

O CURSO CLÍNICO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

THE CLINICAL COURSE OF INDIVIDUALS WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

EL CURSO CLÍNICO DE INDIVIDUOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Bianca Gantois Martinelli Braga¹
Marta Vanessa Oliveira de Souza²
Carolina Villa Nova Aguiar³

RESUMO: O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição psiquiátrica complexa, marcada por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades interpessoais significativas. Embora tradicionalmente compreendido como um transtorno crônico e de difícil manejo, evidências recentes indicam um curso clínico mais heterogêneo, com possibilidades reais de remissão sintomática e recuperação funcional. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo investigar o curso clínico de indivíduos com TPB por meio de uma revisão integrativa da literatura, com ênfase na remissão e persistência de sintomas, no impacto das comorbidades e nos fatores associados à recuperação. A pesquisa foi conduzida com base no protocolo PRISMA, por meio de buscas em bases de dados internacionais e análise de 10 estudos publicados entre 2014 e 2024. Os resultados indicam que, embora a remissão de sintomas impulsivos seja relativamente comum, a recuperação funcional permanece menos frequente e mais difícil de ser sustentada. Comorbidades psiquiátricas, histórico de trauma e ausência de tratamento especializado estão entre os principais obstáculos à evolução clínica positiva. Portanto, conclui-se que, apesar dos avanços na compreensão do curso clínico do TPB, persistem lacunas relevantes na literatura, especialmente no contexto brasileiro. Os achados reforçam a necessidade de estudos nacionais, de caráter longitudinal, que considerem aspectos culturais e abrangam não apenas a remissão sintomática, mas também a reabilitação psicossocial de pessoas com TPB.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline. Comorbidades psiquiátricas. Curso clínico. Remissão sintomática. Recuperação funcional. Revisão integrativa.

¹Mestranda do Programa de Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Orientadora. Mestre pela Universidade Federal da Bahia. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

³Coorientadora. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

ABSTRACT: Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex psychiatric condition characterized by emotional instability, impulsivity, and significant interpersonal difficulties. Although traditionally understood as a chronic and difficult-to-treat disorder, recent evidence suggests a more heterogeneous clinical course, with real possibilities for symptomatic remission and functional recovery. This study aimed to investigate the clinical course of individuals with BPD through an integrative literature review, focusing on symptom remission and persistence, the impact of comorbidities, and factors associated with recovery. The research followed the PRISMA protocol, with searches conducted in international databases and analysis of 10 studies published between 2014 and 2024. Results indicate that, while remission of impulsive symptoms is relatively common, functional recovery remains less frequent and more difficult to sustain. Psychiatric comorbidities, trauma history, and lack of specialized treatment are among the main barriers to positive clinical outcomes. It is concluded that, despite advances in understanding the clinical course of BPD, relevant gaps remain in the literature, particularly in the Brazilian context. Findings underscore the need for longitudinal, nationally based studies that consider cultural aspects and address not only symptom remission but also the psychosocial rehabilitation of individuals with BPD.

Keywords: Borderline Personality Disorder. Clinical course. Symptom remission. Psychiatric comorbidities. Integrative review.

RESUMEN: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica compleja, caracterizada por inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades interpersonales significativas. Aunque tradicionalmente se ha comprendido como un trastorno crónico y de difícil manejo, evidencias recientes indican un curso clínico más heterogéneo, con posibilidades reales de remisión sintomática y recuperación funcional. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo investigar el curso clínico de individuos con TLP mediante una revisión integradora de la literatura, con énfasis en la remisión y persistencia de síntomas, el impacto de las comorbilidades y los factores asociados a la recuperación. La investigación fue realizada con base en el protocolo PRISMA, mediante búsquedas en bases de datos internacionales y el análisis de 10 estudios publicados entre 2014 y 2024. Los resultados indican que, aunque la remisión de los síntomas impulsivos es relativamente común, la recuperación funcional continúa siendo menos frecuente y más difícil de mantener. Las comorbilidades psiquiátricas, los antecedentes de trauma y la ausencia de tratamiento especializado se encuentran entre los principales obstáculos para una evolución clínica positiva. Por lo tanto, se concluye que, a pesar de los avances en la comprensión del curso clínico del TLP, persisten vacíos relevantes en la literatura, especialmente en el contexto brasileño. Los hallazgos refuerzan la necesidad de estudios nacionales, de carácter longitudinal, que consideren aspectos culturales y abarquen no solo la remisión sintomática, sino también la rehabilitación psicosocial de las personas con TLP.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad. Comorbilidades psiquiátricas. Curso clínico. Remisión sintomática. Recuperación funcional. Revisión integradora.

1 INTRODUÇÃO

O termo *borderline* foi introduzido por Adolph Stern em 1938 para descrever um “grupo de pacientes na fronteira”, que, segundo ele, “não se enquadram claramente nem como psicóticos nem como neuróticos e apresentavam um grande desafio para qualquer abordagem psicoterapêutica disponível” (Stern, 1938). Essa formulação inicial reflete o contexto clínico e teórico da época, fortemente influenciado pela psicanálise, em que predominavam classificações dimensionais e descritivas da psicopatologia. A consolidação do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) como categoria diagnóstica formal ocorreu apenas em 1980, com sua inclusão

na terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), publicado pela American Psychiatric Association (APA, 1980). Ainda que o DSM-III tenha representado uma inflexão em direção a critérios mais empíricos e operacionais, a abordagem dos transtornos de personalidade nessa edição permanecia, em parte, marcada por concepções psicodinâmicas herdadas da tradição psicanalista.

Atualmente, o TPB é compreendido como uma condição mental complexa e multifacetada, amplamente estudada pela comunidade científica. O crescente interesse por este transtorno decorre não apenas de sua elevada prevalência em contextos clínicos, mas também das consequências significativas que impactam na saúde mental, na qualidade de vida e no funcionamento global dos indivíduos afetados (Zanarini *et al.*, 2012; IsHak *et al.*, 2013; Doering, 2019).

Classificado no Grupo B dos Transtornos de Personalidade na edição mais recente do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), o TPB é caracterizado por um padrão persistente de instabilidade em múltiplas áreas da vida, incluindo emoções, relações interpessoais, autoimagem e controle dos impulsos (APA, 2022). Diferentemente do DSM-III que, embora tenha introduzido uma estrutura categorial, ainda mantinha influências teóricas, especialmente de base psicanalítica, o DSM-5-TR adota uma abordagem inteiramente descritiva e categorial, baseada em critérios empíricos e ateóricos, desvinculada de qualquer escola psicológica específica.

