

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXV

Capítulo 2

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: INDICAÇÕES, CONTROVÉRSIAS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO

MÁRCIO CRUVINEL BARBOSA DE MACÊDO¹
LARA EDUARDA COSTA¹
MANUELA MENDEL RAMBO¹
HENRIQUE WOJCIECHOWSKI OSÓRIO¹
ISABELA MATTOS CASAGRANDA¹
LOUISE SELISTRE MORSCHBACHER GOMES¹
ANA CAROLINA BALDI PASQUALINI¹
EDUARDO MELO BRITO¹
LUISA NARDIN GÜTSCHOW¹

¹*Discente – Curso de Medicina – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS)*

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Internação Psiquiátrica; Manejo Clínico.

DOI: 10.59290/4297025567

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline é caracterizado por um padrão expandido de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e do afeto, estando tais fatores ancorados numa impulsividade marcante. É um transtorno que tende a aparecer no início da vida adulta, em que o indivíduo se depara com uma reorganização de responsabilidades e do seu papel perante os laços com os demais. Nesse sentido, os indivíduos que detêm tal transtorno buscam evitar o abandono, que associado ao sintoma de rejeição ocasiona modulações negativas em diversos aspectos da autoimagem e do outro, sendo esses sentimentos acompanhados de uma reatividade que é racionalmente percebida como exagerada àqueles que analisam externamente. Somando-se a isso, esses sujeitos apresentam uma tendência à idolatria que se vincula de forma tênue com a desvalorização, transitando as definições daqueles que os cercam de forma abrupta e ancorados na volatilidade.

Em detrimento da labilidade emocional que se relaciona com esse transtorno de personalidade, os seres estão propensos a apresentar a impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente destrutivas. São também recorrentes comportamentos de automutilação, e uma taxa de 8 a 10% dos diagnosticados comete o suicídio. Existe ainda um sentimento comum e crônico de vazio, além da dificuldade de controlar uma raiva intensa que surge.

De acordo com dados, a prevalência de transtornos de personalidade em internações psiquiátricas é de cerca de 20%, e a incidência populacional de cerca de 1,6%. A maioria desses sujeitos tem a maior estabilidade dos ambientes relacionais e profissionais da vida entre os 30 e 50 anos. Além disso, estudos apontam que

em seguimento de indivíduos diagnosticados em ambulatórios de saúde mental, ocorre remissão do transtorno em até 10 anos e cerca de metade dos pacientes não mais apresenta características que preencham adequadamente os critérios para transtorno de personalidade borderline. Diante desse panorama, este trabalho tem como objetivo discutir as indicações, controvérsias e estratégias de manejo relacionadas à internação psiquiátrica no transtorno de personalidade borderline, com ênfase em modelos contemporâneos como a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), abordagens psicoterápicas estruturadas como DBT, MBT e TFP, bem como os desafios do cuidado integrado entre os serviços de internação e ambulatório.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida entre os meses de março e junho de 2025, com o objetivo de analisar as indicações, controvérsias e estratégias de manejo associadas à internação psiquiátrica no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A busca foi realizada prioritariamente na base de dados PubMed, utilizando os seguintes descritores em inglês, combinados entre si por operadores booleanos: “*Borderline Personality Disorder*”, “*Psychiatric Hospitalization*”, “*Crisis Intervention*” e “*Mental Health Services*”.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados entre 2014 e 2025, disponíveis na íntegra, em idioma inglês, que abordassem de forma direta a internação psiquiátrica em pacientes com TPB — com foco nas indicações clínicas, impactos terapêuticos, controvérsias éticas e intervenções voltadas ao manejo da crise. Excluíram-se os estudos de baixa qualidade metodológica, que não tinham o TPB como foco principal ou que não estavam disponíveis em texto completo.

