

# "ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO: uma revisão sistemática"

Matheus De Pontes Medeiros, Igor Rodrigues Suassuna, Edmundo De Oliveira Gaudêncio, Arthur Alves Costa Cordeiro, Ester Soares De Almeida, João Vinicius De Almeida Araújo Júnior, Kaique De Souza Gomes, Márcio Mágnio Macedo De Azevedo, Maria Dantas Nunes Bezerra, Mateus Gomes De Lira, Moisés Venicius Albuquerque Leal, Rodrigo Assis Machado De Araújo, Rute Soares De Almeida, Tarcísio Da Nóbrega Toscano De Brito Carneiro, Vinnicius De Sousa

## REVISÃO

### RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma doença psiquiátrica que afeta de diversas formas as relações interpessoais, e a percepção de autoimagem dos afetados, podendo levar a comportamentos de risco. A presente revisão sistemática (RS) tem como objetivo principal avaliar a relação entre o TPB e a prática de comportamentos sexuais de risco. Para fim de verificar tal relação, essa revisão foi feita, seguindo as diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses), a partir do apanhado de estudos prévios, dos últimos 20 anos, que realizaram a associação desses fatores, nas bases de dados PubMed, SCIELO e LILACS, através dos seguintes descritores: “Borderline Personality Disorder” e “Sexually Transmitted Diseases OR sexual risk behavior”. Após duas etapas de triagem, dos 37 artigos inicialmente compatíveis com os descritores, 6 foram selecionados como capazes de responder à associação proposta por nossa RS. Após a análise dos resultados, foi visto que há relação entre a TPB e a prática de comportamentos sexuais de risco, mas que é necessário mais estudos com populações significativas, evitando vieses, para melhor associação causal entre os fatores estudados. A importância dessa revisão é pautada nas graves consequências que esses tipos de comportamentos podem causar, além da possibilidade de adoção de medidas precoces para prevenção dessas consequências.

**Palavras-chave:** Transtorno de Personalidade Borderline; comportamento sexual de risco; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Psiquiatria.

**ABSTRACT**

Borderline Personality Disorder (BPD) is a psychiatric illness that affects interpersonal relationships and the perception of self-image of those affected in different ways, which can lead to risky behaviors. The main objective of this systematic review (SR) is to evaluate the relationship between BPD and the practice of risky sexual behaviors. In order to verify this relationship, this review was carried out, following the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) guidelines, based on a collection of previous studies from the last 20 years, which associated these factors, in the PubMed, SCIELO and LILACS databases, using the following descriptors: "Borderline Personality Disorder" and "Sexually Transmitted Diseases OR sexual risk behavior". After two screening stages, of the 37 articles initially compatible with the descriptors, 6 were selected as capable of responding to the association proposed by our IR. After analyzing the results, it was seen that there is a relationship between BPD and the practice of risky sexual behaviors, but that more studies with significant populations are needed, avoiding bias, for a better causal association between the factors studied. The importance of this review is based on the serious consequences that these types of behaviors can cause, in addition to the possibility of adopting early measures to prevent these consequences.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder; sexual risk behavior; Sexually Transmitted Diseases; Psychiatry.

**Instituição afiliada** – Universidade Federal de Campina Grande

**Dados da publicação:** Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.97>

**Autor correspondente:** *Igor Rodrigues Suassuna*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é uma forma clínico-psiquiátrica de conduta caracterizada por um padrão consistente de instabilidade na regulação afetiva, no controle de impulsos, em relacionamentos interpessoais e na percepção da autoimagem. Os indivíduos afetados são comumente percebidos como desafiadores, devido a episódios de agressividade, práticas prejudiciais à saúde e uma propensão a uma frequente utilização dos serviços de saúde (Mendez-Miller; Naccarato; Radico, 2022).

As principais características do TPB são a instabilidade nas relações interpessoais, na auto imagem e nas emoções. Indivíduos com esse transtorno muitas vezes experimentam mudanças rápidas e intensas de humor, têm dificuldade em regular suas emoções e podem ter um medo intenso de abandono. Além disso, podem apresentar impulsividade em várias áreas da vida, como gastos, sexo, abuso de substâncias, entre outros (Leichsenring *et al.*, 2024).

Baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o diagnóstico de TPB se dá na presença de cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas. 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor.
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la.
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

A origem do TPB é desconhecida. Há indícios de que sua manifestação resulta da interação complexa entre fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais, influenciando no desenvolvimento cerebral. Embora os estudos sejam escassos e tenham sido relatados valores diversos, há pelo menos evidências moderadas de transmissão genética e hereditariedade do Transtorno de Personalidade Borderline (Caspi *et al.*, 2002).

Os pacientes portadores de TPB enfrentam significativa morbidade, o que complica a prestação de cuidados médicos em comparação com outros indivíduos. A definição inicial do TPB remonta a 1978, sendo seguida pela publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Terceira Edição (DSM-III) em 1980, e, uma década depois, pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Kulacaoglu; Kose, 2018).

Tornou-se um diagnóstico estabelecido pela identificação sistemática de características clínicas, reconhecida como transtorno de personalidade emocionalmente instável. Tanto o DSM-5 quanto o CID-10 destacaram a instabilidade afetiva como critério essencial para o Transtorno de Personalidade Borderline.

A incidência do transtorno na população geral é de 1,6%, sendo frequente a presença de comorbidades psiquiátricas. Segundo uma pesquisa epidemiológica, 85% dos indivíduos com esse transtorno apresentavam pelo menos um distúrbio psiquiátrico adicional (Lenzenweger *et al.*, 2007).

Compreende-se que a disponibilidade de dados empíricos sobre a sexualidade em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline é limitada. No entanto, vários aspectos do transtorno estão propensos à associação com desafios na saúde sexual. Isso inclui impulsividade autodestrutiva (comportamento sexual impulsivo), distúrbio de identidade (identidade sexual instável) e relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, que podem envolver táticas relacionais dispendiosas na tentativa de manter um parceiro (comportamento sexual impulsivo e arriscado que pode expô-los à coerção e abuso) (Tragesser; Benfield, 2012).

Pouco se sabe sobre a saúde sexual e os relacionamentos de jovens com Transtorno de Personalidade Borderline, apesar de haver indícios de que adolescentes com TPB podem experimentar disfunção em relacionamentos românticos e têm maior probabilidade de ter um parceiro sexual. Por esse motivo, pretende-se, com esta revisão sistemática da literatura, verificar se há associação significativa entre o Transtorno de Personalidade Borderline e a adoção de comportamento sexual de risco (Thompson *et al.*, 2019).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A escassez de dados relativos ao estudo da associação entre o Transtorno de Personalidade Borderline e a adoção de comportamentos sexuais de risco dificulta não

somente o reconhecimento da problemática, como também o desenvolvimento de estratégias educacionais e de saúde que visem mitigar a vulnerabilidade à qual o grupo está exposto. Destarte, os resultados obtidos através desta revisão sistemática da literatura poderão ser de usufruto das autoridades competentes, no que diz respeito à elaboração de estratégias públicas de saúde voltadas à proteção do indivíduo portador de TPB.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão sistemática que contribua na investigação de possível associação entre o Transtorno de Personalidade Borderline e a adoção de comportamento sexual de risco.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar se pessoas diagnosticadas com TPB apresentam maior propensão à adoção de comportamentos sexuais de risco;
- Investigar se o acúmulo de características diagnósticas de TPB aumenta a adoção de comportamentos sexuais de risco;
- Observar a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em indivíduos com transtorno de personalidade borderline;
- Analisar se a presença de comorbidades psiquiátricas em pessoas diagnosticadas com TPB correlaciona-se com o aumento de práticas sexuais de risco.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio de uma revisão sistemática da literatura, seguindo as diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses). O propósito central foi analisar a correlação entre o Transtorno de Personalidade Borderline e a propensão ao comportamento sexual de risco em nível global. Como este estudo não implicou na coleta direta de dados de seres humanos ou de animais, não foi necessário submetê-lo à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## 2.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha de conduzir uma revisão sistemática da literatura para investigar a associação entre o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e comportamentos sexuais de risco é fundamentada em diversas razões. Em primeiro lugar, uma revisão sistemática permite uma análise abrangente e metódica de estudos pré-existentes, o que é crucial para reunir evidências sobre uma relação complexa como essa. Dada a natureza multifacetada do TPB e sua possível influência nos comportamentos sexuais, é essencial examinar uma gama diversificada de pesquisas para obter uma compreensão holística.