Com a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o TPB deixa de ser classificado como subcategoria específica, como ocorria na CID-10, e passa a ser compreendido dentro de um modelo dimensional de Transtornos de Personalidade. Nesse novo paradigma, os transtornos são definidos a partir de um grau e nível de comprometimento no funcionamento da personalidade e por traços de personalidade predominantes. O TPB, nesse contexto, é caracterizado por uma combinação de traços como afetividade negativa, que envolve instabilidade emocional, sentimentos crônicos de vazio, dissociação e desinibição, com destaque para comportamentos impulsivos e esforços intensos para evitar abandono real ou imaginado (Organização Mundial da Saúde, 2022). Embora o modelo da CID-11 adote uma abordagem dimensional e o DSM-5-TR um viés categorial, ambos convergem na caracterização do TPB como um transtorno marcado por instabilidade afetiva, padrões relacionais disfuncionais e impulsividade, o que evidencia a consistência clínica do transtorno, apesar das diferenças nos sistemas classificatórios.

Em relação à prevalência do TPB, estima-se que varie entre 1,4% e 5,9%, segundo grandes levantamentos epidemiológicos internacionais (APA, 2022). No Brasil, embora faltem dados populacionais robustos, compreende-se que cerca de 2 milhões de pessoas possam apresentar o transtorno, conforme divulgado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2022). Tais números reforçam a relevância clínica e social da temática, especialmente em contextos em que o diagnóstico e o tratamento especializado ainda enfrentam barreiras significativas.

No que diz respeito à etiologia do TPB, esta é reconhecidamente multifatorial, resultante de uma complexa interação entre predisposições biológicas e experiências ambientais adversas. Estimativas recentes sugerem que aproximadamente 54% da variabilidade etiológica pode ser atribuída a fatores ambientais não compartilhados e experiências individuais. Adversidades na infância e em fases posteriores são fatores importantes no desenvolvimento de padrões disfuncionais nas relações interpessoais (Leichsenring *et al.*, 2024). Ademais, o TPB está associado a altas taxas de abuso infantil e negligência emocional, sendo o abuso sexual mais prevalente em pacientes internados, sugerindo que este tipo de abuso se configura como um fator de risco para a gravidade e surgimento do transtorno. No entanto, há um consenso empírico de que a história de abuso sexual infantil não é uma condição necessária nem determinante para o desenvolvimento do TPB (APA, 2022).

Cabe ressaltar que pacientes diagnosticados com TPB são frequentemente estigmatizados como “desafiadores” ou “difíceis” devido à instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades na manutenção de vínculos interpessoais estáveis, inclusive no contexto terapêutico (Linehan, 1993). Tal estigma foi reforçado por modelos teóricos que compreendiam a personalidade como estruturalmente rígida, o que contribuiu para a percepção do TPB como uma condição crônica, de difícil manejo e com baixo potencial de respostas a intervenções psicoterapêuticas (Zanarini; Frankenburg, 2004; Newton-Howes *et al.*, 2015; Bodner; Cohen-Fridel; Lancu, 2011).

Embora abordagens tradicionais tenham caracterizado o TPB como um transtorno crônico e de difícil manejo terapêutico (Paris, 2002; Skodol *et al.*, 2005), evidências mais recentes sugerem uma maior heterogeneidade na sua evolução, com possibilidade de remissão sintomática e melhora funcional ao longo do tempo (APA, 2022; Zanarini *et al.*, 2024). Apesar desses progressos, persiste a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a evolução do TPB ao longo da vida, bem como de desenvolver intervenções mais acessíveis, culturalmente adaptadas e com eficácia sustentada. Essa lacuna na literatura e na

práxis da Psicologia reforça a importância de se continuar investigando o impacto de terapêuticas inovadoras em diferentes contextos e populações, assegurando que a prática clínica evolua continuamente com base em evidências científicas robustas (Keng; Smoski; Robins, 2011; Miller; Rathus; Linehan, 2007).

Diante do exposto, esse trabalho busca, através de uma revisão integrativa da literatura, sistematizar os achados recentes acerca da evolução do TPB e dos principais fatores que influenciam seus desfechos clínicos. Essa abordagem possibilita uma reflexão crítica sobre os avanços, limitações e perspectivas futuras da área, reforçando a importância da realização de estudos longitudinais, como indicado por Van Alphen (2015), especialmente aqueles que consideram aspectos culturais, funcionais e sociais no contexto nacional. Dessa forma, a pergunta que norteia esta revisão é: quais são os padrões e características do curso clínico ao longo do tempo em indivíduos com TPB, conforme descritos na literatura científica recente?

Assim, o objetivo principal da presente pesquisa é investigar, a partir da literatura científica publicada entre 2014 e 2024, como tem sido descrito o curso clínico do TPB em indivíduos diagnosticados. Especificamente, busca-se: (1) explorar os aspectos que modulam a evolução do transtorno em indivíduos com e sem tratamento; (2) identificar os sintomas que tendem a remitir e os que persistem ao longo do tempo; e (3) analisar o papel das comorbidades associadas ao TPB e seus impactos relatados na evolução clínica do transtorno.

2 MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos e responder à questão central, este estudo adota a metodologia de Revisão Integrativa da Literatura, definida como um método de pesquisa que sintetiza estudos anteriores e estabelece conclusões a partir da análise das pesquisas avaliadas, permitindo a sumarização e interpretação das produções científicas existentes sobre o tema investigado (Whittemore; Knafl, 2005). Seguindo os mesmos critérios de rigor, clareza e replicabilidade das pesquisas primárias, essa abordagem é adequada quando há escassez de estudos que permitam a realização de uma metanálise (Beyea; Nicoll, 1998). A presente revisão foi conduzida de acordo com o protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Esta revisão segue um processo metodológico estruturado em seis etapas principais: (1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios de elegibilidade; (3) identificação dos estudos nas bases científicas; (4) avaliação crítica dos estudos

selecionados; (5) categorização dos dados; e (6) avaliação e interpretação dos dados dentro da estrutura da revisão integrativa (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

A formulação da questão de pesquisa foi orientada pela estratégia PECO (Ministério da Saúde, 2014), que se desdobra da seguinte maneira: P (Population/População): indivíduos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline; E (Exposure/Exposição): evolução dos sintomas ao longo do tempo; Co (Context/Contexto): padrões de mudança dos sintomas e características do curso clínico do TPB. A questão de pesquisa investigada foi: quais são os padrões e características do curso clínico ao longo do tempo em indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline, conforme disponível na literatura?

