

TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA, TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E AMBIENTE DE TRABALHO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Dialectical Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder, and Workplace: A Literature Review

Evellyn Coelho da Silva¹
Me. Letícia Garcia de Oliveira²

RESUMO: Esta pesquisa buscou realizar uma revisão bibliográfica narrativa sobre o papel da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no desenvolvimento da funcionalidade, competência e redução do estigma relacionado ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) no ambiente laboral e se concentrou nas publicações científicas nacionais e internacionais produzidas entre os anos de 1993 e 2025. O Transtorno de Personalidade Borderline é marcado por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades nos relacionamentos, fatores que podem comprometer significativamente a vida profissional de quem possui esse transtorno. A DBT foi desenvolvida por Marsha Linehan e tornou-se amplamente reconhecida como a intervenção com maior respaldo empírico para o tratamento do TPB, sendo considerada atualmente o padrão ouro no manejo clínico dessa população. De modo geral, os resultados sugerem que a DBT contribui significativamente para o fortalecimento de habilidades interpessoais, autorregulação emocional e enfrentamento de situações estressoras, aspectos que são essenciais para o exercício da competência e da funcionalidade no contexto profissional. A análise dos estudos selecionados revelou uma lacuna importante na literatura científica, visto que, apesar da eficácia consolidada da DBT na melhora dos sintomas e habilidades emocionais relacionadas ao TPB, ainda são escassas as produções que investigam de forma direta o impacto dessa abordagem sobre a reinserção e a adaptação laboral desses indivíduos. Mais do que uma contribuição acadêmica, este trabalho representa um convite à continuidade do diálogo entre a clínica e o campo social, reafirmando a importância de compreender o sujeito borderline como um cidadão em sua integralidade como alguém que sente, produz, trabalha e pertence.

Palavras-chave: Terapia Comportamental Dialética; Transtorno de Personalidade Borderline; Ambiente de trabalho.

¹ Centro Universitário Salesiano - Unisales. Vitória/ES, Brasil. E-mail: evellyn.coelho247@gmail.com

² Centro Universitário Salesiano - Unisales. Vitória/ES, Brasil. E-mail: profaleticiagarcia@gmail.com

ABSTRACT: This research aimed to conduct a narrative literature review on the role of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in the development of functionality, competence, and the reduction of stigma related to individuals with Borderline Personality Disorder (BPD) in the workplace, and it focused on national and international scientific publications produced between 1993 and 2025. Borderline Personality Disorder is characterized by emotional instability, impulsivity, and difficulties in relationships, factors that can significantly compromise the professional life of individuals affected by the disorder. DBT, developed by Marsha Linehan, has become widely recognized as the intervention with the strongest empirical support for the treatment of BPD, currently considered the gold standard in the clinical management of this population. Overall, the findings suggest that DBT significantly contributes to the strengthening of interpersonal skills, emotional self-regulation, and coping with stressful situations, elements that are essential for the exercise of competence and functionality in professional contexts. The analysis of the selected studies revealed an important gap in the scientific literature, although DBT's effectiveness in improving symptoms and emotional skills related to BPD is well established, there remains a scarcity of studies directly investigating its impact on the work reintegration and adaptation of these individuals. More than an academic contribution, this study represents an invitation to continue the dialogue between clinical practice and the social sphere, reaffirming the importance of understanding the borderline individual as a whole citizen, someone who feels, creates, works, and belongs.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; Borderline Personality Disorder; Workplace.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os Transtornos de Personalidade (TPs) são definidos como padrões de comportamento duradouros e rígidos, que se manifestam de maneira diferente do que é considerado adequado dentro do contexto social e cultural do indivíduo. Esses transtornos envolvem prejuízos em pelo menos dois dos seguintes domínios: cognição, afetividade, relações interpessoais e controle dos impulsos. A disfunção característica de cada TP se expressa por meio de sintomas específicos, que geralmente se tornam evidentes no final da adolescência ou no início da vida adulta, resultando em intenso sofrimento e em dificuldades nas esferas social e profissional (FREIRE, et al, 2024). O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é classificado pelo DSM-V como integrante do Grupo B dos transtornos de personalidade, sendo também um dos mais prevalentes, com taxas que variam entre 0,7% e 5,9% na população geral. Clinicamente, o TPB se caracteriza por intensa instabilidade emocional, impulsividade, relações interpessoais caóticas, flutuações na autoimagem e no afeto, além de comportamentos suicidas, sensação de vazio, ideação paranoide e sintomas dissociativos. O medo intenso de rejeição e abandono, seja em contextos reais ou imaginados, também é uma característica marcante, gerando reatividade emocional que pode se manifestar por irritabilidade, ansiedade ou episódios de raiva desproporcional, às vezes culminando em brigas físicas. Esses padrões de comportamento aumentam a vulnerabilidade a situações de risco, como uso de substâncias, direção perigosa, gastos impulsivos e automutilação (FREIRE, et al,

2024). Nesse sentido, pessoas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) frequentemente podem enfrentar barreiras significativas no contexto laboral, seja por dificuldades associadas ao transtorno ou pelo estigma que o cerca.

Corrigan, Kosyluk e Rüsç (2013) definem o estigma público como uma forma de preconceito e discriminação que restringe severamente as chances de vida das pessoas com transtornos mentais. O estigma relacionado ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) atravessa a saúde mental, a cultura e as instituições sociais, manifestando-se em julgamentos negativos, atitudes discriminatórias e concepções distorcidas. Desse modo, apesar dos avanços na compreensão de transtornos como depressão e ansiedade, o TPB ainda é frequentemente associado à instabilidade, ao exagero ou à manipulação emocional (SWENSON, 2016).

Além disso, as próprias barreiras características do diagnóstico geram um déficit de habilidades necessárias para suprir as expectativas do mercado de trabalho atual, visto que, com as intensas transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e com o surgimento do neoliberalismo, da globalização, do avanço tecnológico e da era da informação, os processos produtivos foram reformulados, priorizando a lógica de “produzir mais com menos”. Nesse contexto, o modelo de trabalho atual exige dos trabalhadores agilidade, alta qualificação, cumprimento de metas e prazos cada vez mais curtos, além de comprometimento constante com a organização. Soma-se a isso a necessidade de adaptação às novas formas de trabalho, ao ritmo acelerado, à intensificação da produtividade, ao aumento da pressão e do controle, bem como à responsabilidade e à competição. A multifuncionalidade tornou-se uma exigência, fazendo com que os profissionais precisem desempenhar diferentes tarefas e funções simultaneamente (VICENTIN, et al., 2021).

