

Transtorno de personalidade borderline e o ciclo autodestrutivo: A influência do abuso de substâncias psicoativas na intensificação dos sintomas

Anny Kecielly Francisca Firmino Silva^{1*}, Jenepher Ayally Barbosa de Oliveira², Ketelly Souza Alves³,
Jorge Gomes da Silva Sobrinho⁴

¹Graduanda em Psicologia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil. (*Autor correspondente: anny_kecy@hotmail.com)

²Graduanda em Psicologia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

³Graduanda em Psicologia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

⁴Doutor em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Brasil.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo abordar o transtorno de personalidade borderline e o ciclo autodestrutivo, com ênfase na influência do abuso de substâncias. O transtorno é caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e na afetividade, sendo precedida de impulsividade intensa e interferindo em áreas cognitivas, comportamentais e emocionais. Nessa perspectiva, apresenta condutas autodestrutivas, em decorrência de seus instintos impulsivos, também se correlacionando com comorbidades, dentre elas, destaca-se, o uso abusivo de substâncias configurando-se como um agravante do quadro clínico, intensificando a impulsividade, a desregulação emocional e a instabilidade comportamental, o que contribui para o surgimento e manutenção de condutas autodestrutivas. A pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão bibliográfica, a partir da análise de artigos científicos publicados entre os anos de 2020 a 2025. Dessa forma, conclui-se que o abuso de substâncias implica na intensificação dos sintomas, reforçando a necessidade de um cuidado interdisciplinar visando promover maior estabilidade emocional e qualidade de vida aos indivíduos acometidos.

Palavras-Chaves: Transtorno de personalidade borderline; Ciclo autodestrutivo; Abuso de substâncias.

Borderline personality disorder and the self-destructive cycle: The influence of psychoactive substance abuse on the intensification of symptom

ABSTRACT

This study aims to address borderline personality disorder and the self-destructive cycle, with an emphasis on the influence of substance abuse. The disorder is characterized by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and affectivity, preceded by intense impulsivity and interfering with cognitive, behavioral, and emotional domains. From this perspective, the individual exhibits self-destructive behaviors, driven by impulsive instincts, and correlated with comorbidities. Among them, substance abuse stands out, which worsens the clinical picture, intensifying impulsivity, emotional dysregulation, and behavioral instability, contributing to the emergence and maintenance of self-destructive behaviors. The research was conducted through a bibliographic review, based on the analysis of scientific articles published between 2020 and 2025. Thus, it is concluded that substance abuse implies the intensification of symptoms, reinforcing the need for interdisciplinary care aimed at promoting greater emotional stability and quality of life for affected individuals.

Keywords: Borderline personality disorder; Self-destructive cycle; Substance abuse.

Silva AKFF, Oliveira JAB, Alves KS, Silva Sobrinho JG. Transtorno de personalidade borderline e o ciclo autodestrutivo: a influência do abuso de substâncias psicoativas na intensificação dos sintomas. Rev Univer Bras. 2026;4(1):1-23.



Direitos do Autor. A Revista Universitária Brasileira utiliza a licença *Creative Commons* (CC BY 4.0)

1. Introdução

A psicologia consolidou-se como ciência através Wilhelm Wundt quando houve a desvinculação com perspectivas filosóficas anteriores. Categoriza-se como ciência humana inviabilizando a adoção de uma perspectiva única e absoluta, tendo em vista a condição de seres sócio-históricos faz-se necessário a utilização de diferentes lentes para abarcar a complexidade subjetiva e suas dimensões.¹ Neste sentido, a Psicologia propõe-se a elucidar os comportamentos, cognições, concepções, e por conseguinte a influência do meio em que o indivíduo está inserido.²

A atuação da psicologia demanda de diversas abordagens, visando contemplar a pluralidade de experiências dos indivíduos. Nesse percurso, surgiram as primeiras escolas da psicologia, como o Funcionalismo, Estruturalismo e Associacionismo que serviram de base para a consolidação das intervenções psicológicas, entre elas, a Psicanálise, o Behaviorismo e a Sócio-Histórica.¹ Na medida em que os estudos avançaram, novas perspectivas foram desenvolvidas, integrando contribuições teóricas anteriores e ampliando-as, buscando maior eficácia e adaptação em sua intervenção às demandas contemporâneas.³

Dentre essas novas perspectivas, destaca-se a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que tem como finalidade reestruturar os comportamentos e pensamentos disfuncionais, através de sua diretividade e estruturação.⁴ Essa concepção compreende a realidade como um processo dinâmico, onde permite que o indivíduo possa identificar suas crenças e comportamentos que precisam ser reorganizados. Nesse contexto, se faz necessário o uso de técnicas comportamentais, ressaltando o papel da modificação de crenças disfuncionais, possibilitando, a adoção de estratégias mais adaptativas.⁵

Inicialmente, a TCC foi concebida como um tratamento eficaz para depressão, centrando-se na influência das crenças desadaptativas e como manifestaram-se sobre o indivíduo. A partir disso foi desenvolvida a conceitualização cognitiva da depressão, identificando os padrões de pensamentos negativos e os sintomas associados.⁶ Posteriormente, ampliou-se os estudos da TCC para uma variedade de transtornos, como a ansiedade, uso de substâncias, transtornos de personalidade, hostilidade e transtorno bipolar, tal expansão foi realizada através de: observações clínicas, descrição dos fatores de manutenção e as cognições primordiais.³

A partir disso, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), é descrito como um modelo instável e indefinido das relações interpessoais, dos afetos e da autoimagem, marcados pela impulsividade acentuada.⁷ O TPB se encontra presente em aproximadamente 2% da população, é predominantemente diagnosticado em mulheres, os fatores de risco e prognóstico ainda não estão todos plenamente esclarecidos, mas, há teorias de que alguns fatores podem influenciar o desenvolvimento do transtorno no indivíduo, porém, os fatores de riscos não implicam obrigatoriamente o desenvolvimento do TPB, fazendo com que, indivíduos ausentes de fatores de risco desenvolvam o transtorno.⁸

A sintomatologia do TPB além de suas características de instabilidade, falta de regulação emocional, controle de impulsos e autoimagem, também pode desenvolver como comorbidade alguns transtornos, dentre eles, os de humor, ansiosos, alimentares, Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS).⁹ Em decorrência disso, o tratamento de pacientes é frequentemente planejado para não somente amenizar os sintomas do TPB, mas, consequentemente auxiliar na diminuição do impacto de suas comorbidades.¹⁰

No que se refere ao uso de substâncias, o uso de álcool e outras drogas desencadeia uma série de problemas, dentre eles, a síndrome de abstinência, a dependência e o uso prejudicial. O uso nocivo de substâncias se torna prejudicial quando traz consigo comportamentos que põem em risco a saúde física ou mental, prejuízos a vida financeira e familiar, além de ser associado a acidentes, violências, negligências e outras áreas relacionadas.¹¹ Portanto, o uso nocivo de substâncias apresenta uma correlação com o TPB, já que aproximadamente 78% dos diagnosticados com esse transtorno demonstram predisposição ao desenvolvimento de TUS.¹⁰

Em consonância com os argumentos anteriormente elencados, o estudo em questão tem como objetivo

observar as discussões acadêmicas de psicologia acerca de “borderline” e “uso de substâncias”. A produção científica aqui delineada encontra sua justificativa, posto que, sua realização tem pretensão de uma melhor compreensão e atualização do tema supracitado.

2. Referencial teórico

A Psicologia é uma ciência que busca compreender o comportamento e processos cognitivos e psíquicos. Propõe-se a analisar as ações, sentimentos, perspectivas e consequentemente as contribuições com o meio em que o ser humano está inserido.²

No final do século XIX, teve seu início com Wilhelm Wundt na Alemanha, quando houve o rompimento com outros paralelismos através da instauração do primeiro laboratório de psicofisiologia, assim, demarcando seu início no meio científico. Inserida na categoria de ciências humanas, implica a impossibilidade de um paradigma universal, já que trata-se de seres históricos. Ao longo dos anos com o surgimento de escolas da psicologia como o Funcionalismo, Estruturalismo e Associacionismo que serviram de base para as abordagens contemporâneas.¹

Tendo em vista o intuito de ampliar e abrir novas perspectivas, lentes, para contemplar a singularidade do ser humano, surgiram, em decorrência das escolas supracitadas, as abordagens psicológicas, como a Psicanálise, Behaviorismo e socio- histórica, onde individualmente abordam a experiência humana à sua visão de mundo. Partindo dessa perspectiva, optou-se, conforme a temática, por intervenções comportamentais, como abordagens teóricas norteadoras, visando uma compreensão dos processos e fenômenos baseados nesta visão de mundo.²

2.1. Terapia Cognitivo – Comportamental

A TCC é uma abordagem psicoterapêutica que visa o envolvimento ativo do indivíduo, objetivando reestruturar comportamentos e pensamentos desadaptativos, por intermédio do enfoque em problemas atuais, de forma diretiva e estruturada, além da sua breve duração.⁴

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck no período dos anos 60, inicialmente, era focada no transtorno depressivo, com o objetivo de reverter pensamentos disfuncionais e comportamentos relacionados. Posteriormente, a TCC, foi adaptada a diversos contextos, se estendendo a uma grande variedade de casos clínicos, havendo formulações cognitivas e comportamentais na psicoterapia, partindo do pressuposto que os pensamentos exercem grande influência sobre os comportamentos e emoções. Neste sentido, as concepções possuem papel regulador sobre sentimentos e ações.⁶