Para sistematizar a coleta de dados, foram empregados formulários de busca avançada, adaptando-se às especificidades de cada base de dados (Whittemore; Knafl, 2005). A pesquisa foi realizada utilizando termos presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes em inglês, Medical Subject Headings (MeSH), com as devidas adaptações para cada base de dados. A combinação booleana utilizada foi: “Transtorno da Personalidade Borderline” OR “Transtorno de Personalidad Limítrofe” OR “Borderline Personality Disorder” AND “Progressão da Doença” OR “Progresión de la Enfermedad” OR “Disease Progression” AND Curso OR Course AND “Evolución Clínica” OR “Clinical Evolution” OR “Clinical Course” OR “Clinical Progression” AND pronóstico OR pronóstico OR prognosis AND outcomes OR desfechos OR Desenlace.

A estratégia de busca foi elaborada com o intuito de maximizar a sensibilidade na recuperação de artigos relevantes. Optou-se por utilizar descritores compostos e termos sinônimos, devido à ausência de padronização terminológica na literatura sobre o TPB. Essa opção visou capturar estudos que, embora abordem fenômenos semelhantes, utilizam diferentes expressões para descrever o desenvolvimento longitudinal do transtorno. Para mitigar a redundância nos resultados, a combinação booleana foi cuidadosamente ajustada em cada base de dados, e o processo de triagem posterior buscou eliminar artigos repetitivos ou irrelevantes.

A busca bibliográfica ocorreu em setembro de 2024, e foi conduzida em bases de dados eletrônicas de prestígio acadêmico: Portal PubMed (base de dados MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science (Clarivate) e Scopus (Elsevier), sendo essas duas últimas acessadas através do Acesso CAFe, do Portal Periódicos CAPES.

Os critérios de inclusão foram: (1) artigos científicos que abordam o curso clínico e a mudança dos sintomas em indivíduos diagnosticados com TPB; (2) publicados entre 2014 e 2024;

(3) nos idiomas inglês, português ou espanhol; e (4) com texto completo disponível. Os critérios de exclusão foram: (1) pesquisas que não responderam à questão de pesquisa e (2) estudos duplicados.

Após a realização da pesquisa, iniciou-se o processo de seleção dos artigos, seguindo a ordem de leitura: do título, do resumo e do texto completo. Em cada etapa, foram excluídos os artigos que não atendiam à pergunta de pesquisa e aos critérios de inclusão previamente estabelecidos (Rodrigues *et al.*, 2012). Após a extração dos estudos nas bases de dados, utilizou-se o software EndNote para remover duplicatas e organizar as referências. Em seguida, foi elaborado um fluxograma com base no modelo PRISMA 2020 (Figura 1), visando à sistematização dos achados da revisão.

A seleção final dos artigos para o presente estudo foi conduzida de forma independente por dois revisores, a saber, a autora do estudo e sua orientadora. Tal procedimento garantiu uma taxa de concordância superior a 80% na análise dos títulos e resumos, valor compatível com os critérios metodológicos recomendados pela literatura especializada em revisões integrativas na área da Psicologia. As divergências identificadas, correspondentes a cerca de 20%, foram discutidas entre as revisoras até a obtenção de consenso, assegurando rigor e uniformidade na definição final do conjunto de estudos incluídos na revisão.

Para a etapa de coleta de dados dos artigos contidos na pesquisa, elaborou-se um instrumento próprio de extração de informações, submetido à validação aparente e de conteúdo por dois avaliadores, ambos professores acadêmicos da área de Psicologia. Esse procedimento garantiu cuidado metodológico, atendendo aos padrões científicos estabelecidos para revisões integrativas no campo da Psicologia.

Cabe ressaltar que parte do processo de redação, revisão e organização deste trabalho contou com o suporte de ferramentas de inteligência artificial generativa, utilizadas de forma auxiliar para o aprimoramento linguístico, ordem de referências e adequação formal ao estilo da APA (7ª ed.). Todas as contribuições geradas por tais ferramentas foram criteriosamente analisadas, editadas e validadas pela autora e orientadoras, garantindo a integridade acadêmica e o rigor metodológico exigido pela pesquisa científica.

3 RESULTADOS

Os resultados iniciais das pesquisas realizadas nas bases de dados selecionadas foram os seguintes: PubMed apresentou 220 artigos, BVS forneceu 38 artigos, do Scopus obtiveram-se 80 artigos, e, por fim, Web of Science contribuiu com 119 artigos. Nenhuma das bases de dados

forneceu artigos em português ou espanhol. Todos os artigos encontrados foram a partir de descritores em inglês. O total inicial foi de 457 artigos.

Na primeira fase de seleção, aplicaram-se os critérios de inclusão, resultando na exclusão de 351 artigos que não atendiam aos requisitos metodológicos ou temáticos, restando 106 registros. Na etapa seguinte, após a remoção de 6 duplicatas mediante o uso do software EndNote, obteve-se um total de 100 artigos para triagem. A leitura de títulos e resumos permitiu selecionar 16 estudos potencialmente elegíveis, os quais foram submetidos à leitura integral.

Na etapa final, dos 16 artigos lidos na íntegra, 10 foram inicialmente considerados, porém, para atender ao rigor metodológico desta revisão focada em evidências longitudinais primárias, realizou-se um filtro adicional excluindo revisões de literatura, meta-análises e estudos com desenhos mistos secundários.

Assim, seis estudos de coorte prospectiva compuseram a síntese final desta revisão. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está apresentado no fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1).

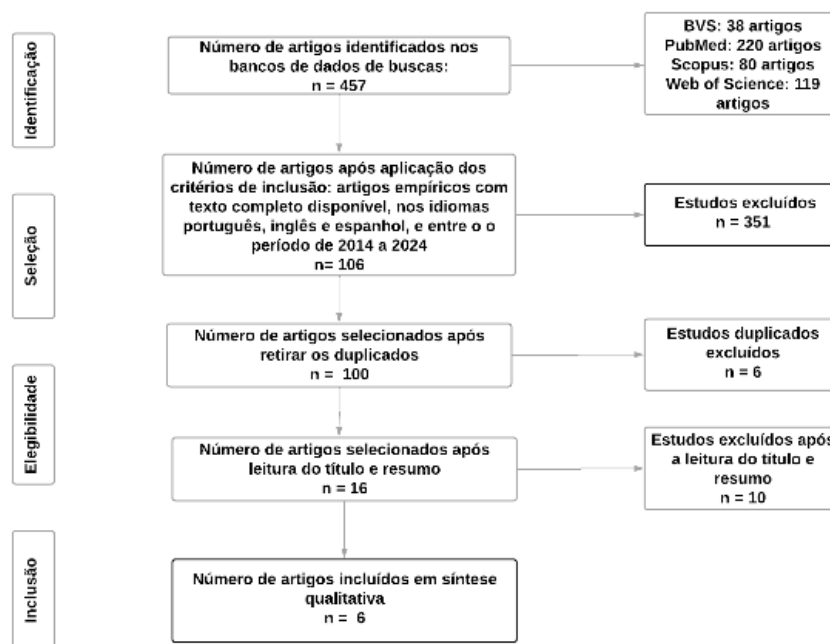


Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, conforme diretrizes do PRISMA 2020

Fonte: Elaborado pelas autoras utilizando a plataforma Lucidchart.