Diante desse conjunto de desafios, surge a necessidade de intervenções que ajudem o indivíduo a organizar melhor suas emoções e relações, especialmente quando o ambiente de trabalho exige tanto. É justamente nessa direção que a Terapia Comportamental Dialética (DBT) oferece recursos que dialogam diretamente no manejo dos sintomas do TPB.

A DBT foi originalmente estruturada para reduzir comportamentos suicidas e autolesivos, mas sua aplicação se ampliou para o desenvolvimento de habilidades que podem e devem ser utilizadas para mitigar tanto os sintomas do transtorno quanto o estigma que o permeia (Linehan, 2018). Estas habilidades envolvem o treino de regulação emocional, tolerância ao mal-estar, assertividade e *mindfulness*. Linehan (2014) ressalta que as habilidades aprendidas podem ser aplicadas em situações de conflito no trabalho, auxiliando na construção de rotinas mais estáveis e na redução de preconceitos associados ao diagnóstico.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo geral analisar como a Terapia Comportamental Dialética pode contribuir para o desenvolvimento da funcionalidade, da competência profissional e para a redução do estigma relacionado ao Transtorno

de Personalidade Borderline no ambiente de trabalho. Como objetivos específicos, busca-se: a) Compreender os aspectos psicopatológicos do Transtorno de Personalidade Borderline; b) Identificar os principais impactos relacionados estigmas associados ao Transtorno de Personalidade Borderline no ambiente de trabalho; c) Discorrer sobre a noção de funcionalidade e competência no Transtorno de Personalidade Borderline; d) Apresentar os fundamentos da Terapia Comportamental Dialética (DBT) e seu uso clínico no tratamento do TPB; e) Apontar de que maneira a DBT contribui para a funcionalidade profissional, o desenvolvimento de competências e a redução do estigma no trabalho e f) Elucidar como a DBT pode ser integrada a políticas institucionais voltadas à diversidade ao fornecer instrumentos para que pessoas com TPB participem de forma mais ativa e confiante da vida profissional.

Assim, esta pesquisa se justifica pela necessidade de reunir e analisar os estudos sobre a relação entre DBT, funcionalidade profissional e redução do estigma, com o objetivo de ampliar o entendimento sobre práticas terapêuticas que favoreçam a inclusão de pessoas com TPB no mercado de trabalho.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. A revisão narrativa foi escolhida porque permite integrar produções teóricas, empíricas e clínicas sobre um fenômeno ainda pouco explorado, como a interface entre Terapia Comportamental Dialética (DBT), Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e redução do estigma no ambiente laboral, possibilitando uma análise ampla e interpretativa da literatura existente. A abordagem qualitativa se justifica pela natureza dos temas investigados, como regulação emocional, estigma, funcionalidade e relações de trabalho, que envolvem subjetividade, experiências individuais e construções sociais. Conforme Flick (2013), métodos qualitativos priorizam a compreensão aprofundada de processos, significados e interações, oferecendo subsídios para interpretar fenômenos que não podem ser reduzidos a quantificações simples.

A revisão foi conduzida entre maio e dezembro de 2025, com consulta às seguintes bases de dados e repositórios: PubMed, Scopus, PsycInfo, SciELO e LILACS. Também foram incluídos documentos provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), além de catálogos editoriais como Guilford Press e Artmed, e livros clássicos da área, incluindo Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (Linehan, 1993), DBT Skills Training Manual (Linehan, 2014), DBT Principles in Action (Swenson, 2016) e Self-Efficacy: The Exercise of Control (Bandura, 1997). Para direcionar a busca, foram utilizados descritores controlados MeSH/DeCS: Dialectical Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder, Stigma/Social Stigma, Self-efficacy e Occupational Functioning. As estratégias de busca foram estruturadas com operadores booleanos, organizadas da seguinte forma: (Dialectical Behavior Therapy OR DBT) AND (Borderline Personality Disorder); (Borderline Personality Disorder) AND (Stigma OR Social Stigma); (Borderline Personality Disorder) AND (Employment OR Occupational Functioning).

Foram incluídas produções publicadas entre 1993 e 2025, em português ou inglês, com texto completo disponível, que abordassem DBT, TPB, estigma ou ambiente de trabalho, e que apresentassem clareza metodológica suficiente para avaliação crítica. Foram excluídos estudos duplicados, artigos sem relação direta com os objetivos, materiais sem rigor metodológico mínimo, produções voltadas exclusivamente para outros transtornos de personalidade e textos opinativos sem fundamentação científica. A busca inicial identificou 112 publicações. Após leitura de títulos e resumos, 93 foram excluídas por inadequação temática, duplicidade ou ausência de critérios mínimos de qualidade metodológica. A leitura completa dos materiais restantes resultou na seleção final de 19 estudos, que compuseram o corpus definitivo da revisão.

Embora revisões narrativas não utilizem protocolos rígidos como PRISMA ou CASP, adotou-se um processo sistemático para avaliação da qualidade e relevância dos estudos selecionados. A análise considerou a clareza dos objetivos, a adequação do delineamento metodológico ao propósito da pesquisa, a consistência teórica, a coerência interna e a relevância da produção para a temática central. Também foi avaliado o reconhecimento acadêmico da fonte, priorizando artigos indexados, livros clássicos, diretrizes internacionais e estudos amplamente citados na literatura. Esse procedimento avaliativo buscou garantir que o corpus final fosse composto por materiais confiáveis e adequados aos objetivos do estudo.

