

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA¹

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND NURSING ASSISTANCE IN PSYCHIATRIC EMERGENCY

Ariane Alves Pollis², Ingrid Iohn de Oliveira²,
Cláudia Ribeiro de Vasconcelos³ e Wellington Fernando da Silva Ferreira⁴

RESUMO

O Transtorno de Personalidade *Borderline* não é simplesmente um tipo isolado de transtorno da mente, e sim uma patologia de grande complexidade de definição, diagnóstico e tratamento, que acomete milhões de pessoas em todo o mundo no século XXI. O presente artigo objetiva-se descrever sobre o transtorno de personalidade *borderline* e sobre a assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. Para tal, este estudo utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho narrativo apoiada em livros, artigos e *sites* da *American Psychiatric Association* e da Organização Mundial de Saúde. Portanto, distante de outros transtornos que possuem uma definição e linha específica a ser seguida, foi possível destacar que por possuir diversas comorbidades associadas em todo o seu curso de desenvolvimento, o *borderline* exige que os profissionais de enfermagem, principalmente os alocados na área de urgência/emergência e psiquiatria, estejam devidamente preparados e abertos para lidar com os indivíduos afetados com a problemática, em especial nos casos de tentativas de suicídio. Com o aprofundamento dos estudos sobre o transtorno de personalidade *borderline*, foi possível demonstrar como ocorreu sua caracterização e desassociação da esquizofrenia e outras doenças mentais já conhecidas há mais tempo, assim como foi demonstrado as diferentes formas evolutivas de diagnosticar o transtorno, utilizando de métodos próximos da realidade psicossocial atual.

Palavras-chave: diagnóstico, emergência, enfermagem psiquiátrica, instabilidade emocional, suicídio, transtornos da personalidade.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder is not simply an isolated type of mind disorder but rather a complex disease that is hard to define, diagnose and treat, and affects millions of people around the world in the 21st century. The present article aims to describe about borderline personality disorder and nursing care in psychiatric emergency. For this, this work was based on a bibliographic research of a narrative nature based on books, articles and websites of the American Psychiatric Association and the World Health Organization. Therefore, it is distant from other disorders that have a very specific definition and line to follow. It was possible to emphasize that because it has several associated comorbidities throughout its course of development, borderline requires that nursing professionals, especially those in the urgency/emergency area, be adequately prepared and open

¹ Artigo oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso.

² Acadêmicas do curso de Enfermagem - Centro de Educação Profissional Anísio Pedrussi (CEAP), Curitiba/ Paraná. E-mail: arianepollis1@gmail.com

³ Orientadora. Psicóloga e Enfermeira, Docente Titular do Departamento de Enfermagem - Centro de Educação Profissional Anísio Pedrussi (CEAP) e Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE), Curitiba/ Paraná. E-mail: profe.cv@hotmail.com

⁴ Coordenador. Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/Paraná. E-mail: wellingtonferreira42@gmail.com

to deal with individuals affected by this disease, especially in cases of suicide attempts. With the deepening of the studies on borderline personality disorder, it was possible to demonstrate how its characterization and disassociation of schizophrenia and other mental illnesses already known, as well as the different evolutionary ways of diagnosing it by using some methods related to the current psychosocial reality.

Keywords: diagnosis, emergency, psychiatric nursing, emotional instability, suicide, personality disorders.

INTRODUÇÃO

No atual processo de globalização, cada vez mais diversas atividades exigem um enorme esforço mental e físico dos seres humanos, o que reflete diretamente na saúde mental de cada indivíduo. Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais respondem por 13% dos acometimentos das doenças globais, atingindo cerca de 450 milhões de indivíduos em todo mundo. Neste contexto, a expectativa é a de que, mantendo este ritmo, este índice chegará a 15% até o ano de 2030 (WHO, 2011; WHO, 2013).