3.1 Características Gerais dos Estudos de Coorte Selecionados

A caracterização dos estudos incluídos é uma etapa essencial para organizar sistematicamente as informações e facilitar a análise comparativa. No presente trabalho, as

principais características dos seis artigos de coorte prospectiva analisados foram organizadas segundo autor(es), título, país de origem, objetivo principal e desenho do estudo, conforme detalhado no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos Estudos de Coorte Prospectiva Selecionados

Nº	Autores (Ano)	País	Características da amostra	Desenho do estudo
1	Zanarini et al. (2014)	Estados Unidos	N=250 adultos diagnosticados com TPB	Coorte prospectiva
2	Conway et al. (2017)	Estados Unidos	N=2.450 adolescentes do sexo feminino (amostra clínica e comunitária)	Coorte prospectiva
3	Conway et al. (2018)	Estados Unidos	N=668 adultos em tratamento psiquiátrico	Coorte prospectiva
4	Bazrafshan et al. (2019)	Irã	N=68 adultos diagnosticados com TPB	Coorte prospectiva
5	Soloff et al. (2020)	Estados Unidos	N=150 adultos hospitalizados com TPB	Coorte prospectiva
6	Jørgensen et al. (2024)	Dinamarca	N=111 adolescentes em transição para vida adulta	Coorte prospectiva

Fonte: Elaboração própria.

Diante do levantamento apresentado no Quadro 1, observa-se que a maioria dos estudos tem origem nos Estados Unidos ($n = 4$), seguida por um estudo da Europa (Dinamarca) e um do Oriente Médio (Irã). Em relação às publicações, destaca-se o *Journal of Personality Disorders*, periódico especializado que publicou parte significativa dos trabalhos longitudinais de referência.

No que se refere à distribuição geográfica, a predominância de estudos conduzidos em países de alta renda, particularmente nos Estados Unidos e na Europa, com exceção do estudo de Bazrafshan *et al.* (2019), realizado no Irã, limita a aplicabilidade dos achados em contextos como o brasileiro, marcados por desigualdades no acesso a serviços de saúde mental, estigma social e restrições estruturais que podem impactar diretamente o curso do transtorno e as possibilidades de recuperação funcional.

Nota-se uma heterogeneidade quanto ao tamanho das amostras e contextos socioeconômicos. Destacam-se pesquisas prospectivas de longo prazo, como Zanarini *et al.* (2014), com 290 participantes acompanhados durante 16 anos, e estudos com amostras maiores focadas em adolescentes, como Conway *et al.* (2017), com 2.450 participantes. A predominância de pesquisas conduzidas em países WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich and

Democratic) levanta questionamentos sobre a representatividade global dos achados, limitando a generalização direta para populações de realidades distintas, como as latino-americanas. O estudo de Bazrafshan *et al.* (2019), realizado no Irã, representa uma exceção importante, embora isolada, nesse cenário.

Outro aspecto relevante refere-se à composição das amostras, com predominância do sexo feminino em grande parte dos estudos, especialmente nos conduzidos com adolescentes (Conway *et al.*, 2017) e em contextos clínicos. Esse padrão pode refletir tanto a maior procura por serviços de saúde mental por mulheres quanto possíveis vieses diagnósticos, limitando a generalização dos resultados para populações masculinas. A sub-representação de homens sugere a necessidade de investigações futuras que considerem diferenças de gênero no curso clínico e na resposta terapêutica.

No contexto brasileiro, a escassez de coortes longitudinais de longo prazo é evidente. Embora existam investigações locais, como a de Moreira *et al.* (2022), que abordam a estabilidade sintomática, não foram identificadas coortes prospectivas brasileiras com seguimento superior a cinco anos que equiparem a robustez dos estudos internacionais selecionados. Essa lacuna reforça a necessidade de investimentos em pesquisas longitudinais nacionais para compreender o curso do TPB sob a ótica das desigualdades estruturais e culturais do Brasil.

10

Todos os estudos selecionados foram publicados entre 2014 e 2024, com uma concentração de publicações recentes (2019–2024), evidenciando um interesse crescente na investigação longitudinal e funcional do transtorno. O delineamento de coorte prospectiva adotado por todos os seis estudos é crucial para identificar flutuações sintomáticas, fatores de risco e condições associadas à remissão e recuperação funcional, superando as limitações dos desenhos transversais.

3.2 Caracterização Metodológica e Instrumentação

A fim de detalhar o rigor metodológico dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, o Quadro 2 apresenta a caracterização técnica específica de cada coorte prospectivo selecionado. Diferenciando-se da síntese temática apresentada anteriormente, este quadro contém explicitamente as propriedades da amostra (como tamanho populacional e perfil demográfico), protocolos de acompanhamento temporal (duração total do follow-up, frequência das reavaliações e desenho de coleta de dados), além de listar os instrumentos de avaliação empregados. Essa estrutura analítica distinta permite uma comparação crítica da qualidade das

evidências longitudinais, evidenciando como a variabilidade nos desenhos metodológicos, desde acompanhamentos anuais intensivos até reavaliações esparsas de longo prazo, pode influenciar a detecção de mudanças no curso clínico e na recuperação funcional do TPB.