A conceitualização cognitiva foi inicialmente estruturada em três elementos fundamentais: situações, pensamentos automáticos e reações (emocionais, comportamentais e fisiológicas). Nesse contexto, a reação não ocorre diretamente da situação, mas da interpretação que é realizada pelo indivíduo. Essa interpretação é mediada pelos pensamentos automáticos.³

A esse respeito, os pensamentos automáticos ocorrem de forma rápida e espontânea, à medida que se avalia o seu significado frente às situações. Observa-se que indivíduos que possuem transtornos psiquiátricos comumente experimentam inundações desses pensamentos automáticos, que frequentemente são desadaptativos.⁶ A partir dessa identificação, buscou-se compreender suas causas, com base em indagações acerca da sua validade. Chegando à conclusão de que são compostos por crenças, as quais consistem em percepções elaboradas desde a infância. Diferentemente das interpretações imediatas, essas crenças estruturam-se por padrões cognitivos duradouros. Com base nessa diferenciação, o modelo cognitivo evoluiu, integrando as crenças nucleares, crenças intermediárias e esquemas cognitivos.³

Esses elementos organizam-se em uma hierarquia para analisar a sua influência e função dentro do processo cognitivo. As crenças nucleares consistem em compreensões arraigadas e duradouras sobre si, os

outros e o mundo, podendo ser positiva ou negativa. Quando desadaptativas, caracterizam-se por sua generalização, rigidez e absolutismo, contribuindo para o sofrimento psíquico. A partir delas, surgem as crenças intermediárias que se apresentam por meio de perspectivas, normas e suposições. Por fim, os esquemas que são as estruturas cognitivas responsáveis pela organização dos nossos processos (percepção e reação: emocional e comportamental). Cada um desses componentes exerce uma função na formação e manutenção dos padrões disfuncionais que perpetuam o sofrimento psicológico.³

Compreende-se que os esquemas são estruturas cognitivas responsáveis por sistematizar vivências e comportamentos, esses esquemas podem ser construídos nas etapas iniciais ou posteriores do indivíduo, são sustentados e elaborados por interações sociais. Assim, sendo utilizado para assimilar experiências adaptativas ou desadaptativas.¹²

Dentre essas estruturas, destacam-se as crenças nucleares, que muitas vezes são adaptativas, equilibradas e realistas. Quando há uma adequada articulação, favorece-se o desenvolvimento predominante de crenças positivas. No entanto, não implica que as negativas desapareçam. Em indivíduos com maior fragilidade psicológica e em casos em que há traços de transtorno de personalidade, observa-se uma tendência a estabelecer vínculos instáveis, além de possuir crenças nucleares mais negativas que se caracterizam por serem radicais, ilusórias e desadaptativas. As crenças desadaptativas podem ser agrupadas em três categorias: desamparo, desamor e desvalor, conforme a Figura 1:

Figura 1 – Classificação das crenças desadaptativas na Terapia Cognitivo- Comportamental

Figure 1 - Classification of maladaptive beliefs in Cognitive-Behavioral Therapy

- desamparo (ser ineficiente – ao fazer as coisas, na autoproteção e/ou ao se equiparar a outras pessoas);
- desamor (ter qualidades pessoais que resultam em uma incapacidade de receber e manter amor e intimidade dos outros); e
- desvalor (ser um pecador imoral ou perigoso para os outros).

Fonte: Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed (2021).

Source: Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed (2021).

Conforme ilustrado na Figura 1, o desamparo pode ser entendido como ineficiência e comparação. O desamor, corresponde a incapacidade de receber e sustentar laços afetivos. Por fim, o desvalor trata-se da sensação de inferioridade ou falta de mérito.³

2.2. Transtorno de Personalidade Borderline

O TPB, é caracterizado por um padrão difuso de instabilidade nas relações pessoais, nos afetos e na autoimagem, com presença de impulsividade acentuada, surge na juventude e está presente em várias circunstâncias. Posto isto, serve como critério diagnóstico, cinco (5) ou mais fatores para o TPB, sendo eles, a evitação de abandono real ou imaginado; Relacionamentos interpessoais instáveis e intensos descritos pela alternância entre desvalorização e idealização; Instabilidade da autoimagem e/ou percepção de si; Impulsividade em ao menos duas áreas autodestrutivas; Comportamentos, gestos ou ameaças suicidas recorrentes ou de automutilação; Labilidade afetiva decorrente a reatividade do humor proeminente; Sentimentos crônicos de vazio; Raiva intensa e inapropriada ou falta de controle da mesma; Ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos graves (ex. despersonalização). Durante a juventude, é mais comum o padrão de instabilidade crônica, com episódios agravantes de descontrole afetivo e impulsivo. O risco de suicídio e as consequências provenientes do transtorno, são maiores entre os jovens adultos e vão desaparecendo gradativamente ao longo da vida, embora a intensidade e a impulsividade sem

mantenham presente, na fase adulta (dos 30 aos 50 anos), tende-se alcançar uma maior estabilidade profissional e dentro dos relacionamentos.⁷

A prevalência do TPB está cerca de 2% da população geral, porém, com maior incidência em pessoas do sexo feminino, representando aproximadamente 75% dos casos. Os fatores desencadeantes para o desenvolvimento do TPB ainda não estão plenamente esclarecidos, mas, há teorias de que histórico familiar, alterações funcionais e estruturais no cérebro e fatores sociais, ambientais e culturais, podem exercer influência no risco de um indivíduo vir a desenvolver o transtorno, porém, o aumento do risco não implica, necessariamente, no desenvolvimento do TPB, sendo assim, indivíduos desprovidos desses fatores de risco podem vir a desenvolver em algum momento na vida. O TPB é frequentemente identificado em indivíduos que possuem parentes biológicos de primeiro grau diagnosticados com o transtorno e/ou inseridas em um ambiente predisponente, ligando assim, os traumas de infância como um dos principais fatores ambientais, sendo os mais comuns, violência sexual, física e psicológica e negligência. Esse histórico infantil é frequentemente encontrado em mulheres com o transtorno, onde somam 85% dos casos diagnosticados, que são atribuídos a fatores sociais e a suscetibilidade feminina de vivenciar abusos dentro do ambiente doméstico.⁸

De acordo com a sintomatologia supracitada, o comportamento impulsivo é uma característica marcante no TPB. Considerado um conceito complexo e multifacetado, a impulsividade é relacionada a assumir riscos de forma imprudente, decisões precipitadas e falta de planejamento. Os comportamentos impulsivos distinguem-se por autocontrole inadequado ou deficiente, trazendo, uma predisposição a respostas rápidas e desprovidas de planejamento diante de estímulos, sem levar em conta possíveis repercussões dessas ações para si próprio e para os demais. A falta de sensibilidade mediante as consequências é associada à incapacidade para postergar recompensa ou gratificação. Diante disso, a impulsividade é integrada por 3 (três) elementos, são eles, motores, relativos a atenção e a falta de sensibilidade. Sendo assim, no comportamento impulsivo, a resposta é emitida de forma precipitada, precedendo o processamento e avaliação do estímulo, evidenciando uma falha nos mecanismos de inibição da resposta. Esse padrão de comportamento, traz os seus danos a área social do indivíduo, causando impactos negativos individualmente e em seu entorno social.¹³

2.3. Comportamentos Disfuncionais

Além da impulsividade, o TPB tem como uma de suas características a vulnerabilidade emocional, visto que os indivíduos são mais suscetíveis a terem mudanças bruscas emocionais e comportamentais. Consequentemente, podem apresentar condutas autodestrutivas, em decorrência de seus instintos impulsivos, visto que tem potencial para comportamentos agressivos, práticas de automutilação, problemas com autoimagem, tendências ao uso de substâncias e ideias suicidas. O TPB mostra estar correlacionando-se com outras comorbidades, que incluem, transtornos do humor, transtornos ansiosos, Transtornos Alimentares (TAs), TEPT ou TUS. Aproximadamente 75% dos pacientes com TPB tentaram suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida, e ao menos 10% o conseguem realizar com êxito, diante dos métodos predisponentes de tentativa de suicídio, o mais prevalente tem sido por meio do uso de substâncias, que refletem uma motivação ambivalente e variação na relação de intenção. Em vista disso, costuma-se a caracterizar a autolesão (cortes) ligada a busca de alívio para a dor psíquica intensa, onde nutre-se um desejo de autopunição e apresentando grandes impactos na vida do indivíduo.⁹

Partindo desse pressuposto, o uso de substâncias alude ao uso potencialmente nefasto e perigoso de substâncias psicoativas, independentemente de sua legalidade. Logo, as substâncias como, álcool, nicotina, opioides, cannabis, cocaína e entre outras, podem ocasionar o desenvolvimento de uma dependência química, onde, inclui, síndrome de abstinência e aumento da tolerância.¹⁴

Tendo em vista que as drogas quando utilizadas de forma exacerbadas ocasiona a ativação do sistema de recompensa, onde, implica no reforço do comportamento e produção de memórias, a ativação do sistema de recompensa se intensifica a ponto de fazer as atividades cotidianas serem negligenciadas. Com os níveis de autocontrole baixos, pode-se desenvolver com mais facilidade o TUS, que se caracteriza na presença de

sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, devido ao uso contínuo de substâncias.⁷