Foram inicialmente identificados e analisados 24 artigos, organizados tematicamente nos eixos: indicações, controvérsias e estratégias de manejo. Após aplicação dos critérios de elegibilidade e relevância, **11 artigos foram selecionados e utilizados diretamente na construção deste capítulo.** Os textos escolhidos foram submetidos à leitura crítica e organizados de maneira descritiva em três eixos temáticos que estruturam os Resultados e Discussão: Indicações para internação no TPB; Controvérsias relacionadas à hospitalização; e Estratégias de manejo contemporâneas. A análise foi conduzida de forma interpretativa, orientada pelo conteúdo empírico dos artigos e por referências teóricas recentes da psiquiatria clínica, como os modelos DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), PIBA (*Dialectical Behavior Therapy*), GPM (*Good Psychiatric Management*) e TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indicações clínicas para a internação psiquiátrica no Transtorno de Personalidade Borderline

A internação psiquiátrica no TPB é uma das mais debatidas no campo da saúde mental contemporânea. Historicamente utilizada como resposta a quadros agudos de desorganização psíquica, a hospitalização requer hoje uma abordagem seletiva, centrada em critérios clínicos claros e bem fundamentados. Estudos recentes, como o de Romero-Muñoz *et al.* (2022), evidenciam que pacientes com TPB frequentemente apresentam maior gravidade clínica ao darem entrada em serviços de emergência, sobretudo em contextos de impulsividade agressiva, automutilação ou risco de suicídio. Ainda assim, os dados mostram que a taxa de internação nesse grupo é menor do que em pacientes

com outros transtornos psiquiátricos, o que revela a crescente resistência da prática clínica em hospitalizar indiscriminadamente sujeitos com esse diagnóstico.

Fatores como risco agudo de suicídio, perigo para terceiros, prejuízo grave do autocuidado e não adesão a tratamentos ambulatoriais aparecem como justificativas legítimas para a internação, desde que associadas a uma avaliação padronizada do risco. Modelos como o proposto por Tran *et al.* (2023) sugerem a utilização de instrumentos clínicos validados para mensurar impulsividade, ideação suicida e funcionamento global, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidência. A hospitalização, nesses casos, deve ser breve, orientada por objetivos terapêuticos definidos e articulada com plano de seguimento ambulatorial.

Apesar do estigma em torno da eficácia da internação em pacientes com TPB, estudos como o de Chen *et al.* (2025) demonstram que, quando bem indicada e estruturada, ela pode gerar melhorias significativas, como redução da ideação suicida, melhora do sofrimento emocional e reestruturação do funcionamento interpessoal. Essa evidência desafia a visão tradicional de que sujeitos borderline seriam refratários ao cuidado hospitalar. Pelo contrário, quando inserida em um plano terapêutico que valorize intervenções como o modelo *Good Psychiatric Management* (GPM), a internação pode representar um ponto de virada clínica.

Controvérsias e limites da hospitalização no TPB

Apesar de seu uso pontual, a internação psiquiátrica em pacientes com TPB permanece cercada de controvérsias, sobretudo quanto ao seu impacto a longo prazo. O centro dessa discussão repousa sobre o risco de que o ambiente hospitalar, ao invés de promover contenção te-

rapêutica, favoreça a cristalização de comportamentos disfuncionais e a dependência institucional. A literatura destaca que o sofrimento psíquico no TPB possui uma natureza crônica e subjetiva, ancorada em dinâmicas emocionais complexas e frequentemente resistentes à lógica de intervenções breves e objetivas. Nesse sentido, há o risco de que a hospitalização, ao aliviar momentaneamente a dor emocional, acabe sendo reforçada como solução mágica para o desamparo — gerando um ciclo de repetidas admissões que pouco contribuem para a autonomia do sujeito.

Autores como Paris (2004, 2019) sustentam que a ideação suicida, muitas vezes o principal gatilho para a hospitalização, deve ser compreendida em seu contexto simbólico, e não apenas como sinal de risco imediato. O atendimento ambulatorial intensivo, com foco em intervenções psicoterapêuticas estruturadas, apresenta maior efetividade na redução de recaídas e melhora funcional do que a hospitalização recorrente. O uso frequente da internação como resposta automática ao sofrimento pode invalidar o sujeito e enfraquecer sua capacidade de autorregulação emocional.