A análise dos materiais selecionados seguiu os princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), desenvolvida em três etapas. Na pré-análise, foi realizada a leitura exploratória do corpus, com identificação inicial de temas recorrentes e organização dos documentos. Em seguida, na fase de exploração do material, foram identificadas unidades de registro, realizados os procedimentos de codificação e agrupamento de trechos por similaridade temática. Por fim, na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, procedeu-se à síntese das informações, construção das categorias analíticas e elaboração da discussão crítica. As categorias que emergiram desse processo foram: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB); Estigma Social e Ambiente de Trabalho; Funcionalidade e Competência Profissional no TPB; Fundamentos da DBT e seu Uso Clínico no TPB; A Contribuição da DBT para a Funcionalidade e Redução do Estigma; e DBT, Diversidade e Inclusão no Trabalho.

A escolha pela revisão narrativa se justifica pela escassez de estudos empíricos que investiguem diretamente a interface entre DBT, Borderline e ambiente de trabalho, o que inviabilizaria protocolos sistemáticos tradicionais. Esse formato permite integrar produções heterogêneas e construir uma análise interpretativa que contemple os aspectos clínicos, sociais e organizacionais do tema.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, não houve coleta de dados empíricos com seres humanos, o que dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo concentra-se na sistematização, comparação e análise crítica da produção científica existente, oferecendo uma perspectiva abrangente sobre a aplicação da Terapia Comportamental Dialética no contexto do Transtorno de Personalidade Borderline e

suas repercussões na funcionalidade, competência e estigma no ambiente de trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 QUADRO-SÍNTESE

A seguir, apresenta-se o quadro-síntese dos estudos incluídos nesta revisão, com informações referentes ao autor, ano, objetivo, método e principais resultados.

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão narrativa (1993–2025)				
	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
1	APA (2022)	Manual e diretriz clínica	Atualizar critérios diagnósticos do TPB.	Padroniza diagnóstico e confirma a DBT como abordagem com maior evidência empírica.
2	APA (2023)	Manual e diretriz clínica	Fornecer recomendações baseadas em evidências para o diagnóstico e tratamento do TPB.	Destaca a psicoterapia como tratamento central, especialmente abordagens estruturadas como DBT.
3	Carmel & Comtois (2023)	Estudo de intervenção	Integrar a DBT-ACES a terapias cognitivas com foco em empregabilidade.	Mostra aumento da autossuficiência e redução do estigma em indivíduos com TPB.
4	Cavalcante et al. (2024)	Revisão integrativa	Analisar desafios no tratamento do TPB.	Reforça a importância da DBT como abordagem de referência e destaca o impacto do estigma clínico.
5	Corrigan, Kosyluk & Rüsç (2013)	Estudo teórico-empírico	Analisar o impacto do estigma público e autoestigma.	Define o estigma como barreira à recuperação e à inclusão social de pessoas com transtornos mentais.
6	Freire et al. (2024)	Revisão integrativa	Investigar a relação entre trauma infantil e TPB.	Mostra a influência de experiências adversas no desenvolvimento do transtorno e reforça a importância da validação emocional.
7	Holroyd et al. (2025)	Revisão sistemática	Examinar atitudes de profissionais de	Evidencia persistência de estigmas e resistência

			saúde frente ao TPB.	institucional à inclusão de pessoas com TPB.
8	Kernot et al. (2023)	Revisão de escopo	Avaliar programas de empregabilidade para pessoas com TPB.	Identifica ausência de políticas de apoio e necessidade de programas baseados em habilidades DBT.
9	Larivière et al. (2025)	Estudo qualitativo	Investigar estratégias de enfrentamento de trabalhadores com TPB.	Relata uso espontâneo de <i>mindfulness</i> , assertividade e regulação emocional no ambiente laboral.
10	Linehan (1993)	Livro técnico	Apresentar o modelo teórico e a estrutura clínica da DBT.	Fundamenta a terapia como abordagem voltada à regulação emocional e redução de comportamentos autodestrutivos.
11	Linehan (2014)	Manual clínico	Sistematizar o treinamento de habilidades da DBT.	Define os quatro módulos (<i>mindfulness</i> , regulação emocional, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal).
12	Linehan et al. (2015)	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia da DBT em pacientes com alto risco suicida.	Comprova redução de tentativas de suicídio e melhora sustentada da estabilidade emocional.
13	OMS & OIT (2022)	Diretriz internacional	Promover saúde mental e inclusão no trabalho.	Recomenda políticas de acolhimento e combate à discriminação de pessoas com transtornos mentais.
14	Santos et al. (2023)	Revisão sistemática	Diferenciar TPB de transtornos do humor.	Esclarece critérios diagnósticos e reforça a necessidade de precisão clínica no manejo do TPB.
15	Swenson (2016)	Teórico-clínico	Explicar os princípios da DBT e sua aplicação prática.	Destaca a importância da validação, da dialética e do equilíbrio entre aceitação e mudança no processo terapêutico.
16	University of Washington (2025)	Revisão sistemática	Avaliar intervenções vocacionais baseadas em DBT.	Apresenta estratégias práticas de manutenção de emprego e fortalecimento da autossuficiência.

17	Vicentin et al. (2021)	Revisão teórica	Discutir transformações do mundo do trabalho.	Contextualiza a pressão e a multifuncionalidade como fatores de vulnerabilidade para transtornos mentais.
18	WHO (2022)	Documento técnico	Estabelecer diretrizes globais para saúde mental laboral.	Enfatiza integração entre suporte clínico e políticas de inclusão no trabalho.
19	WHO (2022)	Documento técnico	Orientar a criação de políticas e práticas eficazes para promover e proteger a saúde mental no trabalho.	Aponta que o ambiente de trabalho pode atuar tanto como fator de proteção quanto de risco à saúde mental.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Assim, a presente revisão apresenta limitações inerentes ao seu delineamento metodológico. Por se tratar de uma revisão narrativa, a seleção, leitura e interpretação dos materiais está sujeita a maior subjetividade e menor padronização quando comparada a revisões sistemáticas, conforme aponta Rother (2007). Os estudos analisados diferem amplamente em objetivos, métodos e contextos, dificultando comparações diretas e a construção de sínteses homogêneas. Essa amplitude, embora enriquecedora, limita conclusões mais firmes sobre a relação entre DBT, TPB e funcionalidade laboral. Também se destaca a escassez de estudos empíricos que articulem diretamente intervenção psicológica e desempenho ocupacional em pessoas com TPB. Apesar dessas limitações, a revisão cumpre seu propósito exploratório e contribui ao identificar lacunas e sugerir caminhos para futuras pesquisas que integrem clínica, funcionalidade e políticas organizacionais.