Em virtude disto, o uso nocivo de substâncias está fortemente interligado ao TPB, considerando que aproximadamente 78% dos indivíduos diagnosticados com o transtorno, podem desenvolver uma predisposição a algum tipo de TUS, devido a impulsividade acentuada do TPB. Em casos mais sérios, relacionados a TUS, se dá prioridade ao tratamento em relação ao TPB, podendo incluir psicoterapia, internação e intervenções farmacológicas.¹⁰

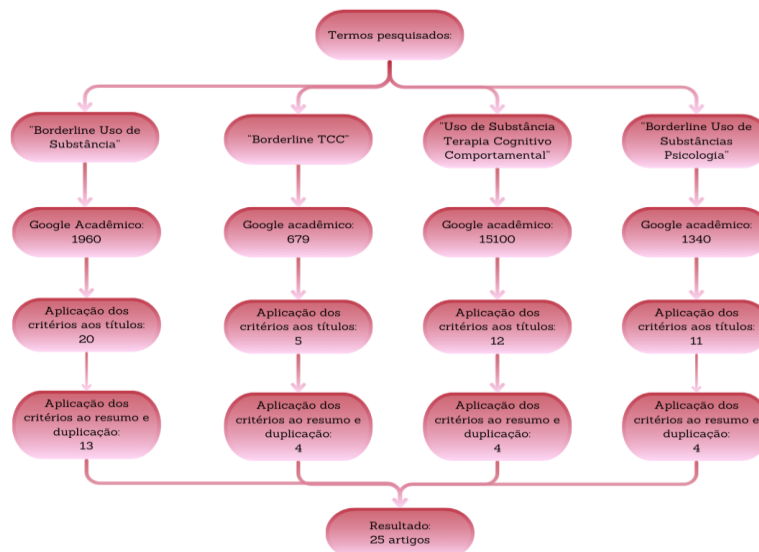
3. Material e Métodos

Optou-se para realizar o presente estudo a abordagem qualitativa, onde tem o intuito de compreender fenômenos sociais, assim, vetando-se de coleta de dados numéricos e hipóteses previamente definidas. A abordagem qualitativa tem como objetivo identificar a relevância de significados, contextos e interpretações atuais, oportunizando uma perspectiva mais detalhada e complexa da temática estudada baseada em estudos empíricos e estratégias indutivas.¹⁵

Para a realização da pesquisa, foi adotado o método de revisão bibliográfica, que caracteriza a adoção do material sugerido para o estudo científico, compartilhando também com o leitor, resultados de outros estudos ligados à temática abordada, além de proporcionar uma referência de comparação de resultados para o corpus da pesquisa.¹⁶ Em vista disso, foi efetuado um levantamento de insumos por meio de bancos de dados acadêmicos, sondando assim, o Google Acadêmico, que se trata de uma plataforma de pesquisa online, onde pode-se encontrar literaturas com origens acadêmicas de forma gratuita.¹⁷

A trajetória bibliográfica do presente estudo, iniciou-se entre os meses de fevereiro a junho do ano de 2025, pela base de dados anteriormente mencionada, utilizando as palavras-chave: “borderline + uso de substância”, “borderline + tcc”, “uso de substância + terapia cognitivo comportamental” e “borderline + uso de substâncias + psicologia”.

Figura 2 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos.
Figure 2 -Flowchart of the study search and selection process.



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).
Source: Prepared by the authors (2025).

De acordo com as palavras-chave citadas, foram encontrados aproximadamente 19079 materiais referentes às mesmas, filtrados no idioma português - Brasil, a partir do ano de 2020. Inicialmente, verificou-se as 5 primeiras páginas dos itens descritos acima, somente o descritor “borderline + uso de substância” foi avaliado as 15 primeiras páginas, contendo ao todo 10 arquivos por página, atingindo 300 arquivos que foram analisados posteriormente. Tendo em vista a quantidade de publicações existentes e levando em conta que o presente estudo é de abordagem qualitativa, utilizou-se como critério de exclusão: a relevância dos títulos de acordo com a temática, onde obteve-se 48 arquivos, por conseguinte, a leitura do resumo (abstract) e a duplicidade dos artigos coletados, que resultaram em 25 artigos válidos para a pesquisa.

Para este estudo utilizou-se de artigos acadêmicos viabilizando dados secundários fidedignos. Onde trata-se de informações sondadas anteriormente, favorecendo uma investigação sem precisar de uma nova coleta de dados, ademais, compreendendo suas singularidades e homogeneidades, buscando conhecimento em estudos atuais para garantir um vasto referencial teórico.¹⁶

4. Resultados e Discussão

Este capítulo traz os resultados da pesquisa, os quais serão apresentados por meio de uma tabela, tendo como objetivo sistematizar e facilitar a visualização das principais informações dos artigos selecionados. A tabela se encontra organizada com as colunas dispostas da seguinte forma: Título do Artigo, Ano de Publicação, Sobrenome dos Autores, Revista / Periódico, Palavra-Chave e Grupo. Sendo a categoria “Grupo” classificada em três grupos temáticos, conforme o enfoque do estudo, sendo eles: Grupo 1 - Transtorno de Personalidade Borderline, onde reúne estudos centrados na psicologia e em áreas relacionadas a saúde mental, apresentando o critério diagnóstico e outras características do TPB como os sintomas centrais do transtorno; Grupo 2 - Comorbidades, trazendo o uso de substâncias como fator prejudicial para o indivíduo com TPB, potencializando os sintomas e agravando o prognóstico clínico; Grupo 3 - Tratamento, contemplando abordagens terapêuticas e estratégias de intervenção voltadas ao cuidado de indivíduos com TPB e/ou uso de substâncias. Essa categorização visa organizar os dados de forma clara, permitindo uma compreensão mais objetiva das contribuições encontradas. Para fins de análise, os dados serão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição e caracterização dos artigos segundo grupos temáticos
Table 1 – Distribution and characterization of articles according to thematic groups

<i>Título do Artigo</i>	<i>Ano de Publicação</i>	<i>Sobrenome dos Autores</i>	<i>Revista / Periódico</i>	<i>Palavra-Chave</i>	<i>Grupo</i>
A atuação do psicólogo (a) cognitivo-comportamental no manejo clínico do transtorno da personalidade borderline	2023	Marinho DD, Silva D	Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE	Psicologia; Transtorno; Terapia; Cognitivo-comportamental; Borderline.	1 e 3
A relevância do psicodiagnóstico no transtorno de personalidade borderline:	2021	Moura LS	Revista Ibero-Americana de	Avaliação Psicológica; Psicodiagnóstico;	3

qual o papel da TCC no cenário da clínica?			Humanidades, Ciências e Educação-REASE	Transtorno de personalidade Borderline; Terapia Cognitiva Comportamental; Psicoterapia.	
A Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada ao CAPS ad: Uma revisão de escopo	2021	Almeida EAS, Sartes LMA	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Centro de atenção psicossocial; Serviços de saúde mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Terapia cognitiva; Terapia comportamental.	2 e 3
Comportamento impulsivo: a comorbidade transtorno de personalidade borderline e transtorno afetivo bipolar	2021	Silveira FM, Samuel BV	Revista Científica Cognitionis	Borderline; Transtorno Afetivo Bipolar; Impulsividade.	1
Consequências clínicas e funcionais do transtorno de personalidade borderline	2024	Santana FNS, Silva JMM, Nóbrega MJL, Silva AMT	Periódicos Brasil: Pesquisa Científica	Transtorno; Borderline; Consequências.	1
Contribuição da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com uso abusivo de álcool	2023	Cipriani AB, Vargas PR	Cadernos de Psicologia	Mulher; Álcool; Terapia cognitivo-comportamental.	2
Dificuldades enfrentadas por adultos com transtorno de personalidade borderline nos relacionamentos amorosos	2024	Salomão JC, Santana LEA, Silva BC.	Revista da graduação em psicologia da Puc Minas	Transtorno de Personalidade Borderline; Terapia Comportamental Dialética; Psicologia Clínica; Borderline.	1 e 3
Diferenças e similaridades entre o transtorno de	2023	Arouca MED, Brito MNF,	Revista Eletrônica Acervo	Transtorno bipolar; Borderline;	1

personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar		Arouca KLD, Souza LS.	Saúde (REAS)	Alteração de humor.	
Efetividade de intervenções baseadas em Mindfulness sobre o abuso de substância	2023	Thiago JVM, Santos ER, Vida HCO, Silva EEA.	Research, Society and Developmen	Atenção plena; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Terapias complementares.	2
Impactos na qualidade de vida de pacientes com transtorno de personalidade borderline	2025	Brasileiro KRL, Sousa MNA, Estrela YCA.	Revista Eletrônica Acervo Científico (REAC)	Transtorno de Personalidade Borderline; Perfil de impacto da doença; Saúde mental.	1
Psicoterapias para o tratamento do transtorno de personalidade borderline: Uma abordagem integrativa	2025	Taborda IA, Esteban VG, Oliveira IEC, Taborda PRA, Berganholo TC, Moreira MF, et al.	Asclepius International Journal of Scientific Health Science	Psiquiatria; Transtorno de Personalidade Borderline; Tratamento; Psicoterapia.	3
Reflexões modernas sobre o transtorno de personalidade borderline: Um estudo em evolução	2025	Andrade KKF, Modesto DCKM, Oliveira Filho JE, Carrijo VS.	Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences	Transtorno de Personalidade Borderline; Terapia Comportamental Dialética; Terapia de Aceitação e Compromisso; Farmacoterapia; Trauma Infantil; Estigmatização.	1
Terapêuticas cognitivistas comportamentais em adultos com transtorno de personalidade borderline	2023	Lima RC, Navarro TO, Santos MFR, Moco CMN.	Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE	Borderline; Transtorno de Personalidade; Terapia Cognitivo-Comportamental.	1 e 3