A farmacoterapia, por sua vez, embora frequentemente utilizada no ambiente hospitalar, carece de respaldo científico robusto quando aplicada como estratégia principal no TPB. Moller *et al.* (2016) mostram que a polifarmácia é comum entre pacientes *borderline* internados, mas que a eficácia de tais combinações medicamentosas é limitada. O foco excessivo na estabilização medicamentosa, muitas vezes adotado por equipes hospitalares, contraria o consenso atual de que a psicoterapia — especialmente a Terapia Comportamental Dialética (DBT) — é o tratamento de primeira linha para o TPB. Assim, a hospitalização, quando necessária, deve evitar reforçar práticas centradas unicamente na

contenção farmacológica, e sim abrir espaço para modelos de cuidado ético, racional e psicologicamente significativo.

Estratégias contemporâneas de manejo e alternativas à internação prolongada

No cenário atual, há um movimento crescente de incorporação de estratégias terapêuticas que reduzam a necessidade de hospitalizações prolongadas em pacientes com TPB. A Terapia Comportamental Dialética (DBT), criada por Marsha Linehan, tornou-se referência mundial no manejo de indivíduos com comportamentos autolesivos e ideação suicida. Sua combinação de técnicas de regulação emocional, treinamento de habilidades sociais e foco na aceitação e mudança tem demonstrado eficácia na redução de crises e no aumento da autonomia do paciente.

Outras abordagens relevantes incluem a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), que trabalha a capacidade do paciente de compreender e nomear estados mentais próprios e alheios, e a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP), que utiliza a relação terapêutica como campo privilegiado para ressignificação dos padrões relacionais desorganizados. Estas terapias, quando bem implementadas, contribuem para a redução de sintomas, melhora da funcionalidade e diminuição do número de internações psiquiátricas.

Uma inovação promissora é a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), modelo que permite que indivíduos com TPB solicitem hospitalizações curtas, com duração predefinida, durante episódios de desorganização aguda. A PIBA baseia-se na corresponsabilidade do cuidado e na contratualização prévia entre paciente e equipe, permitindo a antecipação de crises e reduzindo o risco de hospitalizações compulsórias. Estudos como os de Eckerström *et al.* (2020) mostram que essa estratégia aumenta a sensação de segurança do paciente e

favorece a construção de um vínculo terapêutico mais horizontal.

A efetividade das estratégias de manejo do TPB depende ainda de um cuidado articulado entre os diferentes pontos da rede de atenção. A continuidade entre hospitalização e tratamento ambulatorial é fundamental para evitar rupturas no processo terapêutico. Além disso, o envolvimento das famílias e a capacitação das equipes multiprofissionais ampliam o alcance das intervenções e reduzem a sobrecarga emocional que frequentemente acomete os cuidadores. É essencial que o cuidado seja compreendido como processo longitudinal e multidimensional, com ênfase na escuta empática, na psicoeducação e na autonomia progressiva do sujeito.

CONCLUSÃO

A internação psiquiátrica no TPB deve ser compreendida como um recurso emergencial, de uso restrito, cuidadosamente embasado em critérios objetivos e inserido dentro de um plano terapêutico contínuo e estruturado. Ao integrar avaliação padronizada (como a SPI), modelos clínicos modernos (como o proposto por Tran *et al.*, 2023), e um olhar ético e empático sobre o sofrimento psíquico, é possível oferecer uma assistência mais efetiva, humana e racional para um dos transtornos mais desafiadores da prática psiquiátrica contemporânea.

Diante do delineamento multifacetado que compõe o TPB, constata-se que a internação psiquiátrica, embora frequentemente mobilizada como recurso terapêutico imediato diante de quadros agudos, configura-se como um instrumento que demanda parcimônia e rigor na sua indicação. A complexidade da sintomatologia borderline — ancorada na instabilidade afetiva, impulsividade marcante e sensação crônica de vazio — exige intervenções que ultrapassem o modelo tradicional centrado na conten-

ção hospitalar, privilegiando, assim, abordagens que visem à reestruturação psíquica e à promoção da autonomia subjetiva.