Quadro 2 – Características Metodológicas e Instrumentação dos Estudos de Coorte Incluídos

Nº	Autor(es)	Procedimentos de Acompanhamento (Follow-up)	Instrumentos de Avaliação utilizados
1	Zanarini et al. (2014)	Duração total: 16 anos. Frequência: avaliações bienais (a cada 2 anos). Método: entrevistas padronizadas repetidas para medir sintomas e funcionamento psicossocial ao longo do tempo.	BIS, SCID-I, DIB-R, DIPD-R, RCEQ, RFHQ, AHI, NEO-FFI, GAF.
2	Conway et al. (2017)	Duração total: 6 a 7 anos. Frequência: avaliações anuais. Método: rastreamento anual da trajetória dos sintomas para comparar estabilidade com depressão.	IPDE-BOR, ASI-4, ASRI-4.
3	Conway et al. (2018)	Duração total: 10 anos. Frequência: avaliações aproximadamente bienais. Método: medições repetidas para decompor estatisticamente a variância entre traço (estável) e estado (flutuante).	DIPD-IV, NEO-PI-R, CEQ-R, SNAP, GAF.
4	Bazrafshan et al. (2019)	Duração total: 1 ano. Frequência: três pontos de avaliação (linha de base, 6 meses, 12 meses). Método: acompanhamento de curto prazo para verificar mudanças na gravidade dos sintomas e fatores associados.	DASS-42, STAXI, SCID-I, SCID-II.
5	Soloff et al. (2020)	Duração total: média de 9,94 anos. Frequência: mista (internação, 6 meses, 12 meses e, posteriormente, bienal). Método: monitoramento de desfechos psicossociais e influência da idade/tempo.	DIB/DIB-R, SCID, SAS-sr, BDI, HamD-24, RFL.
6	Jørgensen et al. (2024)	Duração total: 5 anos. Frequência: dois pontos de avaliação (linha de base e reavaliação única aos 5 anos). Método: desenho pré-pós com longo intervalo para capturar mudanças estruturais na transição para a idade adulta.	SCAN, SCID-5-PD, ASRS-5, WSAS, ITQ.

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos dados obtidos por meio do instrumento de extração de dados, observa-se que os seis estudos de coorte prospectiva incluídos (Zanarini *et al.*, 2014; Conway *et al.*, 2017; Conway *et al.*, 2018; Bazrafshan *et al.*, 2019; Soloff *et al.*, 2020; Jørgensen *et al.*, 2024) englobam amostras clínicas e comunitárias com diferentes níveis de gravidade e estabilidade sintomática, abrangendo pacientes de serviços ambulatoriais, internações psiquiátricas e populações em desenvolvimento, especialmente adolescentes e adultos jovens. Essa diversidade amostral contribui diretamente para a heterogeneidade dos achados, sobretudo no que se refere às taxas de remissão sintomática, à variabilidade do curso clínico e aos fatores associados à recuperação funcional. Em conjunto, os resultados sustentam a concepção dimensional do TPB, cuja

manifestação e evolução não se ajustam plenamente a categorias diagnósticas rígidas, evidenciando a coexistência de componentes estáveis (traços) e flutuantes (estados) ao longo do tempo.

Apesar dos avanços na compreensão do curso clínico do TPB, incluindo investigações que contemplam diferentes fases do desenvolvimento, com destaque para estudos em populações adolescentes (Conway *et al.*, 2017; Jørgensen *et al.*, 2024) e adultas (Zanarini *et al.*, 2014; Conway *et al.*, 2018; Soloff *et al.*, 2020; Bazrafshan *et al.*, 2019), ainda persistem lacunas relevantes na literatura. Entre elas, destaca-se a ausência de estudos que acompanhem pacientes até a velhice. Embora alguns delineamentos apresentem follow-ups prolongados, como o de Zanarini *et al.* (2014), com duração de 16 anos, nenhum dos estudos incluídos contempla a evolução do transtorno em fases tardias da vida, limitando a compreensão do curso vitalício do TPB.

Adicionalmente, observou-se significativa heterogeneidade terminológica na definição dos desfechos clínicos. Termos como “recuperação funcional”, “melhora funcional” e “funcionamento psicossocial” são utilizados de forma não padronizada entre os estudos analisados. Em Zanarini *et al.* (2014), por exemplo, a recuperação funcional é definida a partir de critérios combinados de remissão sintomática e bom funcionamento social e ocupacional, enquanto em Soloff *et al.* (2020) há maior ênfase em desfechos psicossociais específicos, como desempenho ocupacional. Já Jørgensen *et al.* (2024) abordam a recuperação no contexto do desenvolvimento, destacando a persistência de prejuízos funcionais mesmo na ausência de critérios diagnósticos completos. Essa variabilidade compromete a comparabilidade direta entre os achados e aponta para a necessidade de maior padronização conceitual em estudos longitudinais.

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciam relativa heterogeneidade na escolha dos instrumentos empregados para diagnóstico e avaliação clínica do TPB, embora se observe uma predominância consistente de entrevistas estruturadas e semiestruturadas validadas, o que confere robustez metodológica ao conjunto das evidências. Nos seis estudos de coorte prospectiva analisados, destacam-se instrumentos diagnósticos amplamente reconhecidos, como o Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV), a Structured Clinical Interview for DSM Disorders em suas diferentes versões (SCID-I, SCID-II e SCID-5-PD), bem como o Diagnostic Interview for Borderlines (DIB) e sua versão revisada (DIB-R), utilizados para assegurar precisão diagnóstica do TPB ao longo do seguimento longitudinal.

Adicionalmente, instrumentos como o Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) foram empregados em contextos específicos, particularmente em amostras mais jovens.

Para a avaliação de sintomas e comorbidades, observou-se o uso de escalas padronizadas, como o Beck Depression Inventory (BDI), a Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42) e a Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-5), permitindo a mensuração de dimensões psicopatológicas associadas. No que se refere ao funcionamento global e à recuperação funcional, instrumentos como o Global Assessment of Functioning (GAF) e o Work and Social Adjustment Scale (WSAS) foram amplamente utilizados, possibilitando a operacionalização de desfechos funcionais ao longo do tempo. Outros instrumentos complementares, como medidas de impulsividade, personalidade e funcionamento psicossocial (por exemplo, BIS, NEO-PI-R/NEO-FFI, SAS-sr), também foram incorporados em alguns estudos, ampliando a compreensão multidimensional do transtorno.

Apesar dessa diversidade instrumental, observa-se convergência metodológica quanto à utilização de entrevistas diagnósticas estruturadas como padrão-ouro, o que fortalece a validade interna dos achados. Ainda assim, variações nos protocolos de avaliação, na frequência das medidas e na operacionalização dos construtos de remissão e recuperação funcional podem introduzir limitações na comparabilidade direta entre os estudos. Ressalta-se, por fim, que muitos dos instrumentos utilizados possuem versões validadas para o português, favorecendo sua aplicação em pesquisas futuras no contexto brasileiro.