Terapia Cognitivo-Comportamental: Estratégias e intervenções para abuso de substâncias	2022	Azevedo JRL, Menezes CNB.	Psicologia Argumento	Drogadição; Redução de danos; Programa de 12 passos; Abstinência; Internação; Terapia cognitivo-comportamental.	2 e 3
Transtorno de personalidade borderline	2023	Paula RCC, Figueiredo Júnior HS.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Transtorno de personalidade borderline; Psiquiatria; Transtorno de personalidade.	1 e 2
Transtorno de personalidade borderline e sua relação com a dependência química	2023	Pereira LAG	Revista Científica Multidisciplinar UNIFLU	Transtorno de Personalidade Borderline; Dependência Química; Suicídio;	1 e 2
Transtorno de personalidade borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio	2021	Lima CSA, Almeida ALR, Souza BEM, Rodrigues CRS, Faria ICL, Nascimento JML, et al.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Transtorno de Personalidade Borderline; Suicídio; Psicopatologia.	1
Transtorno de personalidade borderline e suas implicações na vida social	2023	Cunha IB, Chaves FGM, Oliveira LC, Amorim AMM, Figueiredo KLS, Macedo ASC, et al.	Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences	Transtorno de Personalidade; Saúde Mental; Transtorno de Borderline.	1
Transtorno de personalidade borderline: Avanços no diagnóstico e tratamento	2023	dos Santos SR, Gomes de Oliveira VI, Souza Teixeira G,	Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences	Personalidade Borderline; Diagnóstico; Avanços no Tratamento.	3

		de Lana Ferreira W, Martins Cruz Y.			
Transtorno de personalidade Borderline: apresentações clínicas e tratamentos	2022	Andrade MCAP, Gonzalez FAP, Fazzolari GGAS, Coelho ICS, Netto LPO, Araujo LG, et al.	Brazilian Journal of Health Review	Transtorno de personalidade borderline; Transtorno da personalidade limítrofe; Transtorno da personalidade esquizotípica.	1 e 3
Transtorno de personalidade borderline: Estratégias terapêuticas e desafios no manejo clínico	2025	Jahn ML, Nascimento EP, Santos CR, Póvoa AMG, Ferreira JAS, Santos VCP, et al.	Brazilian Journal of One Health	Tratamento Individualizado; Terapia; Borderline.	3
Transtorno de personalidade borderline: Revisão à luz da literatura	2024	Garrote Filho MS, Almeida Filho J, Saidah KMB, Carmona IF, Silva DV, Noletto GG, et al.	Studies in Health Sciences	Borderline; Tratamento; Personalidade; Transtorno.	1, 2 e 3
Transtornos psiquiátricos associados ao abuso de substâncias: Enfoque no tratamento	2025	Suleiman YM, Junqueira HDA, Giacheto CD, Ribeiro SBM, Almeida CKZ, Omena LA, et al.	Brazilian Journal of Implantolog y and Health Sciences	Transtornos Mentais; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias;Tera pêutica; Psicoterapia; Farmacoterapia.	2
Uma análise acerca das características do transtorno de	2022	Warol PHA, Cerqueira JPF, Fonseca TSP de,	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Transtorno de personalidade borderline; Saúde	1

personalidade borderline: revisão de literatura		Gomes DS, Sousa MR de, Siqueira EC de.		mental; Psiquiatria.	
Uso de estabilizadores de humor no tratamento de transtorno de personalidade borderline: resultados e perspectivas	2024	Carvalho MDS, Chaves FNR, Fernandes JB, Vargas AM, Sparkez MDS, Costa SPA, et al.	Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida	Definição de TPB; Tratamento de TPB; Estabilizadores de humor no TPB; Terapias combinadas no TPB.	1 e 3

Fonte: Elaborado pelos autores(2025)
Source: Prepared by the authors (2025)

4.1 Compreendendo o Transtorno de Personalidade Borderline

Para o delineamento desta subtemática, foram reunidos estudos que abordam a definição, a etiologia, a sintomatologia e os impactos do TPB, com o intuito de oferecer uma compreensão ampla desse transtorno. Além disso, tornou-se necessário incluir uma explicação prévia sobre o Transtorno de Personalidade, a fim de trazer uma contextualização introduzindo a temática abordada nesta seção. Posto isto, segundo Cunha et al.¹⁸, os traços de personalidade são características definidoras do indivíduo, manifestando-se em aspectos interpessoais, sociais e individuais. Por sua vez, o Transtorno de Personalidade (TP) se caracteriza por um padrão relativo de emoções, pensamentos e comportamentos, desta forma, um indivíduo que apresente TP, pode ser visto dentro de um padrão persistente de experiências internas e comportamentos que se desviam significativamente das expectativas socioculturais, sendo sujeito a ter uma gama limitada de emoções, atitudes e comportamentos, para lidar com situações problemáticas e estressoras presentes no cotidiano, resultando em respostas desadaptativas, afetando tanto a si mesmo quanto o seu entorno. O TP é dividido em três grupos, A, B e C, sendo baseados em semelhanças descritivas, sendo o TPB incluído dentro do grupo B, juntamente com os transtornos de personalidade antissocial, histriônico e narcisista, sendo o grupo caracterizado por comportamentos dramáticos, emotivos e/ou erráticos.

De acordo com Pereira¹⁹, a possível primeira citação sobre o TPB na literatura foi feita por Kahlbaum no ano de 1890, em suas obras abordando a “heboidofrenia” que era então caracterizada por uma habilidade deficitária da compreensão da natureza, labilidade emocional, oscilando desde a melancolia a um estado expansivo ou colérico. Com o passar do tempo, o TPB carregou outros nomes e outras definições, no início do século XX, Bleuler traz o termo “esquizofrenia latente”, o definindo como, comportamento social tido como normal porém apresentando traços esquizofrênicos associados. Em 1941, Zilborg fez referência ao que nomeou de “esquizofrenia ambulatorial”, caracterizando-a como formas quase imperceptíveis de esquizofrenia, sendo comumente observadas em ambulatórios ao invés de hospitais psiquiátricos.

De acordo com Paula e Figueiredo Junior⁹, em 1938 o termo Borderline é inaugurado pelo psicanalista Adolph Stern, caracterizando pacientes que se encontravam no limite entre neurose e psicose, trazendo isso a um contexto de resistência a tratamento psicoterápico. Em complemento disso, ainda de acordo com Pereira¹⁹, Stern apresentou o termo “neuroses borderline”, já Deutsch, o nomeou de “personalidade como se” descrevendo também um estado de fronteira entre a neurose e a psicose e um comprometimento nos relacionamentos interpessoais, posteriormente, carregou também outros termos como “esquizofrenia

pseudoneurótica” criado por Hoch e Polatin. Posto isto, ainda não havia consenso sobre o que se tratava o termo *borderline*, não se sabia se era uma organização da personalidade, um estado transitório, algo entre neuroses e psicoses ou apenas um termo para quadros sem classificação, fazendo com que o colocassem como uma espécie de esquizofrenia. Somente nos anos 80, o DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) fazendo uma reformulação nos critérios diagnósticos, retirou o *borderline* de dentro do espectro da esquizofrenia e o trouxe como “Distúrbio Borderline de Personalidade”.

Trazendo para a atualidade, Carvalho et al.²⁰, caracterizam o TPB por sintomas que interferem nas áreas cognitivas, comportamentais e emocionais. Trazendo como sintomas dentro do aspecto emocional, a instabilidade emocional acentuada, que é marcada por variações constantes de humor, que podem ocorrer ao longo do dia, vivenciando emoções amplificadas e desproporcionais frente ao contexto. Além disso, trazem consigo, vivência prolongada de sensação de vazio, medo de abandono, raiva intensa e/ou inapropriada ou déficit no controle da raiva. Já na área comportamental, apresenta impulsividade e autodestruição em áreas envolvendo comportamentos de risco e prazer imediato, além de poder apresentar condutas suicidas e automutilantes. Por sua vez, no campo cognitivo, os indivíduos podem apresentar ideação paranoide ou dissociação severa associadas a situações de estresse, a dissociação pode incluir sentimentos de desconexão de si ou da realidade. A percepção distorcida de si, dos outros e de sua autoimagem, também leva a relações interpessoais intensas e instáveis que alternam entre extremos de idealização e desvalorização. Tudo isso evidencia a complexidade multifacetada do TPB. Silveira e Samuel¹³ detalham que, a insegurança do TPB consigo mesmo traz abandono real ou imaginário, fazendo-os ser interpretado como uma pessoa má, comprometendo a sua autoimagem e reduzindo sua autoestima.

Andrade et al.²¹, apresentam uma taxa de prevalência do TPB na população mundial entre aproximadamente 1,6% a 5,9%. O TPB é predominantemente diagnosticado em pessoas do sexo feminino, sendo três vezes mais prevalente em mulheres, somando mais de 70% dos casos. Ao ressaltar a relação do transtorno com comportamentos suicidas e autolesivos, os autores trazem dados que indicam que, entre 60% a 80% dos pacientes realizam tentativas de suicídio, cerca de 10% chegam a ser consumados e a maioria apresenta histórico de autolesão. Já Santana et. al.²² abordam que o TPB apresenta ocorrência cerca de cinco vezes maior entre parentes biológicos de primeiro grau de pessoas diagnosticadas, comparando com a população geral. Além disso, evidencia-se maior risco familiar para TUS, transtorno de personalidade antissocial e transtornos do humor, como depressão ou bipolaridade.