A literatura contemporânea converge para a compreensão de que a hospitalização, quando aplicada de forma indiscriminada ou desvinculada de objetivos terapêuticos claros, pode não apenas falhar em mitigar os riscos clínicos associados ao transtorno, como também reforçar padrões disfuncionais, cristalizando uma lógica de dependência institucional e desresponsabilização subjetiva. Nesse viés, é imperativo reconhecer que a ideação suicida ou a automutilação, tão prevalentes nesses indivíduos, não devem ser automaticamente tomadas como critérios absolutos para a internação, mas compreendidas em seu valor comunicativo e simbólico no contexto da dor psíquica crônica.

Torna-se, portanto, essencial que a internação, quando inevitável, seja breve, orientada por metas objetivas, sustentada por instrumentos diagnósticos padronizados e acompanhada de um plano de continuidade do cuidado, que priorize a intervenção psicoterapêutica como eixo estruturante do tratamento. A Terapia Comportamental Dialética, nesse cenário, destaca-se enquanto abordagem de primeira linha, por possibilitar a regulação emocional, o manejo da impulsividade e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Além disso, evidências apontam que modelos alternativos, como a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), oferecem um caminho promissor por aliarem contenção planejada, corresponsabilização do paciente e foco na autonomia, sem comprometer a segurança clínica. A literatura revisada sugere ainda que o manejo adequado do TPB requer uma articulação efetiva entre os níveis hospitalar e ambulatorial, com equipes capacitadas, estratégias psicossociais bem definidas e suporte familiar es-

truturado. Tais condições favorecem não apenas a redução de recaídas e hospitalizações, mas também a melhora global do funcionamento psicossocial dos pacientes.

Em síntese, a condução terapêutica do sujeito com TPB deve operar no sentido de restaurar vínculos internos e externos a partir do fortalecimento da capacidade de simbolização e

de autorregulação emocional, deslocando o foco da contenção para a reconstrução. A hospitalização, quando necessária, deve servir como ponte e não como destino, tendo como finalidade última o retorno à ambiência relacional e ao exercício ético e autônomo da própria existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHEN, T. *et al.* Characteristics and outcomes of individuals screening positive for borderline personality disorder on an adult inpatient psychiatry unit: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 25, p. 100, 2025. DOI: 10.1186/s12888-025-06928-8

ECKERSTRÖM, J. *et al.* Effects of patient-initiated brief admissions on psychiatric care consumption in borderline personality disorder: a register-based study. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 33, n. 1, p. 35–47, 2024. DOI: 10.1111/inm.13371

MOELLER, F.G. *et al.* Psychotropic medication use in hospitalized patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 77, n. 3, p. 367–374, 2016. DOI: 10.9740/mhc.2016.03.68

PARIS, J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, v. 18, n. 3, p. 240–247, 2004. DOI: 10.1521/pedi.18.3.240.35443

PARIS, J. Stepped care: an alternative to routine extended hospitalization in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 27, n. 2, p. 81–85, 2019. DOI: 10.1176/appi.ps.201200451

ROMERO-MUÑOZ, J.P. *et al.* Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, v. 73, n. 10, p. 1056–1062, 2022. DOI: 10.1176/ps.2007.58.9.1199

TRAN, A.M. *et al.* A proposed clinical pathway for the patients with borderline personality disorder presenting to emergency departments. *Journal of Psychiatric Practice*, v. 29, n. 1, p. 23–31, 2023. DOI: 10.1177/10398562231167976

WARRENDER, D. *et al.* Perspectives of crisis intervention for people diagnosed with borderline personality disorder: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 28, n. 4, p. 580–595, 2021. DOI: 10.1111/jpm.12637

ZANARINI, M.C. & FRANKENBURG, F.R. Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: changes in symptomatology. *American Journal of Psychotherapy*, v. 74, n. 2, p. 59–69, 2020. DOI: 10.4081/ripppo.2025.810