Considerando o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), Sadock e Sadock (2017), abordam que 2% da população portam este transtorno, sendo as mulheres duas vezes mais afetadas que os homens. A terminologia *borderline* significa fronteiroço, ou a linha que compõe a margem. Por sua vez, a margem pode ser definida como faixa que limita ou circunda algo. A própria denominação mesmo em outra língua, leva a deduzir que o funcionamento mental *border* guarda relação estreita com o substantivo 'limite'. Os *borders* vivem literalmente nos 'limites' (COSTA; VALERIO, 2008; SILVA, 2010; NEACSIU; LINEHAN, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017a).

Neste contexto, o indivíduo com TPB muitas vezes não tem consciência de que está acometido desse transtorno, pois por apresentarem características dramáticas, emotivas, ou erráticas, podem ser confundidos com algum *status* do momento. No entanto, conforme descrição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V (DSM-V), o *borderline* está incluso no grupo B dos transtornos de personalidade, o qual apresenta as características citadas acima, e divide espaço com os transtornos de personalidade antissocial, histriônica e narcisista (APA, 2014).

Portanto, os pacientes com TPB são sensíveis às condições do ambiente, suscetíveis a um leve sinal de perda ou sentimento de abandono, possuem padrão instável, alteração afetiva e de humor, tendem a ser impulsivos por situações que causem uma satisfação momentânea (gastar dinheiro, apostar, utilizar substâncias ilícitas, dentre outras), e podem apresentar um alto grau de agressividade. Neste âmbito, estudos da *American Psychiatric Association* (APA) apontam que os indivíduos com TPB possuem gestos ou ameaças suicidas, e comportamentos de automutilação, e que cerca de 75% dos pacientes limítrofes tentam pelo menos uma vez o suicídio ao longo da vida, e que destas tentativas, cerca de 8 a 10% deles obtém sucesso (APA, 2014).

Baseado nisso, o presente artigo busca abordar esse transtorno mental que merece destaque na atualidade, devido sua amplitude evidenciada ao comportamento suicida. O TPB poderá

ser considerado um dos males do século se não receber a devida atenção e assistência adequada dos profissionais atuantes na área de urgência e emergência (GODINHO; MARQUES; PINHEIRO, 2009; BORGES *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017a). Neste contexto, o objetivo deste texto é descrever sobre o transtorno de personalidade *borderline*, e a assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica.

MATERIAL E MÉTODOS

Para tal comunicação foi necessária uma revisão bibliográfica narrativa, a qual, segundo Gil (2010), é entendida como uma pesquisa que busca fundamentar e sustentar os objetivos propostos em materiais já existentes e publicados por autores/especialistas, tendo como base livros, portarias e artigos científicos sobre o assunto.

Neste contexto, essa revisão narrativa apresenta uma síntese pautada em diferentes tópicos, capaz de criar uma ampla compreensão sobre o conhecimento. Sendo assim o primeiro passo para a construção do conhecimento científico surge através de novas teorias e da discussão de um assunto de pesquisa, lembrando que a revisão da literatura não é uma espécie de sumarização (ROTHER, 2007; GIL, 2010).

Neste âmbito, foram utilizados como fonte de dados: livros de psiquiatria, emergência psiquiátrica, enfermagem em saúde mental e, *sites* da APA e OMS e artigos que referenciam o tema. Para fins de pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *transtorno de personalidade*, *transtorno de personalidade borderline*, *enfermagem borderline*, *suicídio no ambiente de emergência*.

O levantamento da base de dados da pesquisa foi realizado através de referencial bibliográfico, ou seja, artigos e literaturas sobre o tema de pesquisa, em bibliotecas públicas e acervos de dados digitais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scholar (GOOGLE ACADÊMICO) e Revistas de enfermagem.

Como critério de pesquisa, foram incluídos artigos originais que tivessem disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico e estabelecida a utilização de um recorte de artigos referentes aos anos 2008 ao primeiro semestre de 2018, objetivando trazer as descobertas científicas mais recente do foco de interesse, além de livros, leis e dados clássicos que embasem a temática. Já para os critérios de exclusão, não se utilizou artigos de reflexão, artigos internacionais e publicações cujo tema principal não correspondia à pesquisa.