Além disso, a validação de uma revisão sistemática na comunidade acadêmica é incontestável. Esse método é reconhecido pela sua capacidade de sintetizar conhecimento existente, identificar lacunas na pesquisa e fornecer diretrizes para futuros estudos. A transparência e a replicabilidade inerentes a uma revisão sistemática garantem sua credibilidade, tornando-a uma ferramenta valiosa para o avanço do conhecimento em diferentes áreas, incluindo a saúde mental.

Ao adotar uma abordagem sistemática, pode-se garantir uma análise imparcial e rigorosa da literatura disponível sobre o tema. Isso permite explorar criticamente os resultados de estudos anteriores, examinar possíveis vieses e fornecer uma síntese objetiva das evidências disponíveis. Em um campo tão sensível e complexo como o estudo do TPB e seus impactos nos 18 comportamentos sexuais, a metodologia rigorosa de uma revisão sistemática é essencial para garantir resultados confiáveis e válidos.

## 2.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos publicados nos últimos 20 anos; 2) estudos observacionais de coorte, de caso-controle ou transversais obtidos de forma gratuita na íntegra; 3) a população observada em cada estudo deveria portar diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline ou elencar características dos critérios diagnósticos, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM); 4) estudos publicados em inglês, espanhol ou português.

Foram estabelecidos também critérios de exclusão: 1) estudos contemplando populações de idade inferior a 18 anos; 2) artigos em que os critérios diagnósticos não

foram claramente estabelecidos ou que não foram baseados no DSM-IV e DSM-V; 3) artigos de revisão; 4) artigos em que a associação entre o diagnóstico e o comportamento sexual de risco não foi explorada.

### 2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

Durante o mês de fevereiro de 2024, foram conduzidas buscas e uma seleção preliminar de artigos nas bases eletrônicas PubMed, SciELO e LILACS. Destaca-se que apenas o PubMed apresentou resultados positivos em resposta aos termos de busca utilizados, enquanto nas demais bases científicas não foram identificados artigos correspondentes durante esse período.

### 2.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram empregados, nas bases eletrônicas citadas, os seguintes descritores: (Borderline Personality Disorder) AND (Sexually Transmitted Diseases OR sexual risk behavior) AND (adult) AND (humans) NOT (child) NOT (infant) NOT (review). Todos os descritores estão alinhados ao Medical Subject Headings (MeSH), assim como os operadores booleanos.

Incluiu-se o descritor "Sexually Transmitted Diseases" na busca, reconhecendo sua capacidade de estabelecer uma conexão indireta entre o Transtorno de Personalidade Borderline e o comportamento sexual de risco, ampliando, assim, a abrangência da pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégia de busca

Bases de dados	Estratégia de busca	Período
PubMed	(Borderline Personality Disorder) AND (Sexually Transmitted Diseases OR sexual risk behavior) AND (adult) AND (humans) NOT (child) NOT (infant) NOT (review)	Fevereiro de 2024
SciELO		
LILACS		

Fonte: os autores, 2024.

### 2.5 PROCESSO DE SELEÇÃO

A seleção de artigos foi realizada em duas etapas, sendo uma preliminar e outra definitiva. A etapa preliminar foi realizada de forma independente pelos pesquisadores (IS e MP), com todo o processo em duplicidade. A etapa definitiva foi realizada simultaneamente pelos dois pesquisadores, em um processo único de seleção, a partir de consenso estabelecido.

## 2.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada pelos pesquisadores independentes (IS e MP), categorizando-se através da identificação do tipo de estudo, autoria, ano de publicação, delimitação de características sociodemográficas da amostra (incluindo quantidade, sexo, idade e etnia), extração de objetivos e correlação destes com a pergunta de pesquisa, extração de resultados e de conclusões. Devido à baixa quantidade de artigos selecionados, não houve necessidade de utilização de ferramentas de automação. Todos os dados foram elencados em tabelas, via EXCEL<sup>®</sup>.

Durante o processo de coleta de dados, foram destacadas as formas de validação diagnóstica de TPB, visto que a maior parte dos estudos traz o diagnóstico de forma autorrelatada. Sempre que foram mencionadas ferramentas diagnósticas, tais como questionários ou formulários, foram buscadas suas fontes de validação na literatura científica. Além disso, buscou-se de forma ativa a correlação destes dados com a constatação de comorbidades psiquiátricas.

## 2.7 LISTA DE DADOS

Para a listagem objetiva de dados, foi utilizada de forma adaptada a ferramenta STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology), que consiste em um *checklist* de 22 itens desenvolvido em 2004 para o relato adequado de estudos observacionais longitudinais (coorte e caso-controle) ou transversais.

A ferramenta foi utilizada como base para a construção da tabela de extração de dados, sendo simplificada para melhor se adequar ao tema de pesquisa. Mesmo quando ausentes da tabela, os dados foram reportados em diferentes tópicos deste estudo, garantindo uma descrição mais acurada dos resultados.

## 2.8 AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS DOS ESTUDOS

Foram utilizados dois instrumentos para avaliação do risco de viés: Escala NewCastle-Ottawa para estudos longitudinais e ferramenta AXIS para estudos transversais.

A Escala Newcastle-Ottawa (ENO) é uma ferramenta utilizada para avaliar a qualidade dos estudos de coorte e caso-controle. Ela foi desenvolvida para avaliar três domínios principais: seleção de estudos, comparabilidade entre grupos e avaliação de desfechos. Cada estudo é avaliado com base em uma pontuação total, sendo considerados de alta qualidade aqueles com menor risco de viés. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade metodológica do estudo.

A ferramenta AXIS (Appraisal tool for Cross-sectional Studies) foi desenvolvida por Downes *et al.* em 2016 e está disponível gratuitamente para uso acadêmico e de pesquisa. Consiste em uma lista de verificação com 20 itens específicos que abordam diferentes aspectos da metodologia, análise e relato de estudos transversais. Esses itens incluem questões sobre a seleção da amostra, descrição das variáveis, controle de viés, análise estatística, entre outros.

## 2.9 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Para estipular a qualidade da evidência trazida por cada um dos estudos incluídos nesta revisão, utilizou-se os níveis de evidência preconizados pelo “*Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*” (OCEBM).

O OCEBM desenvolveu um sistema para classificar a qualidade das evidências e a força das recomendações em medicina. Esse sistema é amplamente utilizado para avaliar a confiabilidade das evidências disponíveis em estudos científicos e orientar práticas clínicas. Os níveis de evidência do OCEBM são organizados em uma hierarquia que vai desde os estudos mais robustos até os menos confiáveis.

