-se articulada com as experiências concretas do sujeito.

Outro eixo central discutido neste trabalho foi o papel do trauma na formação e na manutenção do TPB. Pesquisas evidenciam que experiências precoces adversas,

como negligência, abandono, violência emocional e rupturas significativas, estão fortemente associadas ao desenvolvimento posterior do transtorno. Essas vivências moldam respostas ao estresse, padrões relacionais e formas de regulação emocional. Reconhecer essa dimensão é essencial para que o cuidado se afaste de leituras moralizantes e se aproxime de uma prática sensível ao trauma, que valorize a validação, a construção de segurança e o fortalecimento progressivo das capacidades emocionais.

Além disso, refletiu-se sobre a importância de serviços de saúde mental capazes de sustentar cuidados contínuos, integrados e multiprofissionais. A Reforma Psiquiátrica brasileira e a consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também mostram que tratar o sofrimento mental não significa isolar, mas criar redes vivas, comunitárias e sociais que ajudem o sujeito a reconstruir seu lugar no mundo.

Diante de todos esses elementos, conclui-se que compreender o TPB exige um olhar amplo, crítico e sensível às múltiplas camadas que compõem o sofrimento psíquico. Exige também reconhecer que o diagnóstico é apenas um ponto de partida e não um destino. A clínica, nesse contexto, deve ser capaz de acolher a complexidade, sustentar o vínculo, reconhecer a legitimidade do sofrimento e construir caminhos possíveis de transformação. Mais do que uma discussão sobre categorias diagnósticas, este trabalho convida a refletir sobre o tipo de psicologia e de saúde mental que queremos construir. Uma psicologia que estigmatiza ou uma psicologia que acompanha. Uma psicologia que limita ou uma psicologia que possibilita. A escolha por uma clínica mais humana, crítica e comprometida é, ao final, uma escolha ética.

REFERÊNCIAS:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 1. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2022.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARLOW, D. H.; DURAND, V. M.; HOFMANN, S. G. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2020.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BATEMAN, A. W. et al. **Tratamento baseado na mentalização para transtorno de personalidade borderline: um guia prático**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece critérios e normas para a criação e manutenção de serviços de atenção à saúde mental ambulatorial no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992.
- BRASIL. Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 mar. 2011.
- CLARKIN, J. F.; POSNER, M.; PETERSON, C. V. O que é um tratamento eficaz para o transtorno da personalidade borderline? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 38-42, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tXw3fW6cR6S9y5xS5rD9h9t/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.
- COSTA-ROSA, A. O CAPS: um serviço de saúde mental aberto e comunitário no Sistema Único de Saúde. In: AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- CROWLEY, J. C. et al. Psychological, social, and biological processes underlying the development of borderline personality disorder. **Developmental Psychopathology**, v. 21, n. 4, p. 1187–1220, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FRANCES, A. **Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life**. New York: William Morrow, 2013.

FREIRE, A. P. B. et al. Trauma, apego e transtorno de personalidade borderline: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, e3980, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QxL7b8sB9tZg8Z6mP7cGtV/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2025.

GILLARD, S. et al. The recovery revolution in mental health: a framework for understanding the nature and experience of recovery for people with severe mental illness. **International Review of Psychiatry**, v. 27, n. 6, p. 556-566, 2015.

GUMES, P.; OLIVEIRA, C. B. A. DE. O conceito de recovery e suas aplicações no contexto da saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 4, p. 1294-1311, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4518/451865963004/html/>. Acesso em: 02 jun. 2025.

KERNBERG, O. F. **Borderline conditions and pathological narcissism**. New York: Jason Aronson, 1975.

KIRMAYER, L. J.; CRAFA, D. What is culture in mental health research? **Social Science & Medicine**, v. 126, p. 13-21, 2014.

KUNSTMAN, J. W. Borderline personality disorder stigmatization: Bias, discrimination, and misdiagnosis in clinical practice. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 3, p. 256–263, 2022.

LARIVIERE, N. et al. The experience of recovery for people with borderline personality disorder: a qualitative study. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 24, n. 6, p. 544-554, 2015.

LEMMA, A. **The wish to be a person: psychoanalytic reflections on identity and selfhood**. London: Routledge, 2016.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993.

MAIN, M.; SOLOMON, J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: GREENBERG, Mark T.; CICCHETTI, Dante; CUMMINGS, E. Mark (org.). **Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention**. Chicago: University of Chicago Press, 1990. p. 121–160.

MELO, A. K. S.; BORIS, G. D. J. B.; STOLTENBORG, V. Reconstruindo sentidos na interface de histórias: uma discussão fenomenológico-existencial da constituição do sujeito borderline. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200009. Acesso em: 02 jun. 2025.

MENEZES, C. N. B. DE et al. A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. **Revista Humanidades**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 267-287, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/23180714.2014.29.2.267-287>. Acesso em: 23 maio 2025.

PARIS, J. **Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-Based Practice**. New York: Guilford Press, 2010.

PICKERSGILL, M. D. **The social life of the brain: neuroscience in contemporary society**. New York: Routledge, 2014.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **O trabalho do psiquiatra na saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SABA, M. G.; SOUZA, M. T. DE; REIS, R. J. C. DOS. O transtorno de personalidade borderline e sua relação com o trauma na infância. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 272-279, 2018.

SANTOS, A. L. A.; SILVA, I. V. DA. O Transtorno de Personalidade Borderline: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 12, n. 2, p. 83-99, 2020.

SILVA, C.; LOPES, M. J.; CAVALCANTE, N. C. S. Formação em Psicologia na Amazônia: desafios e perspectivas frente às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 509-518, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7bT8Y4wM9z3fT5j4C2gR4hQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

STERN, A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. **Psychoanalytic Quarterly**, v. 7, p. 467–489, 1938.

TESSER, C. D. Charles Dalcanale. Medicalização social: o excessivo domínio da prática biomédica na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 119-140, 2006.

ZANARINI, M. C. et al. The course of borderline personality disorder in a prospective, longitudinal study: 10-year follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 7, p. 646–655, 2018.

ZANARINI, M. C. et al. Course of borderline personality disorder in a prospective, longitudinal study: 10-year follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 1, p. 210–218, 2003.

ZANARINI, M. C. et al. Course of borderline personality disorder in a prospective, longitudinal study: 16-year follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 169, n. 9, p. 943–950, 2012.

ZASHCHIRINSKAIA, O. V.; ISAGULOVA, D. A. Borderline personality disorder and trauma in adolescence: a study of the relationship between attachment style and clinical symptoms. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 45, n. 2, p. 123-134, 2023.