3.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB)

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição psiquiátrica caracterizada por um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e na regulação emocional, associado à impulsividade. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*, para o diagnóstico é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos nove critérios definidos, incluindo “esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado, relacionamentos intensos e instáveis, perturbação da identidade, comportamentos impulsivos, ideação suicida ou automutilação, instabilidade afetiva, sentimentos crônicos de vazio, raiva intensa e episódios de dissociação transitória” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). O TPB costuma se manifestar no final da adolescência ou no início da vida adulta e tende a apresentar um curso crônico, embora estudos demonstrem que, com o tratamento adequado, é possível alcançar significativa melhora ao longo do tempo.

De acordo com o modelo biossocial desenvolvido por Marsha Linehan (1993), o Transtorno de Personalidade Borderline emerge da interação entre uma

vulnerabilidade biológica à disfunção emocional e um ambiente invalidante, no qual as expressões emocionais são ignoradas, desvalorizadas ou punidas. Essa combinação pode levar ao desenvolvimento de padrões comportamentais desadaptativos como forma de lidar com o sofrimento intenso.

Do ponto de vista clínico, o TPB é frequentemente confundido com outras condições psiquiátricas, especialmente os transtornos de humor, o que pode atrasar o diagnóstico e comprometer o início do tratamento adequado (Santos, et al., 2023). Além disso, os comportamentos impulsivos e autodestrutivos, que muitas vezes assustam os profissionais e familiares, tendem a ser mal interpretados como manipulação, o que reforça atitudes punitivas em vez de estratégias terapêuticas baseadas em compreensão e acolhimento. A compreensão do TPB como um transtorno de regulação emocional contribui para romper com concepções que o associam à fraqueza de caráter ou manipulação, como apontado por Swenson (2016).

A regulação emocional, portanto, está no centro da psicopatologia do TPB. Indivíduos diagnosticados com esse transtorno apresentam elevada sensibilidade a estímulos emocionais, respondem com intensidade exacerbada a esses estímulos e demoram mais tempo para retornar ao estado emocional basal. Essa tríade torna o cotidiano especialmente desafiador, tanto nos contextos pessoais quanto profissionais, podendo gerar prejuízos significativos na funcionalidade, nas relações e na qualidade de vida (Linehan, 2014).

Esse entendimento desloca a visão reducionista frequentemente atribuída ao TPB, visto que, conforme Swenson (2016), o TPB pode ser compreendido como uma desordem centrada na regulação emocional, o que significa que as dificuldades emocionais vividas pelas pessoas diagnosticadas decorrem de alterações na forma como os sistemas neurobiológicos processam estímulos emocionais e ressalta a importância de intervenções terapêuticas baseadas em validação e regulação emocional. Desse modo, essa compreensão é fundamental para romper com visões reducionistas ou moralizantes do transtorno.

Nesse sentido, podemos inferir que essa condição compromete a funcionalidade ocupacional e social, pois a dificuldade em lidar com emoções intensas prejudica o desempenho acadêmico, a inserção no mercado de trabalho e a manutenção de vínculos interpessoais.

3.3 ESTIGMA SOCIAL E O AMBIENTE DE TRABALHO

O estigma associado ao TPB, que afeta tanto a percepção dos profissionais de saúde quanto a disposição dos pacientes em buscar tratamento, é um fenômeno estrutural que atravessa o campo da saúde mental, a cultura e as instituições sociais, e se manifesta por meio de julgamentos negativos, atitudes discriminatórias e concepções distorcidas sobre quem convive com esse diagnóstico (Cavalcante, et al., 2024). Ao contrário de outros transtornos que têm ganhado maior compreensão nos últimos anos, como a depressão ou a ansiedade, o TPB ainda é amplamente incompreendido,

frequentemente associado à ideia de instabilidade, exagero ou manipulação emocional (Swenson, 2016).

No ambiente de trabalho, o estigma produz efeitos concretos. Empregadores e colegas, movidos pela desinformação, muitas vezes consideram o sofrimento psíquico incompatível com a produtividade, o que limita oportunidades de contratação e permanência. Holroyd et al. (2025) identificaram que atitudes negativas de profissionais e gestores reforçam barreiras institucionais e dificultam a integração de indivíduos com TPB em equipes laborais. Esse estigma tem consequências práticas e graves, uma vez que o medo por parte dos empregadores, geralmente motivado por desinformação, contribui para ambientes que desconsideram o sofrimento psíquico como algo legítimo e tratável. Não obstante, o estigma deve ser compreendido como um fenômeno coletivo, sustentado por práticas sociais e organizacionais. No trabalho, ele pode levar à internalização desse sofrimento, se manifestando através do silêncio, isolamento e esforço excessivo para parecer estável, resultando em sobrecarga e adoecimento, uma vez que

O estigma internalizado ocorre quando os indivíduos assimilam estereótipos sobre transtornos mentais, levando à diminuição da autoestima e da autoeficácia. Esse processo cria barreiras à recuperação, à participação social e à disposição de buscar oportunidades como emprego ou educação. Ao mesmo tempo, o estigma público, sob a forma de preconceito e discriminação, restringe severamente as chances de vida das pessoas com transtornos mentais (Corrigan; Kosyluk; Rüsck, 2013, p. 795, tradução nossa).

Dessa forma, os impactos dessa visão estigmatizada não se limitam ao modo como a sociedade enxerga as pessoas com TPB. Eles também atingem diretamente o modo como essas pessoas se veem, visto que a vergonha de carregar o diagnóstico é uma experiência relatada frequentemente na clínica. Segundo Corrigan et al. (2013), o estigma internalizado, também chamado de autoestigma, leva o indivíduo a acreditar que ele é, de fato, inadequado, perigoso ou indigno de afeto e confiança, comprometendo a autoestima e os vínculos sociais deste indivíduo, bem como sua motivação para buscar e manter o tratamento.