### 3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

#### 3.1 OBTENÇÃO DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS

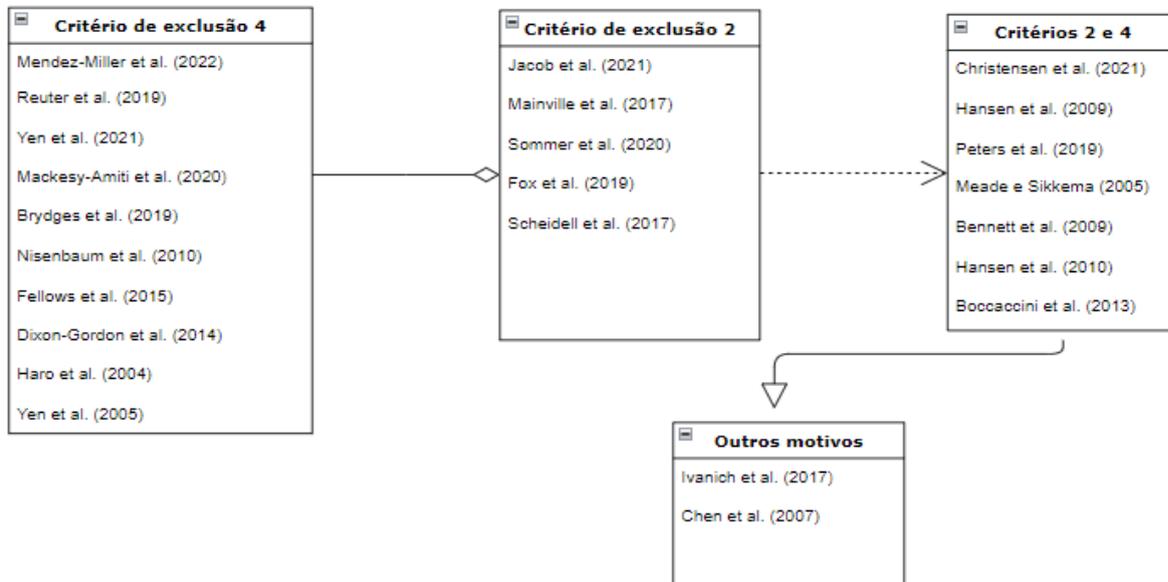
Os achados deste estudo são apresentados de forma visual em um fluxograma PRISMA (Linde *et al.*, 2013; Moher *et al.*, 2009). A busca eletrônica resultou em 37 artigos, todos obtidos do PubMed. A seleção e exclusão de artigos foram conduzidas manualmente, utilizando uma planilha no EXCEL<sup>®</sup>, seguindo critérios de elegibilidade estabelecidos. Duas etapas de seleção foram realizadas para chegar ao número final de estudos incluídos nesta revisão (Figura 2).

##### 3.1.1 Etapa preliminar

A partir dos descritores utilizados, foi possível a identificação de um total de 37 artigos no PubMed. Após a busca, os pesquisadores (IS e MP) iniciaram o processo de seleção preliminar, que ocorreu de forma independente. A seleção consistiu na leitura do título e do resumo de cada artigo, com o objetivo de aplicar os critérios de elegibilidade. Após a conclusão dos processos, individualmente, foi realizada uma reunião virtual para, de forma consensual, identificar quais artigos deveriam ser incluídos na etapa definitiva. Como resultado desse acordo, chegou-se a uma lista preliminar de 13 artigos.

Dos 24 artigos excluídos, 10 foram retirados por não abordarem a associação entre o transtorno e o comportamento sexual de risco, conforme estabelecido no critério de exclusão 4. Além disso, 5 foram excluídos por atenderem ao critério de exclusão 2, pois a população-alvo não satisfazia os critérios de TPB ou não acumulava características conforme o DSM. Adicionalmente, 7 artigos foram eliminados por atenderem simultaneamente aos critérios 2 e 4. Outros dois artigos foram excluídos por razões distintas; em um deles, a população-alvo era composta por pessoas sem-teto (um forte fator de confusão), enquanto no outro, o grupo controle era formado por indivíduos diagnosticados com TPB. A figura 1 representa o fluxograma de exclusão da etapa preliminar.

Figura 1 – Fluxograma da etapa parcial de exclusão



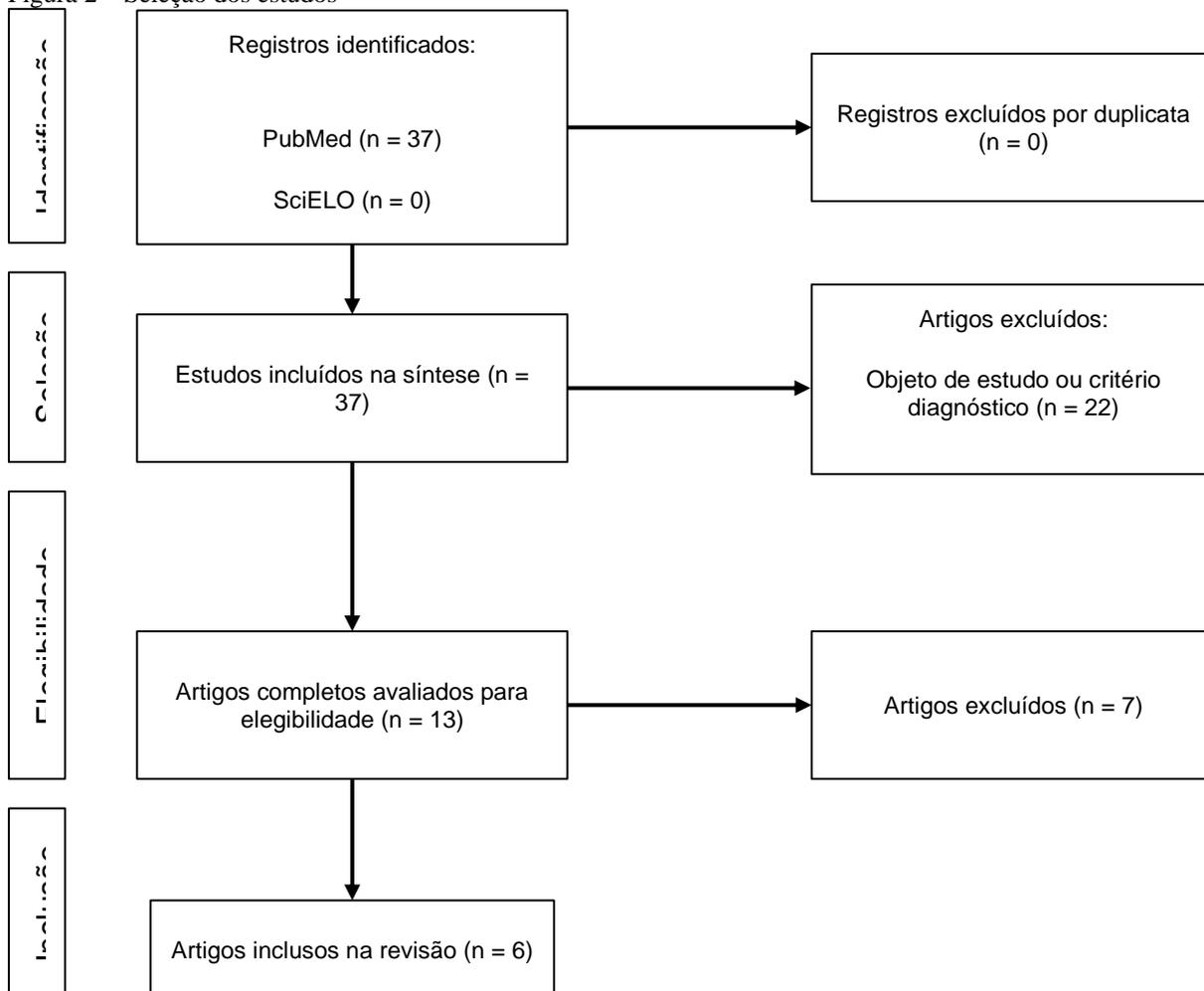
Fonte: os autores, 2024.

### 3.1.2 Etapa definitiva

A etapa definitiva de seleção ocorreu de forma integrada entre os pesquisadores, que participaram da leitura e discussão na íntegra dos 13 artigos remanescentes, em reunião presencial. Os critérios de exclusão foram novamente revisitados, para minimizar possíveis falhas seletivas decorrentes da etapa preliminar. Dessa forma, 7 artigos foram excluídos, restando um total de 6 artigos, que foram contemplados na presente revisão sistemática da literatura.