De acordo com Arouca et al.²³, o TPB se caracteriza por limitações notáveis no mantimento e estabelecimento de relações, trazendo consigo, comportamentos impulsivos que afetam a vida pessoal e o seu entorno. Os mesmos autores trazem o medo de abandono, que é associado a intolerância à solidão, a sensibilidade ao meio externo e a autossabotagem como características do transtorno. Para Lima et al.¹², o diagnóstico do TPB é clínico, porém, complexo, tem-se uma dificuldade de identificação, tanto pela natureza dos sintomas, quanto pelas delimitações menos claras em comparação à normalidade, pois, é natural que em determinados períodos da vida, os indivíduos experimentem sentimentos de tristeza, raiva, impulsividade, desespero, ciúmes, medo de rejeição, insatisfação pessoal ou dificuldades no controle das emoções. Entretanto, quando tais emoções e comportamentos manifestam-se de forma mais frequente e intensa, pode se estar falando de um TPB.

Sobre os comportamentos autodestrutivos, Lima et al.²⁴, trazem consequências como a busca por alívio do sofrimento, que frequentemente ocorre por meio de comportamentos autodestrutivos, que variam desde a automutilação, que é decorrente de um desejo de punir a si mesmo, o alto risco de suicídio frente a instabilidade afetiva e comportamentos agressivos, que são voltados para si. Os autores também trazem como consequência, o envolvimento em relações abusivas, na tentativa de manter vínculos e evitar o abandono, devido ao seu vazio crônico, gerando dificuldades no controle da ansiedade, devido às possíveis frustrações. Já Brasileiro et al.²⁵, trazem outros aspectos relevantes, uso abusivo de substâncias psicoativas, distúrbios alimentares e práticas sexuais de alto risco, comprometendo a saúde física e mental. O consumo de álcool e outras drogas, frequentemente, configura-se como uma estratégia de enfrentamento frente à instabilidade

emocional, porém, acarreta maiores riscos de complicações metabólicas e cardiovasculares.

À medida que os estudos avançam, Andrade et al.²⁶, especulam que futuras edições do DSM, possam acrescentar aspectos da neuroimagem e da genética com o intuito de refinar ainda mais o diagnóstico. Posto isto, Marinho e Silva²⁷, versam sobre a etiologia do TBP, trazendo como principais fatores, a genética e aspectos ambientais. Dentro dos fatores ambientais, se destacam experiências de separação e perda, vivências de abuso infantil e a inserção em ambientes familiares conturbados e caóticos constituem fatores significativos, e que aproximadamente um terço dos indivíduos diagnosticados possuem histórico de separação traumática de responsáveis. Também é presente índices significativos de violência sexual, aumentando a probabilidade de desenvolvimento do transtorno em quatro vezes mais, para quem sofreu abusos sexuais.

Ainda sobre as causas para o desenvolvimento do TPB, Warol et al.⁸, explicam que, os fatores para o desenvolvimento do transtorno ainda não estão completamente esclarecidos, entretanto, teorias apontam que fatores como histórico familiar, alterações estruturais e funcionais no cérebro, bem como aspectos sociais, culturais e ambientais, podem influenciar o risco de seu surgimento. Ressalta-se, contudo, que a presença desses fatores de risco não implica, de maneira determinística, no desenvolvimento do TPB, mas apenas aumenta a probabilidade de sua manifestação. Diante disso, os autores acrescentam, que entre os principais fatores, destacam-se os traumas de infância, tanto a negligência, quanto o abuso, sejam eles físico, emocional ou sexual, fatores esses, que revelam uma incidência significativa em mulheres diagnosticadas, evidenciando o quão estão mais suscetíveis a vivências abusivas no ambiente familiar.

Salomão et al.²⁸ destacam, em suas análises, a influência do TPB dentro dos relacionamentos amorosos, onde são descritos como intensos e caóticos. Por conta do medo de abandono, os pacientes com TPB apresentam comportamentos impeditivos, como o controle exacerbado com seu parceiro, ocasionando desgastes relacionais e se colocando em estado de alerta, levando a uma possível desregulação emocional. Como forma de suprir o seu vazio crônico, exigem atenção constante do parceiro, com o seu comportamento controlador, as tentativas de realizar o controle, podem acabar gerando condutas desrespeitosas entre os parceiros, criando conflitos relacionais, com isso o parceiro se afasta, tornando uma relação de difícil manutenção e reforçando a crença do medo de abandono.

Sobre as comorbidades associadas, Paula e Figueiredo Junior⁹, ressaltam a coexistência do TPB junto a outros transtornos psiquiátricos, sendo mais associados a transtornos do humor, TUS, TAs, TEPT e outros transtornos de personalidade. Já Garrote Filho et al.¹⁰, mostram que aproximadamente $\frac{2}{3}$ dos pacientes, apresentam pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida, e trazendo entre 10 a 30% o Transtorno Depressivo Maior (TDM) como comorbidade. Além disso, os autores enfatizam a presença dos TAs, como um grande índice de comorbidade para o TPB, estando presentes tanto a Bulimia Nervosa (BN), quanto a Anorexia Nervosa (AN), que por muitas vezes podem trazer altas taxas de morbidade e mortalidade.

A leitura dos artigos possibilitou uma visão integrada sobre o TPB, podendo ampliar a compreensão sobre a complexidade desse quadro, que é fortemente marcado pela impulsividade. As diferentes perspectivas apresentadas ajudaram a perceber como fatores biológicos, psicológicos e sociais se entrelaçam na manifestação do transtorno e como as comorbidades associadas ao transtorno afetam ainda mais o dia a dia do sujeito. O que levou à reflexão do estigma social que constitui um desafio adicional na rotina das pessoas diagnosticadas.

4.2 Uso de substâncias e comorbidades associadas ao Borderline: um olhar ampliado

Para a construção dessa subtemática, buscou-se estudos que discutem a relação entre o uso de substâncias e as comorbidades frequentemente associadas ao TPB, com a proposta de oferecer um olhar ampliado sobre como essas condições se interligam, contribuindo para a complexidade do quadro clínico e para os desafios no processo de cuidado. De acordo com Paula e Figueiredo Junior⁹ o TPB raramente se manifesta de maneira isolada, frequentemente apresenta-se coexistindo com outros transtornos psiquiátricos e

abuso no uso de substâncias, o que agrava o quadro clínico e dificulta o manejo terapêutico. Somado a isso, os indivíduos apresentam uma impulsividade elevada, que pode se expor por meio de comportamentos autodestrutivos diversos, como episódios de compulsão alimentar, gastos financeiros exagerados, uso abusivo de substâncias lícitas e/ou ilícitas, práticas sexuais desprotegidas e direção imprudente. Esses comportamentos de risco são frequentemente acompanhados por instabilidade emocional intensa, dificuldade na regulação afetiva e padrões interpessoais disfuncionais, que contribuem para a recorrência de crises e agravam a vulnerabilidade clínica.

Almeida e Sartes²⁹, retratam o uso de substâncias e suas comorbidades como um desafio clínico complexo, especialmente quando associado ao TPB. Contudo, indicam que fatores cognitivos, emocionais e ambientais, interagem para aumentar a vulnerabilidade ao uso de drogas, incluindo crenças disfuncionais, regulação emocional prejudicada, impulsividade, disponibilidade de substâncias e contextos sociais de risco. Em complemento disso, Cipriani e Vargas³⁰, apontam que no caso de mulheres, o uso abusivo de álcool e outras substâncias, está frequentemente associado a estratégias de enfrentamento para lidar com traumas, estresse e pressões sociais específicas do gênero, sendo reforçado por padrões de pensamento que minimizam os riscos ou exageram os benefícios percebidos.

Paula e Figueiredo Junior⁹, apontam o TDM como a condição comórbida mais frequente, sendo também relevante o fato de pacientes com TPB apresentarem, em média, três tentativas de suicídio ao longo da vida, frequentemente por overdose, embora sua motivação frequentemente revele caráter ambivalente, oscilando entre desejo de morte e busca por alívio emocional, e haja outros métodos, como restrição alimentar extrema. No que se refere à associação com os TAs, observa-se a sobreposição de características como comportamentos autodestrutivos, compulsão e purgação na bulimia nervosa, restrição alimentar na anorexia nervosa e automutilação no TPB. Destaca-se que a distorção da imagem corporal em indivíduos com TPB pode estar presente, independentemente da presença de transtorno alimentar comórbido, o que reforça a complexidade desse quadro clínico. Ademais, os comportamentos de risco associados ao TPB, como abuso de álcool e drogas, automutilação e estilo de vida desregulado, aumentam a vulnerabilidade desses indivíduos a doenças, incluindo enfermidades cardiovasculares, diabetes tipo 2, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e distúrbios do sono.

Além disso, Pereira¹⁹ complementa que indivíduos com TPB apresentam uma relação instável com o uso e abuso de substâncias, que atua tanto como um fator de risco quanto como uma consequência da instabilidade emocional característica do transtorno. Em concomitância a isso, apresentam baixa tolerância à frustração e tendências a comportamentos autodestrutivos que potencializam a propensão ao uso de substâncias. O autor destaca que o uso de substâncias, nesse contexto, frequentemente assume a função de automedicação, sendo utilizado como estratégia para aliviar sentimentos de vazio, angústia, raiva ou impulsividade exacerbada, o que contribui para a manutenção de um ciclo disfuncional de dependência. Ademais, a presença dessa comorbidade está associada a maior gravidade clínica, maior frequência de recaídas, dificuldades de adesão ao tratamento e aumento dos riscos de tentativas de suicídio. Observa-se, ainda, que a combinação entre TPB e dependência química intensifica os prejuízos interpessoais e sociais, favorecendo conflitos familiares, instabilidade em vínculos afetivos e prejuízo no desempenho ocupacional.