4 DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa permitiu identificar que o curso clínico do TPB apresenta características marcadamente heterogêneas, sendo influenciado por múltiplos fatores clínicos, desenvolvimentais e psicossociais. Diferentemente da concepção historicamente predominante que descrevia o TPB como um transtorno invariavelmente crônico, estável e de prognóstico desfavorável, os estudos incluídos nesta revisão sugerem uma compreensão mais ampla e dinâmica de sua evolução clínica. Os estudos analisados adotaram enfoques distintos, porém complementares, contribuindo para uma visão mais abrangente acerca das diferentes trajetórias possíveis ao longo do desenvolvimento do transtorno. Enquanto Zanarini *et al.* (2014) e Soloff *et al.* (2020) concentraram-se na investigação de preditores de desfechos clínicos e funcionais, Conway *et al.* (2017; 2018) exploraram a estabilidade e a variabilidade dos sintomas, reforçando a compreensão do TPB como uma condição dinâmica e não linear. Adicionalmente, Bazrafshan

et al. (2019) apresentou dados relacionados à gravidade sintomática e fatores associados em curto prazo, ao passo que Jørgensen *et al.* (2024) acrescentou uma perspectiva desenvolvimental ao investigar a transição da adolescência para a vida adulta. Em conjunto, tais investigações ampliam a compreensão acerca da complexidade inerente ao curso clínico do transtorno e demonstram que sua evolução não pode ser explicada por modelos unidimensionais.

Embora os estudos apresentem convergência quanto à possibilidade de melhora clínica ao longo do tempo, observa-se considerável variabilidade nos desfechos identificados, sugerindo que o curso do TPB sofre influência de múltiplos fatores individuais e contextuais. Essas diferenças podem estar relacionadas às características específicas das amostras, ao tempo de seguimento adotado, aos instrumentos utilizados para avaliação e aos próprios critérios empregados para definição de remissão ou recuperação funcional. Dessa forma, embora os achados apontem tendências semelhantes, a comparação direta entre os estudos deve ser realizada com cautela. Tal aspecto reforça a necessidade de uma interpretação mais contextualizada dos resultados e evidencia a importância de considerar a heterogeneidade metodológica presente na literatura sobre o tema.

Um dos principais achados identificados nesta revisão refere-se à distinção entre remissão sintomática e recuperação funcional, evidenciando que esses processos não ocorrem necessariamente de forma paralela. Os resultados demonstraram que a redução ou desaparecimento dos sintomas centrais do TPB não implica, obrigatoriamente, melhora equivalente em aspectos relacionados ao funcionamento global do indivíduo. Nesse sentido, Zanarini *et al.* (2014) observaram que, embora a maioria dos participantes tenha alcançado remissão sintomática ao longo do período de acompanhamento, apenas uma parcela significativamente menor atingiu recuperação funcional sustentada. Resultados semelhantes foram descritos por Soloff *et al.* (2020), que identificaram baixas taxas de recuperação funcional completa após aproximadamente dez anos de seguimento, especialmente em domínios relacionados ao desempenho ocupacional e à estabilidade social.

Esses achados sugerem que a melhora clínica observada em indivíduos com TPB não pode ser interpretada exclusivamente a partir da redução de sintomas. O funcionamento psicossocial envolve múltiplas dimensões relacionadas à autonomia, ao estabelecimento de vínculos interpessoais, à inserção ocupacional e à capacidade de adaptação às demandas cotidianas. Dessa forma, ainda que o indivíduo apresente diminuição significativa de comportamentos impulsivos ou autodestrutivos, podem permanecer prejuízos importantes

associados à identidade, às relações interpessoais e ao desempenho social. Tal dissociação reforça a necessidade de compreender a recuperação de forma mais ampla, considerando aspectos que ultrapassam os critérios diagnósticos tradicionais.

Além disso, os estudos analisados apontaram diferenças relevantes na trajetória de remissão entre distintos grupos de sintomas. Evidências indicam que sintomas impulsivos e comportamentais tendem a apresentar redução mais rápida ao longo do tempo, sugerindo maior possibilidade de melhora desses aspectos específicos (Zanarini *et al.*, 2014; Bazrafshan *et al.*, 2019). Em contrapartida, sintomas relacionados à dimensão afetiva e interpessoal, como instabilidade emocional, sentimentos crônicos de vazio, dificuldades nos relacionamentos e sensibilidade à rejeição, mostraram-se mais persistentes ao longo do curso clínico (Conway *et al.*, 2018; Soloff *et al.*, 2020). Essa persistência pode contribuir significativamente para a manutenção de prejuízos funcionais e dificuldades adaptativas, mesmo em indivíduos que apresentam remissão parcial dos sintomas mais evidentes.

A persistência de sintomas afetivos e interpessoais pode estar relacionada ao impacto desses aspectos sobre processos psicológicos centrais, incluindo regulação emocional, construção identitária e padrões relacionais. Diferentemente de comportamentos impulsivos, que frequentemente respondem de maneira mais rápida a intervenções terapêuticas e ao próprio amadurecimento desenvolvimental, dificuldades emocionais e interpessoais parecem envolver processos mais amplos e duradouros. Esse aspecto pode explicar, ao menos parcialmente, a manutenção de sofrimento subjetivo e limitações funcionais mesmo após períodos prolongados de melhora sintomática. Os achados de Conway *et al.* (2017; 2018), ao demonstrarem a flutuação e a variabilidade dos sintomas ao longo do tempo, reforçam a compreensão de que o TPB não segue uma trajetória linear de melhora ou agravamento.

Outro aspecto relevante identificado nos estudos refere-se ao impacto das comorbidades psiquiátricas na evolução clínica do TPB. A presença concomitante de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias foi consistentemente associada a piores desfechos clínicos, influenciando negativamente tanto a remissão sintomática quanto a recuperação funcional. Tais condições podem aumentar a gravidade do quadro clínico, intensificar o sofrimento psíquico e dificultar a adesão ao tratamento, contribuindo para a manutenção de prejuízos ao longo do tempo (Soloff *et al.*, 2020; Bazrafshan *et al.*, 2019). A coexistência de múltiplos diagnósticos psiquiátricos pode ainda aumentar a complexidade clínica e demandar estratégias terapêuticas mais abrangentes e individualizadas.