Entre os 7 artigos excluídos, dois foram retirados devido ao atendimento ao critério de exclusão 2. Dois artigos envolviam populações-alvo de usuários de drogas, dificultando o isolamento de fatores de risco independentes, o que representou um forte fator de confusão. Outro artigo foi excluído por não apresentar uma amostra representativa, com  $n = 74$ . Houve ainda um artigo que trazia uma população de usuários de drogas e não era quantitativamente representativo. Por fim, um apresentava uma população de usuários de drogas e também atendia ao critério de exclusão 2.

Figura 2 – Seleção dos estudos



Fonte: os autores, 2024.

### 3.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Essa revisão incluiu seis artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade, trazendo informações valiosas para responder os objetivos desta RS. Desses estudos, um (17%) foi um estudo de coorte, e cinco (83%) foram estudos transversais.

O número de amostra estudada variou de 354 a 17.491 participantes entre os artigos individuais, somando o número total de participantes envolvidos de 23.488. Destes, 2.060 (8,8%) foram diagnosticados e/ou preencheram os critérios diagnósticos para TPB, enquanto 20.102 (85,6%) não receberam diagnóstico e/ou não atenderam aos critérios para TPB. Além disso, 1.326 (5,6%) participantes não foram separados com base no diagnóstico, mas sim de acordo com os critérios (Quadro 2).

Os estudos incluíram populações distintas, como estadunidenses (3 estudos), europeus, australianos e taiwaneses (1 estudo de cada). Em 3 estudos a população era

exclusivamente do sexo feminino, enquanto nos outros 3 estudos havia participantes de ambos os sexos. O número de mulheres somadas em todos os estudos foi de 12.318 (52,4%), enquanto o de homens foi de 10.967 (46,7%). A idade dos participantes variou de 18 a 81 anos, com média de 37,5 anos.

Diferenciação de acordo com etnia, ou de presença de comorbidades psiquiátricas não estiveram presentes em todos os estudos, e serão aprofundadas na avaliação individual dos artigos.

Todos os artigos relacionam o diagnóstico de TPB ou suas características diagnósticas com a prática de comportamento sexual de risco. Porém, o comportamento sexual de risco foi analisado de diferentes formas entre os artigos, sendo que dois deles analisaram aspectos diversos, dois analisaram o número de parceiros, um analisou o consumo de álcool antes do sexo e um analisou a incidência de ISTs.

Dessa forma, observa-se que houve um bom espaço amostral analisado e uma importante variedade sociodemográfica entre os estudos, possibilitando o agrupamento de dados e resultados em diferentes populações, sexos, faixas etárias, dentre outros.

Quadro 2 – Características gerais dos estudos

(continua)

Autor	Título	Tipo de estudo	Nível de evidência	Amostra
Thompson <i>et al.</i> (2017)	Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology	Estudo transversal	4	N = 3.469
Sansone <i>et al.</i> (2011)	The Relationship Between Borderline Personality Disorder and Number of Sexual Partners	Estudo transversal	4	N = 354
Thompson <i>et al.</i> (2018)	Borderline Personality Disorder and Regularly Drinking Alcohol before Sex	Estudo transversal	4	N = 17.491

Quadro 2 – Características gerais dos estudos

(conclusão)

Autor	Título	Tipo de estudo	Nível de evidência	Amostra
Chen <i>et al.</i> (2019)	Borderline personality	Estudo de Coorte	2B	N = 3.345

	disorder is associated with an increased risk of sexually transmitted infections: A nationwide population-based cohort study in Taiwan			
Jardin <i>et al.</i> (2017)	Compelled to risk: does sexual compulsivity explain the connection between borderline personality disorder features and number of sexual partners?	Estudo transversal	4	N = 1.326
Selby <i>et al.</i> (2010)	Refining Behavioral Dysregulation in Borderline Personality Disorder Using a Sample of Women with Anorexia Nervosa	Estudo transversal	4	N = 718

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

### 3.2.1 Obtenção da amostra

No estudo de Thompson *et al.* (2017), a amostra de pacientes com TPB foi obtida através de um programa de intervenção precoce especializada para TPB em Melbourne, na Austrália. Já o grupo representativo da população foi obtido através do Australian Study of Health and Relationships (Smith *et al.*, 2007), pareado em idade, sexo e região geográfica com a população estudada, totalizando uma amostra de 254 mulheres. Houve preocupação dos autores quanto à representatividade da amostra, pareando os grupos. Ainda assim, o estudo aponta as variações demográficas como sendo uma limitação destacável.

Em Chen *et al.* (2019) foi utilizado o Longitudinal Health Insurance Database 2000 (LHID2000), que é uma base de dados referente a toda a informação médica de 1.000.000 de taiwaneses escolhidos aleatoriamente. Essa coorte incluiu todos os pacientes que haviam mais recentemente recebido o diagnóstico de TPB, apresentando 669 pacientes com esse diagnóstico, e um grupo controle quatro vezes maior (2.676) com características sociodemográficas semelhantes, totalizando uma amostra de 3.345 pessoas. Por se tratar do único estudo prospectivo dessa RS, foi o único que pôde ser utilizado para inferir causalidade.

No estudo de Thompson *et al.* (2018), a população estudada foi derivada da pesquisa estadunidense National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Grant *et al.*, 2009), que usou dados de residentes em alojamentos coletivos

nos EUA. A amostra analítica (n= 17.491) consistiu de participantes que foram sexualmente ativos e beberam pelo menos uma bebida alcoólica no último ano. Esse foi o primeiro estudo que se propôs a estudar a conexão entre o consumo regular de álcool antes do sexo em pacientes com TPB, utilizando uma amostra nacional representativa. No entanto, por se tratar de um estudo transversal, não pôde inferir causalidade, sugerindo a hipótese de que o diagnóstico pode levar a comportamento sexual de risco, mediado pela ingestão de entorpecente antes da prática sexual.

No estudo de Sansone *et al.* (2011), a amostra foi obtida através de pacientes que frequentavam ambulatórios de clínica médica por demanda de rotina, em uma cidade dos EUA. Neste estudo, foram excluídos pacientes com distúrbios psiquiátricos ou com dificuldade intelectual, obtendo-se um total de 419 participantes. Ao excluir indivíduos com comorbidades psiquiátricas, esse estudo não permitiu avaliar a possível associação destas com a prática de comportamento sexual de risco, sendo um fator limitante a um dos objetivos específicos desta RS. Além disso, foi visto que a maior parte da população era composta de indigentes, podendo haver fator de confusão, uma vez que as condições socioeconômicas podem exercer influência no número de parceiros sexuais.

No estudo de Jardim *et al.* (2017), jovens universitárias foram selecionadas através de folhetos e publicações em site do curso de psicologia de uma cidade dos EUA. Foram excluídas participantes com idade inferior a 18 anos e sem proficiência em inglês, obtendo-se uma amostra total de 1.326 mulheres. A amostra desse estudo sofre algumas limitações ponderáveis. Primeiro, foi constituída exclusivamente por estudantes universitárias, podendo não estender seus resultados para a população como um todo. Segundo, é uma amostra comunitária, sendo pouco representativa.

Selby *et al.* (2010) utilizaram mulheres inscritas no Estudo Colaborativo de Genética da Anorexia Nervosa, que foi conduzido em vários ambientes clínicos e de pesquisa na América do Norte e na Europa. Foram incluídas mulheres com diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN) e que tivessem pelo menos um parente de até 3º grau também com AN. Dentre os critérios de exclusão, não participaram do estudo pacientes com histórico de trauma grave do Sistema Nervoso Central, com diagnóstico de transtorno psicótico ou com qualquer deficiência do desenvolvimento, totalizando assim 718 mulheres. Essa amostra é significativamente limitada, pois a natureza diagnóstica concomitante pode se apresentar como forte fator de confusão. É possível que ambos os diagnósticos possuam efeito sinérgico, o que pode resultar em níveis elevados de desregulação comportamental, podendo não ser visto na população em geral.