Assim, o indivíduo pode adotar estratégias de autoproteção no ambiente laboral, como o comportamento hiperprodutivo e o isolamento emocional. Entretanto, embora estes comportamentos sejam compreensíveis diante do estigma e do medo da rejeição, eles tendem a gerar prejuízos significativos a médio e longo prazo. Quando uma pessoa com TPB se esforça excessivamente para parecer sempre “produtiva”, “competente” e “estável”, ela acaba negligenciando suas próprias necessidades emocionais, o que pode desencadear episódios de exaustão, crises de ansiedade, autocrítica intensa e recaídas no sofrimento psíquico. Esse padrão, como observa Swenson (2016), está frequentemente ligado a experiências de invalidação anteriores, em que a pessoa aprendeu que só seria aceita se apresentasse um desempenho impecável e anulasse os sinais de sofrimento.

O isolamento emocional, por sua vez, pode levar à perda de vínculos afetivos genuínos no ambiente de trabalho, reforçando o sentimento de solidão, inadequação e desconfiança em relação aos outros. Quando não há espaço para a expressão autêntica de emoções, o sujeito tende a internalizar o sofrimento, o que aumenta o risco de sintomas depressivos, sensação de vazio e desmotivação. Segundo Corrigan et al. (2013), esse processo se relaciona com o fenômeno do “autoestigma oculto”, no qual a pessoa esconde não apenas o diagnóstico, mas também qualquer sinal de vulnerabilidade emocional, vivendo sob constante tensão por medo de ser descoberta. Além disso, o esforço constante para “provar seu valor” pode gerar um ciclo de sobrecarga e colapsos recorrentes. A longo prazo, isso pode levar ao afastamento do trabalho por adoecimento psíquico, reforçando ainda mais o estigma de que pessoas com TPB “não aguentam pressão” ou “não são confiáveis”. Nesse sentido, é importante reconhecer que tais estratégias defensivas não indicam fraqueza ou manipulação, mas sim tentativas de sobrevivência emocional em ambientes hostis.

3.4 FUNCIONALIDADE E COMPETÊNCIA PROFISSIONAL NO TPB

A noção de funcionalidade no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) precisa ser compreendida para além da dicotomia entre capacidade e incapacidade. Embora seja verdade que o transtorno possa gerar prejuízos importantes no funcionamento ocupacional e social, especialmente em momentos de crise emocional, pessoas com esse diagnóstico apresentam competências que, quando reconhecidas e estimuladas, favorecem a permanência no trabalho e construção de trajetórias profissionais. Kernot et al. (2023) realizaram revisão de intervenções voltadas para empregabilidade em pessoas com TPB e verificaram que a ausência de políticas de apoio e programas de capacitação mantém esse público em vulnerabilidade, limitando o acesso a vínculos de trabalho estáveis.

A competência profissional de indivíduos com TPB não está anulada pelo diagnóstico, ela é condicionada a suporte clínico e organizacional. O reconhecimento de potencialidades, aliado a estratégias de inclusão, transforma o trabalho em espaço de desenvolvimento, e não de exclusão. Nesse sentido, “o treinamento de habilidades em *mindfulness*, regulação emocional, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal amplia a capacidade de enfrentamento e melhora a adaptação em contextos sociais e ocupacionais” (Linehan, 2014, p. 26).

Larivière et al. (2025) destacam que a funcionalidade depende de recursos individuais e de condições institucionais que permitam a expressão das habilidades adquiridas. Evidências qualitativas descrevem o uso de repertórios de enfrentamento no ambiente de trabalho. Desse modo,

As estratégias relatadas por trabalhadores com Transtorno de Personalidade Borderline incluem o uso da atenção plena para manter o foco, a aplicação de técnicas de regulação emocional diante de conflitos e a prática da assertividade em interações de equipe. Essas ferramentas, muitas vezes relacionadas ao repertório da DBT, são utilizadas para sustentar o bem-estar psicológico e a continuidade no emprego, mesmo diante de contextos adversos. (LARIVIÈRE et al., 2025, p. 4, tradução nossa).

Dessa forma, compreender a funcionalidade no TPB implica reconhecer a complexidade de sua manifestação e a influência direta dos contextos sociais na expressão ou inibição das capacidades individuais. Quando há suporte, respeito e abertura para a singularidade, o ambiente de trabalho se torna um espaço de desenvolvimento e não de exclusão. A construção da competência profissional, nesses casos, não depende exclusivamente do sujeito, mas de uma rede que permita que ele permaneça, aprenda e contribua com seus recursos únicos.

3.5 FUNDAMENTOS DA DBT E USO CLÍNICO NO TPB

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) foi desenvolvida por Marsha Linehan no início da década de 1990 como uma resposta à necessidade de tratamento específico para pessoas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que apresentavam comportamentos suicidas e autolesivos persistentes. A proposta integra técnicas da terapia cognitivo-comportamental a princípios filosóficos da dialética e da aceitação, articulando intervenções focadas na mudança com estratégias de validação emocional (Linehan, 1993).

O termo “dialética” refere-se ao princípio central que sustenta a abordagem, baseado na integração de opostos. A DBT propõe o equilíbrio entre aceitação e mudança como condição necessária para o processo terapêutico. Essa dialética, inspirada na filosofia hegeliana e adaptada ao contexto clínico, compreende que as verdades podem ser múltiplas e que o progresso acontece a partir da síntese entre teses aparentemente contraditórias. No contexto da prática clínica, isso se traduz na possibilidade de validar profundamente o sofrimento do paciente, ao mesmo tempo em que se propõe mudanças comportamentais concretas e estruturadas (Linehan, 2014).

O modelo biossocial que sustenta a DBT parte da premissa de que indivíduos com TPB possuem uma vulnerabilidade biológica à desregulação emocional, e a exposição contínua a ambientes invalidantes. Segundo Linehan (1993), essa combinação favorece o desenvolvimento de dificuldades severas de autorregulação, instabilidade interpessoal e padrões comportamentais impulsivos ou autolesivos. Nesse contexto, a vulnerabilidade emocional envolve uma sensibilidade exacerbada a estímulos emocionais, uma intensidade aumentada de reações emocionais e um tempo prolongado para retorno à linha de base emocional, o que, somado à invalidação ambiental, compromete significativamente a forma como o sujeito aprende a lidar com suas emoções.