Além das comorbidades psiquiátricas, fatores desenvolvimentais também parecem desempenhar papel importante na trajetória clínica do transtorno. Nesse sentido, Jørgensen *et al.* (2024) acrescenta contribuições relevantes ao destacar a importância da transição entre adolescência e vida adulta como período crítico para o desenvolvimento e consolidação de padrões emocionais e relacionais. Experiências traumáticas precoces, instabilidade familiar e dificuldades persistentes no estabelecimento de vínculos podem influenciar significativamente a manutenção dos sintomas ao longo do desenvolvimento. Esses achados reforçam a compreensão de que fatores ambientais e experiências relacionais exercem influência significativa sobre a evolução do TPB.

Por outro lado, alguns fatores foram identificados como potenciais elementos protetores para uma evolução clínica mais favorável. Aspectos como suporte social consistente, vínculos interpessoais estáveis, inserção ocupacional e acesso contínuo a tratamentos especializados demonstraram associação com melhores níveis de funcionamento e maiores possibilidades de recuperação (Zanarini *et al.*, 2014; Soloff *et al.*, 2020). Tais resultados sugerem que intervenções voltadas exclusivamente para redução sintomática podem ser insuficientes para promover mudanças mais amplas e sustentáveis no funcionamento global dos indivíduos.

Do ponto de vista clínico, os resultados desta revisão reforçam a necessidade de intervenções terapêuticas que ultrapassem a redução dos sintomas centrais do transtorno e contemplem aspectos relacionados à reabilitação psicossocial, autonomia funcional e qualidade de vida. Estratégias que promovam habilidades interpessoais, fortalecimento de rede de apoio, desenvolvimento de autonomia e maior integração social podem contribuir para trajetórias mais adaptativas ao longo do tempo. Tal perspectiva mostra-se particularmente relevante diante da evidência de que a recuperação funcional representa um processo mais complexo e prolongado do que a remissão sintomática isoladamente.

Por fim, embora os estudos analisados tenham contribuído significativamente para a compreensão do curso clínico do TPB, algumas limitações presentes na literatura devem ser consideradas. Observa-se predominância de estudos realizados em contextos internacionais, especialmente em países desenvolvidos, com escassez de investigações conduzidas em populações latino-americanas e, particularmente, brasileiras. Além disso, diferenças metodológicas entre os estudos dificultam comparações mais diretas entre os resultados encontrados. Dessa forma, futuros estudos longitudinais realizados em contextos nacionais poderão contribuir para uma compreensão mais contextualizada do curso clínico do TPB,

considerando aspectos socioculturais específicos e ampliando a investigação para além da remissão sintomática, incorporando indicadores relacionados à funcionalidade e à recuperação funcional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa teve como objetivo principal investigar o curso clínico do TPB em indivíduos diagnosticados com o transtorno, com ênfase na remissão e persistência dos sintomas, na recuperação funcional e nas comorbidades psiquiátricas associadas. A análise de dez estudos publicados entre 2014 e 2024 evidenciou uma trajetória clínica complexa, marcada por heterogeneidade sintomática, prejuízos funcionais e alta prevalência de condições comórbidas.

Os estudos indicam que, embora a remissão de sintomas impulsivos ocorra em uma parte significativa dos pacientes, os sintomas afetivos e interpessoais tendem a persistir e comprometer a recuperação funcional. A ausência de suporte terapêutico contínuo, a presença de comorbidades e o histórico de traumas foram identificados como fatores agravantes da evolução clínica. Em contrapartida, a estabilidade vocacional, o suporte social e o acesso a intervenções terapêuticas eficazes mostraram-se componentes associados a melhores desfechos.

No entanto, a literatura apresenta lacunas relevantes, como a predominância de estudos conduzidos em países de alta renda, a sub-representação de homens e de indivíduos idosos, bem como a escassez de pesquisas culturalmente contextualizadas. A insuficiência de estudos longitudinais no Brasil, em particular, limita a compreensão da evolução do transtorno em contextos marcados por desigualdades sociais, estigmas estruturais e dificuldades de acesso aos serviços especializados de saúde mental.

Esta pesquisa apresenta também limitações decorrentes de seu escopo metodológico, pois, a metodologia adotada, ainda que rigorosa, não incluiu uma avaliação sistemática da qualidade dos estudos selecionados, o que pode limitar a robustez das conclusões. Apesar de não haver restrição geográfica nas buscas, observou-se a ausência de estudos brasileiros que atendessem aos critérios de inclusão, o que restringe a aplicabilidade direta dos achados ao contexto nacional. Soma-se a isso a recorrência de dados provenientes das mesmas coortes longitudinais em diferentes publicações, o que gera sobreposição de informações e reduz a diversidade efetiva da amostra de evidências analisadas, especialmente nos temas de remissão sintomática e recuperação funcional.

Diante desse cenário, recomenda-se a ampliação das pesquisas nacionais com delineamentos longitudinais, maior representatividade regional e atenção às desigualdades de gênero e idade. Futuras investigações devem contemplar não apenas a remissão sintomática, mas também indicadores de recuperação funcional, qualidade de vida e funcionamento adaptativo, com uso de instrumentos validados e culturalmente sensíveis.

Para além do avanço científico, é urgente que o tratamento do TPB seja incorporado de forma mais sistemática às políticas públicas de saúde mental brasileiras. Isso implica expandir o acesso ao diagnóstico precoce, investir na formação continuada de profissionais e assegurar a oferta de intervenções terapêuticas eficazes no Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégias que considerem a complexidade clínica do TPB, associadas a ações de combate ao estigma, são fundamentais para promover a recuperação funcional e individualizada de pessoas afetadas pelo transtorno.

Espera-se que os resultados desta revisão contribuam para a prática clínica de profissionais da Psicologia, estimulem a produção científica nacional e sirvam de subsídio para a formulação de políticas mais inclusivas e efetivas voltadas à população com TPB. A continuidade de investigações voltadas à compreensão do curso clínico do TPB poderá aprofundar o conhecimento sobre os múltiplos fatores que modulam sua evolução e favorecer o aprimoramento das estratégias de cuidado em saúde mental, com foco na recuperação integral do indivíduo.

18

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Expressamos nossos sinceros agradecimentos aos familiares, amigos e a todas as pessoas que, de diferentes formas, ofereceram apoio, incentivo e suporte ao longo desta trajetória acadêmica, contribuindo direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Registramos também nosso reconhecimento às experiências acadêmicas e profissionais vivenciadas durante a formação, que contribuíram significativamente para a construção do conhecimento, do pensamento crítico e do desenvolvimento pessoal e profissional envolvidos neste percurso.