### 3.2.2 Instrumentos para validação diagnóstica

Dos seis artigos contidos nesta revisão, apenas 2 (Thompson *et al.*, 2017; Chen *et al.*, 2019) utilizaram grupos de indivíduos com TPB diagnosticado por profissionais de saúde qualificados. Os demais artigos (Thompson *et al.*, 2018; Selby *et al.*, 2010; Sansone *et al.*, 2011; Jardim *et al.*, 2017) utilizaram ferramentas diagnósticas baseadas em autorrelato, o que representa uma importante limitação à qualidade metodológica destes, pois, todos estão sujeitos a vieses de memória e de desejabilidade social, podendo subestimar ou superestimar a quantidade de indivíduos diagnosticados.

Três artigos adotaram uma abordagem de diagnóstico para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) de forma categórica dicotômica (Thompson *et al.*, 2018; Sansone *et al.*, 2011; Chen *et al.*, 2019), enquanto outros dois optaram por uma abordagem dimensional contínua, agrupando indivíduos que exibem características do TPB sem categorizá-los claramente com o diagnóstico (Thompson *et al.*, 2017; Jardim *et al.*, 2017). Um dos estudos (Selby *et al.*, 2010) comparou as abordagens categórica e dimensional em relação à capacidade de predição do desfecho. A variação na forma de abordagem diagnóstica alinha-se com os objetivos desta RS, uma vez que permite discriminar a associação do comportamento sexual de risco com o diagnóstico de TPB ou com o acúmulo de suas características, sem determinação diagnóstica. Essa proposta fundamenta-se nas mais atuais evidências, que sustentam a avaliação do TPB de forma contínua.

Além disso, três estudos utilizaram exclusivamente os critérios diagnósticos contidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (Thompson *et al.*, 2017; Thompson *et al.*, 2018; Selby *et al.*, 2010). Destes, um (Selby *et al.*, 2010) empregou uma adaptação do DSM-IV, aumentando o número de critérios exigidos para caracterizar o aspecto impulsivo do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Essa modificação foi necessária devido à composição da amostra do estudo, que consistia em indivíduos previamente diagnosticados com anorexia nervosa.

Jardim *et al.* (2017) utilizaram um formulário online contendo os 220 itens do Inventário Dimensional de Personalidade para o DSM-5 (IDP-5). Após isso, os pesquisadores escolheram os itens que se correlacionam com o diagnóstico de TPB pelos critérios do DSM-5, categorizando os itens que medem ansiedade, depressão, labilidade emocional, hostilidade, impulsividade e insegurança de abandono. Para avaliar

compulsividade sexual, esse estudo utilizou o *Hypersexual Behavior Inventory-19* (HBI-19), uma medida de autorrelato de 19 itens, baseado nos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-5 para transtorno hipersexual. No entanto, o HBI-19 foi desenvolvido em uma amostra exclusivamente masculina, não sendo validado em uma amostra feminina, como a do estudo em questão.

Sansone *et al.* (2011) fizeram uso concomitante dos critérios de diagnóstico para TPB do DSM-IV, juntamente com o Inventário de Automutilação (IA). Este último é uma medida de autorrelato que consiste em 22 itens de resposta sim/não, os quais investigam os históricos de comportamento de automutilação dos participantes. Pontuações totais iguais ou superiores a 5 são altamente sugestivas do diagnóstico de TPB. As ferramentas foram utilizadas de forma independente para avaliação do desfecho estudado e, posteriormente, comparadas. Nesse estudo, os métodos diagnósticos concomitantes apresentaram consistência interna, não havendo diferenças significativas nos desfechos encontrados em paralelo pelas ferramentas.

### 3.3 RISCO DE VIÉS NOS ESTUDOS

Foram utilizados dois instrumentos para avaliação do risco de viés: a ferramenta AXIS para estudos transversais (Tabela 1) e a Escala NewCastle-Ottawa (NOS) para estudos longitudinais (Tabela 2). Quanto maior a pontuação em ambas as escalas, melhor a qualidade geral dos estudos, e menor o risco de vieses. As escalas são divididas em categorias, as quais estão listadas nas respectivas tabelas, juntamente com o somatório total de pontos conquistados.

Tabela 1 – Ferramenta de avaliação para estudos transversais - AXIS

Autor	Introdução	Métodos	Resultados	Discussão	Outros	Total
Thompson <i>et al.</i> (2017)	1/1	8/10	3/5	2/2	2/2	16/20
Sansone <i>et al.</i> (2011)	1/1	7/10	4/5	2/2	2/2	16/20
Thompson <i>et al.</i> (2018)	1/1	8/10	4/5	2/2	2/2	17/20
Jardin <i>et al.</i> (2017)	1/1	5/10	3/5	2/2	2/2	13/20

Selby <i>et al.</i> (2010)	0/1	6/10	4/5	2/2	2/2	14/20
-------------------------------	-----	------	-----	-----	-----	-------

Fonte: Os autores, 2024.

Tabela 2 – Ferramenta de avaliação para estudos observacionais longitudinais - Escala Newcastle-Ottawa

Autor	Seleção	Comparabilidade	Exposição	Total
Chen <i>et al.</i> (2019)	4/4	2/2	3/3	9/9

Fonte: Os autores, 2024.

Dos cinco estudos transversais contidos nessa RS, quatro apresentaram pontuação maior ou igual a 70% do total possível (Thompson *et al.*, 2017; Sansone *et al.*, 2011; Thompson *et al.*, 2018; Selby *et al.*, 2010), evidenciando qualidade metodológica adequada. Apenas o estudo de Jardin *et al.* (2017) recebeu qualificação inferior, justificado pela baixa qualidade metodológica apresentada. Isso se deveu, primeiro, à amostra não representativa, limitada a uma população comunitária de jovens universitárias. Segundo, todos os diagnósticos foram de natureza autorrelatada, sujeitando-se a vieses de memória e de desejabilidade social. Terceiro, a medida de compulsividade sexual, relacionada ao comportamento sexual de risco foi baseada em uma ferramenta validada apenas para a população masculina, podendo, portanto, não ser significativa para avaliação de mulheres.

Cabe ainda ressaltar a importante sujeição do estudo de Selby *et al.* (2010) ao viés de seleção, uma vez que foi obtida uma amostra que possuía diagnóstico prévio de AN, caracterizando possível fator de confusão. Apesar da satisfatória pontuação geral de 14/20, obtida através da ferramenta *AXIS*, nota-se que a metodologia recebeu pontuação inferior a 70% do total possível.

Ademais, o estudo de Chen *et al.*, (2019), único prospectivo presente nessa RS, recebeu pontuação máxima, em acordo com a NOS, devido ao rigor apresentado em cada uma das etapas de avaliação. Representa, deste modo, elevado nível de evidência em seus resultados propostos.

### 3.4 AVALIAÇÃO DESCRITIVA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A sumarização dos objetivos, principais resultados e conclusões de cada um dos estudos inclusos nesta RS pode ser identificada na tabela abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 – Sumarização dos artigos

(continua)

Autores	Objetivos do estudo	Resultados	Conclusões
Thompson <i>et al.</i> (2017)	Investigar aspectos da sexualidade e saúde sexual entre jovens do sexo feminino com patologia de TPB e compará-lo com uma amostra de população saudável correspondente.	Mulheres jovens com TPB envolveram-se em relações sexuais numa idade mais jovem, com mais parceiros sexuais no ano anterior, em relações mais casuais. Eles eram mais propensos a praticar sexo inseguro na sua primeira experiência sexual, a serem coagidos a atividades sexuais indesejadas, a não ter clareza sobre sua identidade sexual ou atração sexual e a relatar pior estado geral de saúde	A patologia do TPB em jovens está associada a problemas de saúde e segurança sexual e à incerteza na formação da identidade sexual. Os resultados indicam que o padrão geral de sexualidade e saúde sexual em adultos com TPB está presente no início do curso do transtorno.
Sansone <i>et al.</i> (2011)	Verificar se indivíduos com TPB se relacionaram com mais parceiros sexuais ao longo de sua vida, em comparação àqueles sem diagnóstico.	Indivíduos com TPB positivo relataram quase o dobro de parceiros sexuais do que aqueles com TPB negativo ( $F(1,352) = 17,81, p < 0,001$ [QDP-4] e $F(1,352) = 44,42, p < 0,001$ [IA]).	Indivíduos com TPB relataram substancialmente mais parceiros sexuais do que aqueles sem TPB, de acordo com duas medidas de TPB.