A estrutura terapêutica da DBT envolve quatro componentes principais: psicoterapia individual, treinamento de habilidades em grupo, suporte telefônico entre sessões e supervisão da equipe clínica. O tratamento é intensivo, estruturado e baseado em metas claras, com foco na diminuição de comportamentos autolesivos, no fortalecimento de habilidades de enfrentamento e na construção de uma vida com sentido. O treinamento de habilidades, descrito no *DBT Skills Training Manual* (Linehan, 2014), constitui uma das partes centrais da abordagem. As habilidades ensinadas são organizadas em quatro módulos: *mindfulness*, regulação emocional,

tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal. Cada módulo busca fortalecer repertórios adaptativos, ampliando a capacidade do paciente de lidar com situações de sofrimento psíquico e de desenvolver respostas mais funcionais em seus contextos de vida.

O módulo de *mindfulness* promove o desenvolvimento da consciência do momento presente, por meio do cultivo da observação, descrição e participação nas experiências internas e externas de forma intencional e não julgadora. O módulo de regulação emocional ensina o paciente a nomear e entender suas emoções, a reduzir a vulnerabilidade a estados emocionais intensos e a aumentar a frequência de emoções positivas. No módulo de tolerância ao mal-estar, o foco é ensinar estratégias para suportar situações difíceis que não podem ser mudadas de imediato, sem recorrer a comportamentos desadaptativos. Por fim, o módulo de efetividade interpessoal visa fortalecer a assertividade, a capacidade de expressar necessidades, de estabelecer limites e de manter relacionamentos saudáveis, com preservação do autorrespeito (Linehan, 2014).

Outro diferencial da DBT é sua ênfase na relação terapêutica como instrumento ativo de mudança. Swenson (2016) destaca que o vínculo entre terapeuta e paciente é estruturado sobre validação empática, compromisso mútuo e objetivos terapêuticos bem definidos, o que oferece um espaço seguro para a experimentação de novos repertórios comportamentais. Essa relação também é uma ferramenta para a modulação emocional e a reestruturação de padrões interpessoais disfuncionais que caracterizam o TPB.

A eficácia da DBT foi avaliada em diferentes ensaios clínicos. Em estudo publicado no *JAMA Psychiatry*, Linehan et al. (2015) comprovaram que o tratamento reduziu tentativas de suicídio, a gravidade clínica dos episódios de autolesão e o uso de serviços de emergência quando comparado a outras formas de atendimento. Esses resultados indicam que a DBT, além de reduzir os sintomas, também contribui para uma melhora global na estabilidade emocional e no funcionamento cotidiano.

A DBT foi desenvolvida especificamente para tratar pessoas diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline e risco elevado de suicídio. Seu fundamento está na combinação entre estratégias de aceitação e mudança, em que o terapeuta valida a experiência do paciente ao mesmo tempo em que o estimula a adotar novos comportamentos. Essa abordagem integrada permite reduzir o sofrimento e construir uma vida considerada satisfatória pela própria pessoa. (SWENSON, 2016, p. 92, tradução nossa).

Linehan et al. (2015), em um estudo longitudinal, acompanharam pacientes com TPB por dois anos após o término da DBT. Os resultados indicaram a manutenção dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo, com redução sustentada dos comportamentos autodestrutivos e melhora progressiva na estabilidade emocional e nas relações interpessoais. Esses fundamentos demonstram que a DBT constitui uma abordagem consolidada, cuja eficácia não se limita ao controle de comportamentos

de risco, mas se estende à ampliação da qualidade de vida e da funcionalidade social de pessoas com TPB.

Dessa forma, a DBT apresenta uma combinação única de fundamentação teórica sólida, estrutura técnica bem definida e eficácia clínica sustentada, e sua proposta de integrar aceitação e mudança, por meio da dialética, oferece uma alternativa viável para o tratamento de um transtorno historicamente considerado desafiador.

3.6 A CONTRIBUIÇÃO DA DBT PARA A FUNCIONALIDADE E REDUÇÃO DO ESTIGMA

A Terapia Comportamental Dialética aplicada em pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline tem demonstrado impacto direto na funcionalidade social e laboral, além de contribuir para a diminuição do estigma público. Intervenções baseadas na DBT mostram que o desenvolvimento de habilidades socioemocionais fortalece a adaptação em ambientes profissionais e amplia a confiança em interações sociais. Dentre os avanços promovidos pela DBT, destaca-se seu impacto direto na capacidade de manter relações interpessoais saudáveis, lidar com demandas externas e sustentar vínculos institucionais, como os exigidos em ambientes profissionais (Linehan, 2014).

O programa DBT-ACES (*Accepting the Challenges of Employment and Self-Sufficiency*), desenvolvido na Universidade de Washington, é uma adaptação que direciona a DBT para a inclusão no mercado de trabalho. Essa proposta busca apoiar indivíduos com TPB na conquista e manutenção do emprego, oferecendo instrumentos que auxiliam na superação de barreiras sociais e na organização de rotinas laborais. Carmel e Comtois (2023) avaliaram a incorporação do DBT-ACES em terapias cognitivas e identificaram aumento da autossuficiência e maior estabilidade no trabalho, favorecendo a desconstrução de estigmas relacionados à incapacidade.

O DBT-ACES fornece aos participantes um conjunto de estratégias práticas que visam não apenas a regulação emocional, mas também o fortalecimento da autossuficiência. Por meio de planos estruturados de enfrentamento, definição de metas e suporte contínuo, os indivíduos são capacitados a sustentar vínculos profissionais e a desafiar estereótipos que os associam à instabilidade. Esse modelo amplia a aplicabilidade da DBT ao campo da empregabilidade e à redução do estigma social relacionado ao transtorno de personalidade borderline. (CARMEL; COMTOIS, 2023, p. 219, tradução nossa).