Conforme descrito por Suleiman et al.³¹, o uso de substâncias, mesmo na ausência de transtornos psiquiátricos, está associado a alterações significativas nos domínios cognitivo, comportamental e emocional. Entre as alterações provocadas pelo uso, destacam-se no aspecto cognitivo, os prejuízos na atenção, memória e capacidade de tomada de decisão, o que compromete a avaliação adequada de riscos e a execução de escolhas adaptativas. Além disso, no âmbito comportamental, observa-se uma redução do autocontrole e o aumento da impulsividade, fatores que, por sua vez potencializam a participação em situações de risco, como direção imprudente, comportamentos sexuais inseguros e envolvimento em situações sociais perigosas, enquanto isso, nos aspectos emocionais, o uso de substâncias pode intensificar a instabilidade afetiva, exacerbar reações de frustração e contribuir para padrões de regulação emocional inadequados.

Cipriani e Vargas³⁰ apresentam que o TUS é uma condição caracterizada por um padrão problemático

de consumo que leva a prejuízos clínicos e sofrimento significativo. O diagnóstico é estabelecido a partir da presença de critérios que são descritos como: uso em quantidades maiores ou por período mais longo do que o pretendido; Desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para reduzir ou controlar o consumo; Grande tempo gasto em atividades relacionadas à obtenção, uso ou recuperação dos efeitos da substância; Fissura intensa; Falha no cumprimento de obrigações sociais, ocupacionais ou familiares; Continuidade do uso apesar de problemas interpessoais recorrentes; Abandono ou redução de atividades importantes em função da substância; Uso em situações de risco físico; Manutenção do consumo apesar da consciência de prejuízos físicos ou psicológicos; Presença da tolerância e sintomas de abstinência. A gravidade do transtorno é definida pela quantidade de critérios preenchidos, sendo classificado como leve(2 a 3 critérios), moderado(4 ou 5 critérios) ou grave (6 ou mais critérios).

Almeida e Sartes²⁹, decorrem e complementam que, o uso de substâncias é uma interação complexa entre fatores internos e externos que contribuem para a vulnerabilidade individual. Do ponto de vista interno, aspectos cognitivos e emocionais exercem papel central, uma vez que crenças disfuncionais, expectativas positivas em relação aos efeitos das substâncias e a busca por alívio de estados emocionais negativos, funcionam como gatilhos para o início e a manutenção do uso. Esse movimento frequentemente assume a forma de automedicação, na qual a substância é utilizada como estratégia para lidar com desconfortos subjetivos e dificuldades emocionais.

Outrossim, Azevedo e Menezes¹⁴, caracterizam o abuso de substâncias por um padrão recorrente e desadaptativo de consumo de drogas lícitas ou ilícitas, que resulta em prejuízos significativos na vida pessoal, social, ocupacional e na saúde do indivíduo. Esse padrão vai além do uso ocasional, envolvendo tanto a perda de controle sobre a frequência e a quantidade consumida, quanto a persistência no uso, mesmo diante de consequências negativas evidentes. O abuso pode se manifestar por meio de fissura intensa, dificuldades em reduzir ou cessar o consumo, falhas em cumprir responsabilidades cotidianas e exposição frequente a situações de risco, o que contribui para a manutenção do ciclo de dependência, reforçando a necessidade de intervenções terapêuticas eficazes. Essa concepção dialoga diretamente com o que o DSM-5 define como TUS, os quais envolvem não apenas dificuldades de autocontrole, assim como a presença de sintomas como tolerância, abstinência, comprometimento funcional e manutenção do consumo apesar dos danos.

Em complemento disso, Almeida e Sartes²⁹, evidenciam fatores externos relacionados ao contexto social, familiar e cultural também influenciam fortemente, seja pela disponibilidade das substâncias, pela pressão de pares ou pelo condicionamento associado a estímulos ambientais, que se tornam gatilhos para o consumo. Além disso, a motivação para o uso é permeada por uma ambivalência, na qual o indivíduo reconhece os prejuízos decorrentes, mas também percebe benefícios imediatos, como relaxamento, maior sociabilidade ou alívio emocional, o que dificulta o processo de mudança. Nesse cenário, condições estruturais como desigualdade social, estigmatização, exclusão, ausência de redes de apoio e fragilidades nas políticas públicas de saúde, ampliam ainda mais a vulnerabilidade, perpetuando o uso problemático e tornando o tratamento mais desafiador nos serviços como o CAPS. Posto isto, Cipriani e Vargas³⁰, discutem a vulnerabilidade ao abuso de substâncias, que segundo a TCC, é resultado de uma interação entre fatores individuais, como predisposições genéticas e traços de personalidade, e fatores ambientais, como experiências adversas, traumas e pressões sociais. No contexto feminino, questões como violência doméstica, desigualdade de gênero e expectativas sociais podem aumentar essa vulnerabilidade.

Garrote Filho et al.¹⁰, relatam que o TPB tende a apresentar uma busca por gratificação imediata, que contribui para a predisposição dos TUS. Estima-se que cerca de 78% dos pacientes com TPB apresentem TUS ao longo da vida, porém, os estudos sugerem que essa prevalência tende a diminuir com o passar do tempo. Em consequência disso, Thiago et al.³², declaram que a dependência química configura-se como um dos mais graves problemas de saúde pública em âmbito mundial, afetando milhões de pessoas e acarretando prejuízos expressivos de ordem física, psicológica e social. O impacto desse fenômeno não se restringe ao indivíduo, mas repercute também nas famílias, nas redes sociais e nas políticas de saúde, exigindo estratégias terapêuticas eficazes e multidimensionais. Nesse cenário, intervenções baseadas em Mindfulness têm emergido como

alternativas promissoras no manejo do abuso de substâncias, uma vez que favorecem o fortalecimento da autorregulação emocional, a ampliação da consciência sobre os próprios estados internos e a redução da reatividade a impulsos desencadeadores do consumo.

Em conclusão ao exposto, foi possível compreender que o TPB vai além de um transtorno psiquiátrico, configurando-se como uma condição complexa capaz de impactar significativamente a vida de seus portadores. Nesse sentido, observou-se que as comorbidades podem intensificar a gravidade clínica, aumentando a vulnerabilidade a comportamentos autodestrutivos. Adicionalmente, a interação entre TPB e TUS evidencia a necessidade de intervenções terapêuticas integrativas, capazes de atuar simultaneamente sobre os aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais, promovendo estratégias adaptativas de enfrentamento e melhorando a qualidade de vida e o funcionamento desses indivíduos.

4.3 Cuidado interdisciplinar: uma abordagem biopsicossocial

A partir de uma análise comparativa foi viabilizada uma identificação de duas categorias primordiais no tratamento do TPB, sendo elas as intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, identificou-se perspectivas tanto de convergência, quanto de divergência, frente a efetividade das estratégias terapêuticas voltadas ao transtorno supracitado. Marinho e Silva²⁷, enfatizam a relevância da psicoterapia como ponto crucial de tratamento, em específico a Terapia Comportamental Dialética (DBT). Adicionalmente, Carvalho et al.²⁰, destacam que a farmacoterapia também perpassa essas estratégias, entretanto, com um papel coadjuvante exibindo suas contribuições eficazes e limitações.

Moura⁴, relata que uma das maiores dificuldades para o manejo do TPB é a baixa adesão ao processo psicoterapêutico, já que a maior parte que ingressa não vem pelo reconhecimento de suas demandas e perigos psicossociais, mas sim por meio de familiares, implicando uma resistência inicial. Para além disso, a oscilação no comprometimento estabelece um obstáculo para uma boa vinculação terapêutica. No entanto, afirma-se que, mesmo diante de uma adesão parcial, a literatura aponta a TCC como uma abordagem bem-sucedida e de resultados eficazes, em virtude da sua intervenção na reestruturação de pensamentos disfuncionais, modificação de crenças centrais e manejo de instabilidades emocionais e comportamentais. Acrescenta-se em seu discurso que embora a psicoterapia assuma o papel central, não se exclui a utilização de psicofármacos que aparecem de forma adjuvante, principalmente no controle de sintomas secundários.

No entanto, Marinho e Silva²⁷ contrapõem-se ao argumentar que apesar da TCC ter resultados relevantes para a reestruturação de crenças disfuncionais, esta não atende plenamente a complexidade clínica do TPB. De acordo com o exposto, ressaltam que as especificidades do transtorno como a instabilidade, impulsividade e comportamentos autolesivos necessitavam de uma abordagem específica para sanar os déficits das demais intervenções, desenvolvendo-se a DBT. Nessa perspectiva, endossam que a DBT ao englobar estratégias de aceitação, mudança e ensino de habilidades, configura-se como uma intervenção terapêutica mais robusta sendo considerada a abordagem de maior efetividade para pacientes borderline. Embora os mesmos apresentem discordâncias em relação às intervenções psicoterápicas, eles identificam a farmacoterapia como ferramenta secundária, a qual contribui para o regulamento dos sintomas associados, como ansiedade, depressão e impulsividade, que predominantemente comprometem a adesão ao tratamento.