Quadro 3 – Sumarização dos artigos

(conclusão)

Autores	Objetivos do estudo	Resultados	Conclusões
Thompson <i>et al.</i> (2018)	Examinar a associação entre TPB e consumo regular de álcool antes do sexo.	O diagnóstico de TPB dobrou a chance de beber regularmente antes do sexo (AOR) = 2,26. As chances de beber regularmente antes do sexo aumentaram 20% para cada critério diagnóstico (AOR = 1,20).	O diagnóstico de TPB foi associado a um aumento significativo nas chances de beber regularmente antes do sexo, mesmo após ajuste para muitas covariáveis importantes.
Chen <i>et al.</i> (2019)	Determinar se o TPB está associado a um risco aumentado de IST subsequente	Pacientes com TPB estavam predispostos a desenvolver IST (HR: 4,17, IC 95% 1,62 a 10,8) após ajuste para dados demográficos e comorbidades psiquiátricas. Quando o efeito das comorbidades foi excluído, os pacientes com TPB pura exibiram significativamente a associação de risco para IST subsequente após ajuste para todas as	Dada a maior possibilidade de o TPB estar associado a um risco aumentado de ocorrência de IST, deveria haver medidas terapêuticas adotadas pelos profissionais de saúde numa variedade de contextos.

		variáveis (HR: 4,24, IC 95% 1,25 a 14,4).	
Jardin <i>et al.</i> (2017)	Testar se a relação das características do TPB com o aumento do número de parceiros sexuais entre uma amostra de jovens universitárias pode ser explicada por compulsividade sexual.	As características do TPB foram significativamente relacionadas à compulsividade sexual (B = 0,495; SE = 0,042; t = 11,889, p < 0,001) e demonstraram um efeito indireto significativo no número de parceiros sexuais via compulsividade sexual (efeito indireto não padronizado = 0,110; SE = 0,024; t = 4,650, p < 0,001).	A compulsividade sexual pode ser parcialmente responsável por parcerias sexuais arriscadas realizadas por mulheres com altos níveis de características de TPB.
Selby <i>et al.</i> (2010)	Explorar a associação entre o TPB e uma variedade de comportamentos desregulados entre uma amostra de indivíduos com diferentes subtipos de anorexia nervosa.	A medida contínua de TPB foi um preditor significativo para todos os comportamentos desregulados: comportamentos sexuais de risco (Wald = 11,85, p < 0,01, OR = 1,51), uso indevido de álcool (Wald = 32,99, p < 0,001, OR = 1,18), uso de drogas ilícitas (Wald = 18,10, p < 0,001, OR = 1,16).	Foram encontradas diferenças na previsão de comportamentos desregulados usando diagnósticos dicotômicos de TPB e uma medida contínua de TPB, destacando a importância de refinar os procedimentos de avaliação para TPB.

Fonte: Os autores, 2024.

### 3.4.1 Resultados e discussão dos estudos individuais

Cada um dos seis estudos avaliados nesta revisão sistemática possuem resultados relevantes para responder a um ou mais dos objetivos propostos.

Thompson *et al.* (2017), que em seu estudo objetivou relacionar aspectos da sexualidade em mulheres jovens com TPB em comparação com a população sem essa comorbidade, viu em seus resultados que o grupo com TPB iniciou a vida sexual mais precocemente (TPB M: 15,6 / DP: 2,30 ; Controle M: 17,11 / DP: 2,01; p<0,0005). Além disso, teve maior probabilidade de não usar nenhum tipo de contracepção na primeira relação sexual (n = 12/38, 31,6%), enquanto os controles usaram principalmente preservativo (n = 110/155, 71,0%) ( $\chi^2 = 27,48$ , df = 4, P < 0,0005).

O grupo com TPB teve uma probabilidade significativamente maior de estar em um relacionamento casual (n = 16/39, 41,0%), em comparação com os controles que se envolveram em relacionamentos estáveis (n = 123/155, 79,4%) ( $\chi^2 = 14,42$ , df = 4, P = 0,006). Eles também eram significativamente mais propensos a terem sido forçados mais vezes a se envolverem em atividades sexuais que indesejadas (t = - 0,24, gl = 27,86, P =

0,023).

Porém, o grupo com TBP foi significativamente mais propenso a usar contraceptivos em seu relacionamento atual (TBP 68,4%, controle 44,2%;  $\chi^2 = 4,60$ ,  $df = 1$ ,  $P < 0,032$ ), resultado este que foge do padrão esperado. Também, a prevalência de casos de ISTs estudadas foram semelhantes entre os dois grupos, com exceção que o grupo com TPB teve uma incidência significativamente maior de Candida / Tordo ( $\chi^2 = 6,23$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0,013$ ).

Sansone *et al.* (2011) investigaram se o diagnóstico de TPB se relaciona com maior número de parceiros sexuais, em comparação ao grupo controle. Os autores utilizaram dois questionários para chegar ao diagnóstico de TPB, de forma autorrelatada. Através do QDP-4, chegou-se ao número de 57 indivíduos diagnosticados com TPB dentre a amostra total ( $n = 354$ ). ANOVA unidirecional revelou que indivíduos com TPB positivo ( $M = 11,28$ ,  $DP = 11,01$ ) relataram quase o dobro do número de parceiros sexuais em comparação com indivíduos com TPB negativo ( $M = 6,23$ ,  $DP = 7,66$ ),  $F(1.352) = 17,81$ ,  $p < 0,001$ . Utilizando-se do segundo questionário, o Inventário de Automutilação, o mesmo número de indivíduos diagnosticados com TPB foi obtido ( $n = 57$ ), apesar de apenas 36 participantes terem excedido ambas as pontuações diagnósticas. ANOVA unidirecional revelou que indivíduos com TPB positivo ( $M = 13,51$ ,  $DP = 12,56$ ) relataram mais que o dobro do número de parceiros sexuais em comparação com indivíduos com TPB negativo ( $M = 5,80$ ,  $DP = 6,80$ ),  $F(1.352) = 44,42$ ,  $p < 0,001$ . Ademais, Sexo e idade foram analisados, mas não mostraram correlação significativa com a pontuação nos questionários.

Dessa forma, esse estudo sugere uma associação direta entre o diagnóstico de TPB e o maior número de parceiros sexuais, medida essa considerada um comportamento sexual de risco.

Thompson *et al.* (2018), que avaliaram a associação entre TPB e o consumo de álcool antes do sexo, viu que naqueles que não consumiam álcool antes do sexo ( $N=16.876$ ), 6,2% preenchem critérios para o diagnóstico de TPB, em contraste com 16,9% encontrado naqueles que consumiam álcool regularmente antes do sexo ( $N=615$ ). Ajustado para dados demográficos, frequência de consumo de álcool, status de relacionamento ou qualquer comorbidade psiquiátrica, o diagnóstico de TPB mais que dobrou as chances de beber regularmente antes do sexo (AOR = 2,26; IC = 1,63, 3.14).