Por fim, expressamos gratidão a todas as fontes de inspiração e suporte que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, desempenhando papel importante na manutenção da motivação e do compromisso com a formação e com a construção desta pesquisa.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de agências de fomento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Estatísticas sobre transtornos de personalidade no Brasil*. 2022. Disponível em: <https://www.abp.org.br/>. Acesso em: 28 abr. 2026.
- ÁLVAREZ-TOMÁS, I.; RUIZ, J.; GUILERA, G.; BADOS, A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of Personality Disorders*, v. 33, n. 3, p. 315-334, 2019.
- AVIRAM, R.; BRODSKY, B. S.; STANLEY, B. The impact of stigma on the clinical management of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, v. 62, n. 2, p. 159-166, 2006.
- BATEMAN, A. W.; FONAGY, P. *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- BATEMAN, A. W.; FONAGY, P. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Revising the integrative review: a model for evaluating the integrity of qualitative research. *Nursing Research*, v. 47, n. 1, p. 35-41, 1998.
- BODNER, E.; COHEN-FRIDEL, S.; LANCU, I. The role of stigma in the treatment of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, v. 34, n. 3, p. 409-421, 2011.
- BOTELHO, M. A.; CUNHA, M. G.; MACEDO, L. R. Método de revisão integrativa: uma ferramenta para a produção do conhecimento em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 7, p. 1360-1372, 2011.
- BOZZATELLO, P.; ROCCA, P.; BALDASSARRI, L.; BOSIA, M.; BELLINO, S. The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, art. 721361, 2021.
- BOZZATELLO, P.; BLUA, C.; BRANDELLERO, D.; BALDASSARRI, L.; BRASSO, C.; ROCCA, P.; BELLINO, S. Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, v. 15, art. 1320546, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CHANEN, A. M.; BERK, M.; THOMPSON, K. Early intervention for borderline personality disorder. *The Lancet Psychiatry*, v. 4, n. 8, p. 605-607, 2017.

CHOI-KAIN, L. W.; ALBERT, E. B.; GUNDERSON, J. G. Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 28, n. 6, p. 363-375, 2020.

CONWAY, C. C.; HAMMEN, C.; BRENNAN, P. A. Seven-year course of borderline personality disorder features: borderline pathology is as unstable as depression during adolescence. *Clinical Psychological Science*, v. 5, n. 4, p. 619-631, 2017.

CONWAY, C. C.; HIPWELL, A. E.; STEPP, S. D. Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 127, n. 8, p. 705-720, 2018.

DOERING, S. The impact of trauma on the course of borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, v. 70, p. 16-27, 2019.

GRILO, C. M.; MCGLASHAN, T. H.; SHEA, M. T. The relationship of borderline personality disorder to other personality disorders: a longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, v. 21, n. 3, p. 294-306, 2007.

GUNDERSON, J. G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001.

GUNDERSON, J. G.; SHEA, M. T.; SKODOL, A. E.; MCGLASHAN, T. H.; MOREY, L. C.; GRILO, C. M. *et al.* The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders*, v. 14, n. 4, p. 300-315, 2000.

GUNDERSON, J. G.; STOUT, R. L.; MCGLASHAN, T. H.; SHEA, M. T.; MOREY, L. C.; GRILO, C. M. *et al.* Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, v. 68, n. 8, p. 827-837, 2011.

HAW, C.; THOMAS, J. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for borderline personality disorder: a systematic review. *Psychological Medicine*, v. 38, n. 2, p. 1231-1241, 2008.

ISHAK, W. W.; ELHAFEEZ, S.; BALAYAN, K.; CHRISTENSEN, S.; KAPITANSKI, N.; RAPAPORT, M. H.; COHEN, R. M. The impact of borderline personality disorder on health-related quality of life. *Journal of Personality Disorders*, v. 27, n. 3, p. 388-399, 2013.

KAESS, M.; BRUNNER, R.; CHANEN, A. M. Borderline personality disorder in adolescence: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 59, n. 11, p. 1133-1152, 2018.

LEICHSENDRING, F.; LEIBING, E.; KRUSE, J.; NEW, A. S.; LEWEKE, F. Borderline personality disorder. *The Lancet*, v. 377, n. 9759, p. 74-84, 2011.

LINEHAN, M. M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

- LINEHAN, M. M. *DBT® Skills Training Manual*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2014.
- MILLER, A. L.; RATHUS, J. H.; LINEHAN, M. M. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press, 2007.
- MOREIRA, F. R.; OLIVEIRA, M. P.; NARDI, A. E. Borderline personality disorder: diagnosis and treatment challenges in Latin America. *Frontiers in Psychology*, v. 13, art. 842746, 2022.
- MUNSON, K. A.; JANNEY, C. A.; GOODWIN, K.; NAGALLA, M. Cultural representations of borderline personality disorder. *Frontiers in Sociology*, v. 7, art. 832497, 2022.
- NEHLS, N. The impact of DBT on the quality of life in individuals with borderline personality disorder. *Social Work in Mental Health*, v. 17, n. 3, p. 31-46, 1998.
- PARIS, J. *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005.
- RODRIGUES, R. *et al.* The effectiveness of systematic reviews: a review of evidence. *Journal of Evidence-Based Medicine*, v. 5, n. 2, p. 101-110, 2012.
- SKODOL, A. E.; GUNDERSON, J. G.; PFOHL, B.; WIDIGER, T. A. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, design, and baseline characteristics. *Journal of Personality Disorders*, v. 16, n. 4, p. 349-360, 2002.
- SKODOL, A. E. *et al.* The development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, n. 12, p. 2147-2154, 2005.
- SOLOFF, P. H.; CHIAPPETTA, L. Time, age, and predictors of psychosocial outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, v. 34, n. 2, p. 145-160, 2020.
- SOLOFF, P. H. Bridging the gap between remission and recovery in BPD: qualitative versus quantitative perspectives. *Journal of Personality Disorders*, v. 35, n. 1, p. 21-40, 2021.
- STERN, A. Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. 7, n. 4, p. 467-489, 1938.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- WINSPER, C. Personality disorder in childhood and adolescence: emerging evidence and implications for research and practice. *Current Opinion in Psychology*, v. 37, p. 21-26, 2021.
- ZANARINI, M. C.; FRANKENBURG, F. R.; HENNEN, J.; REICH, D. B.; SILK, K. R. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, v. 19, n. 5, p. 505-523, 2005.
- ZANARINI, M. C.; FRANKENBURG, F. R.; REICH, D. B.; FITZMAURICE, G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 130, n. 2, p. 122-130, 2014.