Adicionalmente, Lima et al.¹² enfatizam a DBT por sua maior eficácia no tratamento, em que destacam a implementação de estratégias de aceitação e modificação com treino de habilidades emocionais e sociais do indivíduo. À luz disso, apontam a relevância da regulação emocional como elemento crucial, além da importância do estabelecimento de uma relação terapêutica empática, onde há uma validação dos sentimentos reportados e balanceamento das habilidades a serem aplicadas, possibilitando um ambiente propício a comportamentos funcionais. Ademais, atesta-se que o uso de psicoterapia individual, treinamento de habilidades em grupo e consultoria por telefone promovem uma generalização para contexto cotidiano, resultando em uma melhoria das relações interpessoais e qualidade de vida.

Diante disso, Salomão et al.²⁸ enriquecem esse entendimento ao dar ênfase como as instabilidades

afetivas, o medo do abandono, o controle e a impulsividade afetam significativamente os vínculos, sendo causadores de conflitos e desgaste emocional, uma vez que há uma alta demanda de atenção. Reforça-se a primazia de intervenções que estabelecem estratégias de manejo associadas às relações. Assim, o treino de habilidades encontrado na DBT mostra-se essencial não apenas na redução de comportamentos autodestrutivos, mas também na construção de vínculos mais estáveis e saudáveis, visto que a esfera interpessoal é acometida pela dicotomia afetiva.

Neste sentido, Taborda et al.³³ salientam a necessidade de uma compreensão integrativa para o manejo clínico, considerando a expressiva descontinuidade no tratamento, muitas vezes referente à incompatibilidade do indivíduo com a abordagem adotada. Neste sentido, compreende-se que nenhuma intervenção isolada abrange a complexidade do transtorno em sua totalidade. Sob essa perspectiva, Andrade et al.²¹ corroboram com a literatura em apontar a psicoterapia como eixo central do tratamento, destacando como terapia de primeira linha a DBT, que possui maior ênfase em comportamentos de risco, como suicídio, e demais condutas que interferem no tratamento e bem-estar. A terapia baseada em mentalização (MBT) e a terapia focada na transferência, abarcam com prioridade os relacionamentos e relações interpessoais, somando-se a TCC que disponibiliza respaldo para a modulação comportamental através do reconhecimento de pensamentos e emoções espontâneas, permitindo agir de maneira condizente, assim como a reestruturação de crenças disfuncionais em crenças fortalecedoras.

Convergindo para essa perspectiva, Jahn et al.³⁴ ratificam o motivo da psicoterapia isoladamente não atender plenamente de forma eficaz. A linha de pensamento defende uma abordagem mais ampla, se alinhando ao modelo biopsicossocial. Este modelo reconhece que a saúde do indivíduo é o resultado da soma de seus lados biológico, psicológico e social. Assim, o paciente é visto por inteiro ao invés de concentrar-se apenas nos sintomas apresentados. De forma complementar, o aspecto biológico manifesta-se por meio do uso de medicamentos para controlar outras condições e comorbidades, sendo um elemento-chave na base para um plano integrado, enquanto a parte psicológica constitui o alicerce do tratamento com as terapias DBT e a TCC, sendo eficazes na regulação emocional e reestruturação, por fim, a esfera social apresenta-se de forma fundamental. Por essa razão, a criação de um ambiente acolhedor, aliado ao fortalecimento da rede de apoio, torna-se essencial para uma melhor condição psicossocial.

Em complemento, Santos et al.³⁵ enfatizam que a intervenção deve ser conduzida em uma abordagem multifacetada, possível de conciliar aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Reitera-se a relevância e eficácia da DBT e terapias complementares. Entretanto, as intervenções farmacológicas são descritas como limitadas, corroborando a ideia de Moura⁴, ao considerar que seu manejo deve-se restringir aos sintomas secundários e das comorbidades associadas. Somado a isso, os pesquisadores evidenciam que a consideração dos fatores sociais favorece o processo terapêutico, ao passo que as redes de apoio que estimulam um maior desempenho no tratamento. Essa perspectiva sustenta a visão de que o transtorno exige práticas integradas e adaptadas às especificidades contextuais.

Paralelamente, Carvalho et al.²⁰ opõem-se a esta visão restritiva. Embora ainda não existam fármacos comprovados especificamente para o TPB, os autores destacam a farmacoterapia, em especial o uso de estabilizadores de humor, que atuam modulando os neurotransmissores e, por conseguinte, estabilizando as flutuações emocionais. Dessa forma, sendo relevantes controladores de comportamentos de irritabilidade, impulsividade e instabilidade afetiva, aspectos que influenciam diretamente a funcionalidade cotidiana. Além disso, impactam as vias neuronais, promovendo a neuroplasticidade e o fortalecimento neuronal, outrossim, válida-se que apesar de sua eficácia, a utilização deve ser criteriosa e em conjunto com intervenções psicológicas, garantindo maior eficácia e melhor bem-estar.

Em contraponto, Garrote Filho et al.¹⁰ mostraram-se criteriosos quanto ao uso da farmacoterapia como abordagem principal no tratamento. Enfatizando que não há fármacos específicos para o transtorno que detenha a aprovação da Food and Drug Administration (FDA). Nesse cenário, a indicação medicamentosa recai nas comorbidades frequentemente relacionadas, dando destaque ao TUS, cujo tratamento deve ser priorizado em relação ao TPB quando há uso de substâncias graves. Os estudos endossam que pacientes borderline

apresentam grandes taxas de abuso de álcool e drogas devido a inclinação para ganhos de curto prazo, práticas de risco que acentuam comportamentos de impulsividade e instabilidade, aumentando significativamente o risco de automutilação e suicídio. Ademais, o TUS compromete a adesão ao tratamento e constitui um desafio adicional. Diante da carência de validação e os perigos evidentes, a psicoterapia deve seguir como eixo estruturante, destacando a DBT e a MBT pelo foco na regulação emocional e impulsividade. Dessa forma, a farmacoterapia é considerada suplementar, em especial quando o TUS aparece como comorbidade.

Partindo dessa perspectiva, Almeida e Sartes²⁹, acrescentam que o tratamento do abuso de substância baseado em abordagens cognitivo comportamentais segmenta-se em fases, cuja fase inicial é composta por intervenções comportamentais e motivacionais, seguindo para a fase intermediária, marcada por psicoeducação, que inclui técnicas de reestruturação cognitivas, implicando mudanças significativas nos padrões de comportamento, e concluindo a terceira fase, demarcada pela consolidação das habilidades citadas anteriormente visando o desenvolvimento de autonomia, assim, corroborando com a literatura ao constatar que as intervenções, quando alinhadas com outras abordagens, obtêm maiores resultados que a utilização da TCC isoladamente.

Azevedo e Menezes¹⁴, contribuem ao tratar da TCC no manejo do TUS, posto que essa abordagem dispõe de recursos efetivos para o reconhecimento de gatilhos situacionais, a reestruturação de pensamentos disfuncionais ligados ao uso, e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, sendo utilizadas tanto para interrupção quanto para redução de danos, favorecendo, por meio destes a redução gradativa da frequência e intensidade do consumo, mesmo que não seja possível a abstenção total de forma imediata. Pontua-se que esse processo psicoterapêutico não deve limitar-se apenas à redução dos padrões de uso compulsivo, mas possibilitar novas formas de lidar com estas situações de risco, por meio da reestruturação cognitiva e emocional. Neste sentido, essa redução de danos assume papel central no contexto do TPB, tendo em vista que o TUS é a comorbidade que mais prevalece, na qual foi identificada uma inclinação para a potencialidade dos comportamentos de risco.

Diante do exposto, entende-se que o tratamento realizado acerca do TPB necessita de uma abordagem robusta, que não seja limitada a uma única intervenção, mas que interligue práticas psicoterápicas e medicamentosas de forma complementar. A análise realizada contribuiu para o reconhecimento da psicoterapia como pilar central, em especial a DBT, por sanar amplamente as especificidades emocionais, comportamentais e interpessoais do transtorno. Entretanto, percebeu-se também que a farmacoterapia, mesmo que relatada como restrita aos sintomas secundários e comorbidades associadas possui significativa relevância, sobretudo ao considerar que o TUS é a comorbidade mais prevalente, e que implica em um desafio adicional para o manejo clínico. Em síntese, conclui-se que nenhuma intervenção isolada propicia abarcar tamanha complexidade, sendo indispensável uma visão integrativa que considere os aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

5. Conclusão

Ao longo desta pesquisa, foi possível compreender que a produção científica sobre o TPB e o uso de substâncias reflete uma preocupação crescente em reconhecer a complexidade dessas condições e suas dimensões impactadas. Além disso, a análise das discussões acadêmicas evidenciou que o olhar das abordagens psicoterápicas, como a TCC, oferece uma contribuição significativa para esse campo, ao propor intervenções pautadas na identificação e modificação de padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos. Contudo, observou-se que, apesar dos avanços teóricos e práticos, ainda persiste um desafio clínico no manejo das demandas emocionais intensas que caracterizam o funcionamento do borderline.

À saber, o primeiro agrupamento evidenciou uma visão geral sobre o TPB, trazendo contexto histórico e apontando características gerais como, critério diagnóstico, etiologia e comportamentos autodestrutivos. Já o segundo agrupamento destacou a relação entre TPB, o uso de substâncias e outras comorbidades, trazendo prejuízos interpessoais, que podem reforçar a vulnerabilidade a comportamentos autodestrutivos, evidenciando

sua complexidade e a intensificação da gravidade clínica. Por fim, o terceiro agrupamento apontou os meios de tratamento tanto para o TPB, quanto para o TUS, ressaltando a combinação de intervenções psicoterápicas e medicamentosas visando resultados consistentes.