A contagem média do critérios diagnósticos de TPB para aqueles que não consumiam álcool regularmente antes do sexo foi de 1,23 ( $DP = 1,78$ ), enquanto a média

para aqueles que consumiram foi de 2,19 (DP = 2,33). Somado a isso, após ajuste para covariáveis, as chances de beber regularmente antes do sexo aumentaram 20% para cada critério diagnóstico de TPB adicional (AOR = 1,20; IC = 1,14,1,27).

Chen *et al.* (2019) visaram correlacionar a incidência de ISTs em pacientes com TPB comparativamente à população semelhante sem essa comorbidade, através de um estudo de coorte com uma população ampla do Taiwan. A taxa de incidência de ISTs foi de 4,91 e 1,39 por 1.000 pessoas-ano em pacientes com e sem TPB, respectivamente. O hazard ratio (HR) ajustado para o desenvolvimento de IST foi significativamente mais elevado para a coorte de TPB mesmo após o controle de outros dados demográficos e comorbidades basais (HR: 4,17, IC 95% 1,62 a 10,8). Os pacientes com TPB pura também exibiram associação de risco significativa para o desenvolvimento de IST, mesmo após ajuste para todas as variáveis (HR: 4,24, IC 95% 1,25 a 14,4).

Jardin *et al.* (2017) examinaram a possível associação entre a compulsão sexual geralmente observada em indivíduos com TPB e o número de parceiros sexuais. Os pesquisadores utilizaram as características do transtorno em uma quantificação dimensional, sem estabelecer critérios clínicos para diagnóstico. Com isso, observaram traços de personalidade do portador de TPB, investigando individualmente sua correlação potencial com compulsão sexual.

Para avaliação objetiva da compulsividade sexual, foi utilizado o Hypersexual Behavior Inventory-19 (HBI), uma medida de autorrelato de 19 itens, baseado nos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-5 para transtorno hipersexual. Nesse estudo, o comportamento sexual de risco foi estimado através do número de parceiros com quem a população estudada (n = 1.326 mulheres universitárias) tivera sexo com penetração e da frequência de relação sexual com e sem preservativo nos últimos 6 meses.

As participantes do estudo relataram uma média de 1,149 parceiros sexuais (DP = 1,596; variação: 0 a 30). Cada um dos indicadores da subescala do Inventário Dimensional de Personalidade do DSM-V (PID-5) de TPB demonstrou correlações significativas com cada um dos indicadores da subescala HBI de compulsividade sexual. Após controle dos efeitos das covariáveis do modelo, as características do TPB foram significativamente relacionadas à compulsividade sexual (B = 0,495; SE = 0,042; t = 11,889, p < 0,001). Também foi visto um efeito indireto significativo no número de parceiros sexuais via compulsividade sexual (efeito indireto não padronizado = 0,110; SE = 0,024; t = 4,650, p < 0,001). Todavia, o efeito direto das características do TPB no número de parceiros sexuais não foi significativo (B = 0,006; SE = 0,037; t = 0,155, p =

0,876).

Por fim, Selby *et al.* (2010) se propuseram a investigar a relação entre o TPB e uma série de comportamentos considerados disruptivos, incluindo o comportamento sexual de risco, em uma população de mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa ( $n = 718$ ). Nesse estudo, os autores utilizaram medida categórica do diagnóstico de TPB, mas também fizeram uso de abordagem dimensional das características do transtorno, permitindo a comparação entre as duas abordagens.

Os resultados de regressão logística evidenciaram que o diagnóstico de TPB previu significativamente a presença de comportamentos disruptivos, tais como uso indevido de álcool (Wald = 29,09,  $p < 0,001$ , odds ratio [OR] = 7,10) ou uso de drogas nas ruas (Wald = 22,46,  $p < 0,001$ , OR = 5,60). Entretanto, não foi capaz de prever comportamentos sexuais de risco. Em contrapartida, a medida contínua de TPB foi um preditor significativo para todos os comportamentos desregulados, incluindo comportamentos sexuais de risco (Wald = 11,85,  $p < 0,01$ , OR = 1,51).

Dessa forma, fica clara a majoritária positividade em todos os estudos analisados para a associação entre o TPB e seus critérios diagnósticos com a prática de comportamentos sexuais de risco, seja isso através de associações diretas como o número de parceiros sexuais e o sexo desprotegido, ou através de associações indiretas, como a incidência e prevalência de ISTs, e o consumo de substâncias entorpecentes antes do sexo.

### 3.4.2 Resultados descritivos e discussão das sínteses

A análise dos seis estudos contidos nesta RS demonstrou que houve relação entre o diagnóstico de TPB ou de sua medida contínua com adoção de comportamentos sexuais de risco na totalidade das evidências apresentadas (100%). Três destes artigos (Thompson *et al.*, 2017; Sansone *et al.*, 2011; Jardim *et al.*, 2017) evidenciaram relação entre TPB e maior propensão a elevado número de parceiros sexuais em comparação ao controle. Os resultados deste estudo são importantes, pois um maior número de parceiros sexuais é um comportamento que leva à maior exposição a ISTs e a gravidez indesejada.

Além disso, dois estudos (Thompson *et al.*, 2018; Selby *et al.*, 2010) sugeriram maior suscetibilidade ao consumo de substâncias entorpecentes. Thompson *et al.* (2018) descreveram maior frequência de uso de álcool antes de relações sexuais, enquanto Selby *et al.* observaram maior tendência a comportamentos disruptivos, incluindo a utilização de drogas ilícitas. Dessa forma, vê-se um comportamento de risco, pois esse consumo de

álcool pode levar à diminuição da capacidade de julgamento e ao aumento da propensão a assumir riscos, incluindo a prática de relação sexual desprotegida.

Também foi estudada uma medida indireta sobre o comportamento sexual de risco, que foi a incidência ou prevalência de ISTs (Chen *et al.*, 2019; THOMPSON *et al.*, 2017). Chen *et al.* (2019) fizeram fortes associações entre pacientes com TPB e o aumento da incidência de ISTs, enquanto Thompson *et al.* (2017) fizeram uma análise mais superficial e oportunística, com resultado negativo para essa associação de fatores. Apesar da discordância de resultados, observa-se que o estudo de Chen *et al.* (2019) foi voltado diretamente para essa associação, com um desenho de maior qualidade de evidência (coorte), e com um número consideravelmente maior da amostra (669 pacientes com TPB enquanto o outro apresentou 50 mulheres com esse diagnóstico), de forma que a associação entre o diagnóstico de TPB e as ISTs se sobressai nos estudos analisados por esta revisão.

Outrossim, dois estudos correlacionam os critérios diagnósticos do TPB isoladamente com a adoção de comportamentos sexuais de risco (Thompson *et al.*; Jardim *et al.*, 2017). Thompson *et al.* (2018) descreveram um maior número de critérios diagnósticos de TPB naqueles indivíduos que consumiram álcool antes das relações sexuais, além de aumento da chance de realizar esse comportamento para cada critério diagnóstico extra adicionado. Já Jardim *et al.* (2017) observaram correlação entre cada um dos indicadores de TPB estudados com os indicadores de compulsividade sexual. Todavia, o efeito direto das características do TPB no número de parceiros sexuais não foi significativo.

Uma justificativa para essa associação de aumento de risco com os critérios diagnósticos provavelmente se deve ao fato de que os diagnósticos psiquiátricos muitas vezes são tomados a partir de critérios empíricos e subjetivos, compartilhados inclusive por mais de uma doença, de forma que quanto mais critérios diagnósticos de TPB são encontrados nos pacientes, maior a chance de o diagnóstico estar correto, e as manifestações da doença apresentarem maior intensidade.

Por fim, as comorbidades psiquiátricas foram definidas em três dos estudos analisados (Thompson *et al.*, 2017; Thompson *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2019), de forma que em todos eles a prevalência dessas comorbidades foi significativamente mais elevada no grupo com TPB do que no controle. Porém, em nenhum estudo foi analisado o aumento do risco de adoção de comportamentos sexuais de risco de acordo com o número de diagnósticos psiquiátricos extras, que é um dos objetivos desta revisão. É importante que

mais estudos pesquisem essa associação devido à alta prevalência de comorbidades com o TPB, levando a um fator de confusão considerável.