O DBT-ACES demonstra que a terapia pode ser utilizada para além do manejo clínico, alcançando resultados sociais mensuráveis. Ao favorecer a permanência no trabalho e reduzir a reprodução de preconceitos, contribui para ambientes mais inclusivos e para a valorização das capacidades de pessoas diagnosticadas com TPB. Além dos efeitos terapêuticos tradicionais, há evidências de que intervenções baseadas em DBT podem ser utilizadas com foco na reinserção profissional. A Universidade de Washington (2025) realizou uma revisão sobre intervenções vocacionais com apoio

da DBT, demonstraram que programas como o DBT-ACES contribuem significativamente para a construção de competências sociais, aumento da autoconfiança no trabalho e redução do auto estigma. Os participantes relataram maior segurança para buscar oportunidades no mercado formal e menor sentimento de inadequação em suas relações profissionais.

A aplicação das habilidades aprendidas nos módulos da DBT no ambiente de trabalho tem sido tema de crescente interesse na literatura. A habilidade de *mindfulness*, por exemplo, permite que o indivíduo desenvolva maior foco, regulação da atenção e consciência emocional, o que contribui para uma postura mais reflexiva diante de situações de conflito. Já a regulação emocional reduz reações impulsivas e melhora a tolerância a frustrações típicas do contexto profissional. A tolerância ao mal-estar auxilia na manutenção do autocontrole em momentos de crise, evitando comportamentos desadaptativos ou reativos que poderiam comprometer relações ou tarefas. Por fim, a efetividade interpessoal favorece a comunicação assertiva, o estabelecimento de limites e a negociação de demandas, competências fundamentais para a convivência em equipe e a permanência no emprego (Linehan, 2014).

Além da melhora funcional, a DBT também contribui de forma significativa para o enfrentamento do estigma associado ao TPB. O processo de validação contínua, promovido pela abordagem, possibilita uma reconstrução da autoimagem do paciente, frequentemente marcada por culpa, vergonha e desvalorização. Como observam Corrigan et al. (2013), o estigma internalizado é um dos principais fatores que afetam negativamente a qualidade de vida e o engajamento social de pessoas com transtornos mentais, e a DBT, ao promover autoaceitação sem abrir mão da responsabilidade, atua diretamente nessa dimensão.

Swenson (2016) argumenta que o modelo da DBT rompe com abordagens moralizantes e patologizantes ao propor que o sofrimento do paciente não é prova de fraqueza ou manipulação, mas resultado de dificuldades reais de regulação emocional, aprendidas e mantidas em contextos específicos. Ao nomear, validar e trabalhar ativamente essas dificuldades, a DBT cria um ambiente terapêutico de resgate da dignidade e da agência, o que pode refletir positivamente na forma como o sujeito se posiciona em ambientes institucionais, inclusive no trabalho.

3.7 DBT, DIVERSIDADE E INCLUSÃO NO TRABALHO

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) destacam que a saúde mental no trabalho deve ser tratada como prioridade, articulando suporte clínico, proteção social e combate à discriminação. As recomendações enfatizam que os programas de bem-estar devem estar integrados às estratégias de inclusão, reconhecendo a saúde mental como direito humano e condição para produtividade sustentável.

Os ambientes de trabalho que acolhem a diversidade e promovem a saúde mental reduzem significativamente os níveis de discriminação e exclusão. A criação de políticas institucionais que favoreçam a participação de pessoas

com transtornos mentais em condições de igualdade é uma das estratégias mais eficazes para combater o estigma e garantir oportunidades de desenvolvimento profissional. (Organização Mundial da Saúde; Organização Internacional do Trabalho, 2022, p. 12, tradução nossa).

Ao dialogar com essas diretrizes, observa-se que a DBT pode ser integrada a políticas institucionais voltadas à diversidade, ao fornecer instrumentos para que pessoas com TPB participem de forma mais ativa e confiante da vida profissional. Essa articulação entre intervenção clínica e políticas de inclusão reforça a importância de abordagens interdisciplinares para reduzir o estigma social e ampliar a cidadania no trabalho, visto que nos últimos anos, cresceu o interesse por abordagens terapêuticas que, além de tratar sintomas clínicos, contribuam para a construção de ambientes mais justos e inclusivos.

A DBT se destaca nesse cenário por oferecer uma perspectiva que integra saúde mental, validação da diversidade emocional e promoção de autonomia. O modelo dialético também propõe a ideia de múltiplas verdades e de validação de experiências distintas, o que dialoga diretamente com os princípios da diversidade (Linehan, 2018). Nesse sentido, essa abordagem amplia o escopo terapêutico para além do consultório, alcançando práticas organizacionais que valorizam a escuta ativa, a gestão emocional e a transformação institucional. Dessa forma, a DBT contribui não só para a saúde individual, mas para o redesenho de relações sociais mais igualitárias, inclusive no mundo do trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa teve como objetivo compreender o papel da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no desenvolvimento da funcionalidade, da competência profissional e na redução do estigma em pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) no ambiente de trabalho. A análise dos materiais selecionados evidenciou que, embora haja uma produção consolidada sobre a DBT e o TPB em contextos clínicos, persiste uma lacuna significativa de estudos que articulem essas temáticas ao universo laboral. A maior parte das pesquisas concentra-se nos efeitos terapêuticos da DBT sobre sintomas centrais do TPB, deixando pouco explorada a relação entre intervenção clínica, desempenho ocupacional e enfrentamento do estigma profissional.

Os achados convergem ao demonstrar que a DBT favorece o manejo da impulsividade, a regulação emocional, a assertividade e a efetividade interpessoal, habilidades que, ainda que desenvolvidas no âmbito clínico, podem repercutir positivamente na competência e na funcionalidade laboral. Tais habilidades são essenciais para o cotidiano organizacional, especialmente em ambientes que exigem convivência em equipe, resolução de conflitos e gestão emocional. No entanto, a ausência de estudos empíricos focados na inserção ou permanência de pessoas com TPB no mercado de trabalho limita a compreensão das formas pelas quais esses ganhos terapêuticos se traduzem em práticas laborais concretas.

Outro elemento importante encontrado refere-se ao estigma estrutural e institucional associado ao TPB. Estereótipos que vinculam o transtorno à instabilidade, imprevisibilidade e baixa confiabilidade continuam presentes no imaginário social e corporativo, criando barreiras significativas para a inclusão e a manutenção desses indivíduos em seus cargos. Embora a DBT possa reduzir comportamentos de risco e ampliar habilidades socioemocionais, esses avanços só se manifestam plenamente quando acompanhados de mudanças organizacionais que promovam acolhimento, informação e políticas efetivas de saúde mental no trabalho.