Apesar das contribuições teóricas e reflexivas apresentadas, é importante reconhecer que este estudo se restringiu à análise bibliográfica, o que limita a compreensão da experiência subjetiva dos indivíduos com TPB associados ao uso de substâncias. Essa limitação impossibilita a observação direta das experiências vividas por indivíduos diagnosticados e com a comorbidade presente, indicando a necessidade de futuras investigações que utilizem métodos de coleta de dados primários.

6. Agradecimentos

Agradecemos a Deus pela força e sabedoria, às nossas famílias pelo amor e incentivo, aos amigos pela companhia, aos professores e orientador pelo apoio, e à Revista Universitária Brasileira pela oportunidade de divulgação. Estendemos nossa gratidão a todos que contribuíram para este trabalho, especialmente às pessoas que enfrentam os desafios do Transtorno de Personalidade Borderline e do uso de substâncias, reforçando que mesmo diante dos ciclos de dor e autodestruição, existem caminhos possíveis de acolhimento, cuidado e reconstrução.

7. Referências

1. Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. 14ª ed. São Paulo: Saraiva; 2009.
2. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson BL, Loftus GR, Lutz C. *Introdução à psicologia: Atkinson & Hilgard*. 16ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2009.
3. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
4. Moura LS de. A RELEVÂNCIA DO PSICODIAGNÓSTICO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: QUAL O PAPEL DA TCC NO CENÁRIO DA CLÍNICA?. REASE [Internet]. 31º de agosto de 2021 [citado 30º de abril de 2025];7(8):262-76. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1884>
5. Leahy RL. *Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
6. Wright JH, Brown GK, Thase ME, Basco MR. *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014
8. Warol PHA, Cerqueira JPF, Fonseca TS de P, Gomes DS, Sousa MR de, Siqueira EC de. Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura. REAS [Internet]. 24mar.2022 [citado 24abr.2025];15(3):e9871. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9871>
9. Paula RCC de, Figueiredo Júnior HS de. Transtorno de Personalidade Borderline. REAS [Internet]. 13jun.2023 [citado 28abr.2025];23(6):e12699. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12699>
10. Garrote Filho M da S, Filho J de A, Saidah KMB, Carmona IF, Silva DVC de J e, Noletto GG, Tocantins JVA, Brito CER de, Bon GCB, Fernandes RR, Muhe MT, Marciano PBS, Gedda JVS, Rocha M de G, Marra FZ, Py RBB, Firmiano Ítalo R, Vilela NF, Macedo VC, Ramos AC de O. Transtorno de Personalidade Borderline revisão à luz da literatura. SHS [Internet]. 2024 Jun. 5 [cited 2025 Apr. 29];5(2):e4737. Available from: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/4737>

11. Organização Pan-Americana da Saúde. *Manejo clínico de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em emergências humanitárias: guia de intervenção humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.
12. Lima RC, Navarro TO, Santos MFR dos, Moco CMN. TERAPÊUTICAS COGNITIVISTAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE. REASE [Internet]. 21º de setembro de 2023 [citado 30º de abril de 2025];9(8):2207-21. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11046>
13. Moreira da Silveira F. COMPORTAMENTO IMPULSIVO: A COMORBIDADE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR. COGNITIONIS [Internet]. 10º de fevereiro de 2021 [citado 26º de abril de 2025];4(1):1-16. Disponível em: <https://revista.cognitionis.org/index.php/cogn/article/view/105>
14. Azevedo JRL de, Menezes CNB. Terapia cognitivo-comportamental: estratégias e intervenções para abuso de substâncias. PsicolArgum [Internet]. 5º de setembro de 2022 [citado 28º de abril de 2025];40(110). Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27906>
15. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008
16. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Caregnato SE. Google Acadêmico como ferramenta para os estudos de citações: avaliação da precisão das buscas por autor. Pontodeacesso. 2011;5(3):72-86..
18. Cunha Ítalo Íris BR da, Chaves FGM, Oliveira LC de, Amorim AM de M, Figueiredo KL dos S, Macedo A de SC, Norões S de V, Melo ABO de, Nascimento MEB do, Castro GF de, Lopes BKD, Coimbra TMF. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA SOCIAL. Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 19º de dezembro de 2023 [citado 24º de setembro de 2025];5(5):5874-85. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1106>
19. Pereira LAG. Transtorno de personalidade borderline e sua relação com a dependência química. *Rev Cient Multidiscip UNIFLU*. 2023;8(1):116-31.
20. Carvalho MS, Chaves FNR, Fernandes JB, Vargas AM, Sparkez MDS, Costa SPA, Almeida BMO, Simplicio WKG, Lima EWN, Reis VJS. Uso de estabilizadores de humor no tratamento de transtorno de personalidade borderline: resultados e perspectivas. *Rev CPAQV*. 2024;16(2):2-9. doi:10.36692/V16N2-22.
21. Andrade MCP, Gonzalez FAP, Fazzolari GGA, Coelho ICS, Netto LPO, Araujo LG, Santos SV, Soares GFG. Transtorno de personalidade borderline: apresentações clínicas e tratamentos. *Braz J Health Rev*. 2022;5(2):5219-31. doi:10.34119/bjhrv5n2-104.
22. Santana FNS, Silva JMM da, Nóbrega MJL da, Silva AMT. CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE. PBPC [Internet]. 9º de outubro de 2024 [citado 24º de setembro de 2025];3(2):1969-77. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/248>
23. Arouca MED, Brito MN da F, Arouca KLD, Souza LS de. Diferenças e similaridades entre o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar. REAS [Internet]. 16jun.2023 [citado 25set.2025];23(6):e12575. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12575>
24. Lima CS de A, Almeida ALR de, Souza BEM de, Rodrigues CR de S, Faria ICL de, Nascimento JML, Bolognani MV, Chaves SC da S, Soares GFG. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. REAS [Internet]. 24abr.2021 [citado 25set.2025];13(4):e7052. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7052>
25. Brasileiro KRL, Sousa MNA de, Estrela Y da CA. Impactos na qualidade de vida de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. REAC [Internet]. 5jun.2025 [citado 25set.2025];25:e20560. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/20560>

26. Andrade KKF de, Modesto DCKM, Oliveira Filho JE de, Carrijo VS. Reflexões modernas sobre o Transtorno de Personalidade Borderline: um estudo em evolução. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. 11º de fevereiro de 2025 [citado 24º de setembro de 2025];7(2):1314-26. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5177>
27. Marinho DD, Silva D da. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO (A) COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO MANEJO CLÍNICO DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE. *REASE* [Internet]. 30º de junho de 2023 [citado 25º de setembro de 2025];9(6):1656-7. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10097>
28. Campos Salomão J, El Azzi Santana L, Silva BC. DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ADULTOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NOS RELACIONAMENTO AMOROSOS . *Rev. Pret.* [Internet]. 31º de dezembro de 2024 [citado 24º de setembro de 2025];9(17):73-92. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/32690>
29. Almeida Júnior LRB, Sartes LMA. A Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada ao CAPS AD: uma revisão de escopo. *Psicologia em Pesquisa*. 2024;18(2):1-15. doi:10.34019/1982-1247.2024.v18.43789.
30. Cipriani AB, Vargas PR. Contribuição da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com uso abusivo de álcool. *Cadernos de Psicologia*. 2023;5(9):378-400.
31. Mamede Suleiman Y, de Andrade Junqueira H, Dalul Giacheto C, Machado Ribeiro SB, Kagiva Zibetti Almeida C, Agra de Omena L, Coura Maia Rodrigues G, Godoi Lewczuk D, Vasconcelos Rodrigues de Oliveira Tonello L, Rosental D. Transtornos Psiquiátricos Associados ao Abuso de Substâncias: Enfoque no Tratamento. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. 20º de fevereiro de 2025 [citado 24º de setembro de 2025];7(2):1948-62. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4679>
32. Thiago JVM, Santos ER, Vida HCO, Silva EEA. Efetividade de intervenções baseadas em Mindfulness sobre o abuso de substâncias. *Research, Society and Development*. 2023;12(6):e20512642205. doi:10.33448/rsd-v12i6.42205.
33. Alvares Taborda I, Guardiola Esteban V, Elias de Carvalho Oliveira I, Rogério Alvares Taborda P, Coloza Berganholo T, Fernandes Moreira M, et al. PSICOTERAPIAS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA. *Asclepius Int. J. Sci. Health Sci.* [Internet]. 7º de junho de 2025 [citado 25º de setembro de 2025];4(6):205-18. Disponível em: <https://asclepiushealthjournal.com/index.php/aijshs/article/view/166>
34. Jahn MLDS, Nascimento EPO, Santos CRN dos, Póvoa AMG, Ferreira JA de S, Santos VCP dos, et al. Transtorno de personalidade Borderline estratégias terapêuticas e desafios no manejo clínico. *BJOH* [Internet]. 25º de janeiro de 2025 [citado 25º de setembro de 2025];2(1):89-97. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/23>
35. dos Santos SR, Gomes de Oliveira VI, Souza Teixeira G, de Lana Ferreira W, Martins Cruz Y. Transtorno de Personalidade Borderline: Avanços no Diagnóstico e Tratamento . *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. 30º de novembro de 2023 [citado 24º de setembro de 2025];5(5):4269-82. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/944>