#### **4 CONCLUSÃO**

Partindo-se do que foi exposto, é possível avaliar e sustentar a hipótese de que o diagnóstico clínico de Transtorno de Personalidade Borderline ou o acúmulo de suas características, em mensuração contínua, aumentam a inclinação às práticas e comportamentos sexuais de risco. Através dos estudos incluídos nessa RS, pôde-se observar em unanimidade o pressuposto da associação entre risco e desfecho.

Os estudos analisados revelaram uma maior tendência para envolvimento em relações sexuais com múltiplos parceiros, início precoce de atividades sexuais, práticas sexuais inseguras, consumo de drogas antes do sexo, incidência de ISTs e comportamento sexual compulsivo. Não houve evidência suficiente para estabelecer uma associação entre a presença de comorbidades psiquiátricas e a adoção de comportamentos sexuais de risco.

Não obstante, é preciso pontuar as limitações encontradas durante a execução deste estudo. Primeiro, a disponibilidade de artigos é baixa, limitando a qualidade metodológica dos estudos disponíveis. Segundo, apenas um estudo presente nesta revisão é de cunho prospectivo. Os demais são transversais, não permitindo o estabelecimento de relação causal. Portanto, os resultados obtidos fortalecem a hipótese de pesquisa, sugerindo associação entre risco e desfecho, mas sem capacidade de prova. Terceiro, a prevalência de TPB na população mundial é pequena, exigindo uma cobertura amostral ampla e diversificada. A maioria dos estudos selecionados envolveu populações específicas e pouco representativas. No entanto, ao analisá-los em conjunto, foi possível compor uma amostra diversificada, o que confere validade a esta revisão sistemática como uma ferramenta de pesquisa de relevância.

Finalmente, este estudo representa uma das primeiras revisões sistemáticas realizadas a se preocupar em associar o TPB com adoção de comportamentos sexuais de risco. Apesar das limitações impostas, as sínteses realizadas poderão ser de contributo para a elaboração de estratégias de prevenção em saúde, alertando os profissionais da área a respeito dos riscos aos quais essa população específica está submetida. É imperioso que sejam obtidas mais evidências a respeito da exposição de risco e que sejam elaboradas estratégias de mitigação de tais práticas, pondo em prioridade o bem-estar do paciente.

## 5 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC: **American Psychiatric Publishing**.

ARAUJO, T. B. *et al.* Cortical morphology changes in women with borderline personality disorder: a multimodal approach. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 32-38, jan.-mar. 2014.

BASSIR NIA, A. *et al.* Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. **Current Opinion in Psychology**, v. 21, p. 60-68, jun. 2018.

CASPI, A. *et al.* Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. **Science**, v. 297, n. 5582, p. 851-854, ago. 2002.

CHEN, S. F. *et al.* Borderline personality disorder is associated with an increased risk of sexually transmitted infections: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. **Sexually Transmitted Infections**, v. 95, n. 7, p. 529-533, nov. 2019.

DISTEL, M. A. *et al.* Borderline personality features in depressed or anxious patients. **Psychiatry Research**, v. 241, p. 224-231, 30 jul. 2016.

DUBOVSKY, A. N.; KIEFER, M. M. Borderline personality disorder in the primary care setting. **Medical Clinics of North America**, v. 98, n. 5, p. 1049-1064, set. 2014.

EULER, S. *et al.* Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. **Psychopathology**, v. 51, n. 2, p. 110-121, 2018.

FERRER, M. *et al.* Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 267, n. 6, p. 541-549, set. 2017.

HARTY, E. "Embodying opposites" - A case illustration of Dance Movement Therapy as an additional intervention in the treatment of comorbid Borderline Personality Disorder

and Complex Post Traumatic Stress Disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 80, n. 4, p. 900-911, abr. 2024.

HALL, K.; MORAN, P. Borderline personality disorder: an update for neurologists. **Practical Neurology**, v. 19, n. 6, p. 483-491, dez. 2019.

KARATZIAS, T.; *et al.* Distinguishing between ICD-11 complex post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research. **British Journal of Psychiatry**, v. 223, n. 3, p. 403-406, set. 2023.

KHOSRAVI, M. Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, p. 38, 17 ago. 2020.

KRAUSE-UTZ, A. *et al.* The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. **Current Psychiatry Reports**, v. 16, n. 3, p. 438, mar. 2014.

KULACAOGLU, F.; KOSE, S. Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. **Brain Sci.**, v. 8, n. 11, p. 201, nov. 2018.

LADDIS, A.; DELL, P. F.; KORZEKWA, M. Comparing the symptoms and mechanisms of "dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 18, n. 2, p. 139-173, mar.-apr. 2017.

LEICHSENDRING, F. *et al.* Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. **World Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 4-25, fev. 2024.

LENZENWEGER, M. F. *et al.* DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 553-564, set. 2007.

LEVY, K. N. *et al.* Treatment of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 41, n. 4, p. 711-728, dez. 2018.

MARTIN, S.; GRAZIANI, P.; DEL-MONTE, J. Comparing impulsivity in borderline

personality, schizophrenia and obsessive-compulsive disorders: Who is ahead? **Journal of Clinical Psychology**, v. 77, n. 7, p. 1732-1744, jul. 2021.

MAY, J. M.; RICHARDI, T. M.; BARTH, K. S. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. **Mental Health Clinician**, v. 6, n. 2, p. 62-67, mar. 2016.

MENDEZ-MILLER, M.; NACCARATO, J.; RADICO, J. A. Borderline Personality Disorder. **American Family Physician**, v. 105, n. 2, p. 156-161, fev. 2022.

MILLER, A. E.; RACINE, S. E.; KLONSKY, E. D. Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. **Eating Disorders**, p. 1-14, 15 jul. 2019.

MOUKHTARIAN, T. R. *et al.* Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 5, p. 9, 20 maio 2018.

PARIS, J.; BLACK, D. W. Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 203, n. 1, p. 3-7, jan. 2015.

PARIS, J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 41, n. 4, p. 575-582, dec. 2018.

PENNER, F. *et al.* A study of risky sexual behavior, beliefs about sexual behavior, and sexual self-efficacy in adolescent inpatients with and without borderline personality disorder. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, v. 10, n. 6, p. 524-535, nov. 2019.

ROSENBACH, C. *et al.* Study protocol for a multi-center RCT testing a group-based parenting intervention tailored to mothers with borderline personality disorder against a waiting control group (ProChild\*-SP1). **Trials**, v. 23, n. 1, p. 589, 23 jul. 2022.

SCHULZE, A. *et al.* On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. **Borderline Personality Disorder and**

**Emotion Dysregulation**, v. 9, n. 1, p. 35, 19 dez. 2022.

SHAH, R.; ZANARINI, M. C. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 41, n. 4, p. 583-593, dez. 2018.

SCHIJVEN, E. P. *et al.* Evaluating a selective prevention program for substance use and comorbid behavioral problems in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities: Study protocol of a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 167, 22 jul. 2015.

SHEN, C. C.; HU, L. Y.; HU, Y. H. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 17, n. 1, p. 8, 11 jan. 2017.

STERN, B. L.; YEOMANS, F. The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 41, n. 2, p. 207-223, jun. 2018.

TERLIZZI, E. P.; VILLARROEL, M. A. Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States, 2019. **NCHS Data Brief**, n. 378, p. 1-8, sep. 2020.

THOMPSON, K. N. *et al.* Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 502-508, jun. 2019.

TRAGESSE, S. L.; BENFIELD, J. Borderline personality disorder features and mate retention tactics. **Journal of Personality Disorders**, v. 26, n. 3, p. 334-344, jun. 2012.