Assim, a análise realizada indica que, apesar da escassez de pesquisas diretamente voltadas à interface entre DBT, TPB e ambiente de trabalho, existem evidências suficientes para inferir conexões indiretas entre esses campos. A DBT surge então como uma abordagem potencialmente promissora para fortalecer a autonomia, a autorregulação e a competência funcional de pessoas com TPB, favorecendo trajetórias profissionais mais estáveis e diminuindo o impacto do estigma.

Do ponto de vista aplicado, este estudo sugere que princípios da DBT podem ser incorporados a programas de saúde mental corporativa, estratégias de gestão de pessoas e políticas públicas de inclusão laboral. Intervenções como oficinas de habilidades emocionais, ações de conscientização sobre estigma e treinamentos em comunicação assertiva podem aproximar os campos da clínica e do trabalho, contribuindo para ambientes organizacionais mais saudáveis, inclusivos e produtivos. A formação de psicólogos e gestores também se mostra um campo essencial de investimento, de modo a superar visões reducionistas e promover práticas baseadas em conhecimento científico atualizado.

Além das contribuições acadêmicas, esta pesquisa possibilitou um importante crescimento pessoal e profissional. A imersão no tema ampliou a compreensão sobre a complexidade do TPB, a potência transformadora da DBT e o impacto do estigma no cotidiano laboral. Refletir sobre a inclusão e a dignidade no trabalho reforça a necessidade de pensar a Psicologia para além do consultório, integrando-a às múltiplas esferas da vida cotidiana.

Em síntese, as considerações aqui desenvolvidas indicam que a DBT constitui um recurso consistente para a ampliação da funcionalidade e para o enfrentamento do estigma de pessoas com TPB, embora a interface com o ambiente laboral ainda demande aprofundamento científico. Mais do que uma contribuição acadêmica, este estudo representa um convite para que o diálogo entre a clínica e o campo social continue se ampliando, reafirmando a importância de compreender o sujeito borderline em sua integralidade, como alguém que sente, produz, trabalha e pertence.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC, 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>. Acesso em: 2 out. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder**. Washington, DC, 2025. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>. Acesso em: 2 out. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

CARMEL, A.; COMTOIS, K. A. **Integrating Dialectical Behavior Therapy–Accepting the Challenges of Employment and Self-Sufficiency (DBT-ACES) Strategies into Cognitive Behavior Therapy**. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, v. 53, p. 217–225, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/369654488_Integrating_Dialectical_Behavior_Therapy-Accepting_the_Challenges_of_Employment_and_Self-Sufficiency_DBT-ACES_Strategies_into_Cognitive_Behavior_Therapy. Acesso em: 2 out. 2025.

CAVALCANTE, R. L. C. et al. **Desafios e Perspectivas no Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline**. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024, Volume 6, Issue 9, Page 85-93. Disponível em: <chrome-native://pdf/link?url=content%3A%2F%2Fmedia%2Fexternal%2Fdownloads%2F1000157432>. Acesso em: 29 out. 2025.

CORRIGAN, P. W.; KOSYLUK, K. A.; RÜSCH, N. **Reducing self-stigma by coming out proud**. *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 5, p. 794–800, 2013. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301037. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301037>. Acesso em: 2 out. 2025.

FLICK, U. **Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia Prático para Iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FREIRE, J. V. C. et al. **Trauma infantil e Transtorno de Personalidade Borderline: uma revisão integrativa da literatura**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 74(1), 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0021>. Acesso em: 22 out. 2025.

HOLROYD, H. K. et al. **Staff Attitudes Towards Individuals with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review**. *Issues in Mental Health Nursing*, 2025. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2025.2537804>. Acesso em: 2 out. 2025.

KERNOT, J. et al. **Employment interventions to assist people who experience borderline personality disorder: a scoping review**. *BJPsych Open*, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10685697/>. Acesso em: 2 out. 2025.

LARIVIÈRE, N. et al. **What strategies do people with borderline personality disorder use to maintain their well-being and performance at work?** *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2025. Disponível em: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-025-00293-4>. Acesso em: 2 out. 2025.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder**. New York: Guilford Press, 1993. Disponível em: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839>. Acesso em: 2 out. 2025.

LINEHAN, M. M. **DBT Skills Training Manual**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2014. Disponível em: <https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462516998>. Acesso em: 2 out. 2025.

LINEHAN, M. M. et al. **Dialectical Behavior Therapy For High Suicide Risk In Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis**. *JAMA Psychiatry*, v. 72, n. 5, p. 475–482, 2015. Disponível em: [10.1001/jamapsychiatry.2014.3039](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2205835>. Acesso em: 2 out. 2025.

ROTHER, E. T. **Revisão Sistemática X Revisão Narrativa**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 17 nov. 2025.

SANTOS, A. R. F. et al. **Diagnóstico Diferencial entre Transtorno do Humor Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline: Uma Revisão Sistemática**. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 2023, 27(3):54-69. Disponível em: <http://www.revneuropsiq.com.br>. Acesso em: 29 out. 2025.

SWENSON, C. R. **DBT Principles in Action: Acceptance, Change, and Dialectics**. New York: Guilford Press, 2016. Disponível em: <https://www.guilford.com/books/DBT-Principles-in-Action/Charles-R-Swenson/9781462523934>. Acesso em: 2 out. 2025.

UNIVERSITY OF WASHINGTON - DBT-ACES. **DBT Next Steps** – Manuais e materiais. University Of Washington, Seattle, 2025. Disponível em: <https://www.dbtaces.com/manuals>. Acesso em: 2 out. 2025.

VICENTIN, P. M.; TANAKA, T. F. et al. **A importância do trabalho na construção da identidade de pessoas com deficiência**. *Revista Laborativa*, v. 10, n. 1, p. 118-143, 2021. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/3386>. Acesso em: 2 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Mental Health at Work**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>. Acesso em: 2 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Mental Health at Work**: Policy Brief/Guide. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://fbeu.net/wp-content/uploads/WHO-ILO-Mental-Health-at-Work-Guide-2022.pdf>. Acesso em: 2 out. 2025.