Assim, o material composto de artigos e livros quais foram submetidos à técnica de avaliação e análise de conteúdo evidenciado por Gil (2010), constituído por três etapas: Pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A primeira etapa possibilitou visão geral do conteúdo dos artigos, por meio da leitura dos resumos e fichamento. Os textos na íntegra, após a primeira leitura, foram organizados, e compostos das variáveis: ano/autor, objetivos e resultados encontrados. A etapa

de exploração do material foi desenvolvida a partir da releitura dos textos, culminando na construção de categorias temáticas de análise. Posteriormente, na etapa de interpretação dos resultados, quais foram observadas as colocações existentes sob a ótica de diferentes autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

Ao longo de sua história, o homem sempre buscou entender suas origens, sua mente, as diversas formas de interação social e consigo mesmo, sua genética, entre muitas outras perguntas sem respostas conhecidas. A personalidade, por muito tempo foi uma destas questões, e ao longo de décadas de estudos, alguns autores colaboraram para a construção de sua definição e entendimento (KAZDIN, 2000; CAMPOS *et al.*, 2011; BARBOSA; VASCONCELOS; OSELAME, 2016; BARLOW, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

Kazdin (2000) define personalidade como um conjunto de características individuais diferentes, e que apresentam formas específicas de pensar, agir e sentir. Já Sadock e Sadock (2017), ampliam esta abordagem, acrescentando que se incluem no estudo da personalidade do indivíduo os aspectos públicos e privados de sua vida, assim como, adjetivos qualificativos com significado psiquiátrico (passiva ou agressiva), ou sem conotações patológicas (ambiciosa, religiosa ou amigável).

A fim de ter uma base conceitual para a construção deste artigo, o termo personalidade é entendido como um amplo conjunto de pensamentos, sentimentos e comportamentos padronizados, que um indivíduo apresenta ao longo de sua vida. Portanto, é o resultado das interações genéticas que se herdam dos pais no momento de sua concepção, definindo seu temperamento, com a soma das diversas experiências adquiridas ao longo de sua experiência de vida, (cultura, pessoas, ambientes) (COSTA; VALERIO, 2008; SILVA, 2010; NEACSIU; LINEHAN, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017b).

Desta forma, pode-se observar quanto complexo pode ser o estudo da personalidade de um indivíduo, ainda mais quando se fala em transtorno, o que é reforçado por Pastore e Lisboa (2014) quando abordam que os estudos a respeito dos diferentes tipos de transtornos de personalidade vêm ganhando cada vez mais espaço na literatura científica, seja no âmbito de referenciais teóricos como em estudos empíricos.

Mas o que é um transtorno de personalidade (TP)? Tal como a definição de personalidade, referenciar TP é algo bem dinâmico e complexo. Segundo Berrios e Porter (2012), por mais de dois séculos (entre o XVIII e XIX), TP era associado a graves agressões corporais, banhos de sangue,

atrelados a assassinatos. No entanto, com o passar dos anos e ampliação dos estudos a respeito deste tema, tem-se uma definição atualizada e normatizada no DSM-V (APA, 2014).

Nesse Manual, a definição de transtorno de personalidade aparece como um conjunto persistente de padrões de comportamento, vivência e experiência, não condizente ao esperado a respeito de determinado indivíduo. Portanto, é algo difuso e inflexível que pode se iniciar no período da adolescência ou mesmo no início da vida adulta, representada por sentimentos de angústias e limitações psicossociais que afetam a pessoa e os que estão próximos (APA, 2014).

Reforçando tais conceitos, Tyrer *et al.* (2015) abordam que tais perturbações causadas pelo TP, levam as pessoas afetadas a apresentarem ampla dificuldade em suas relações interpessoais, assim como demonstrarem diversos níveis de disfunção social. Conforme o DSM-V, os TP são subdivididos em três grupos, alinhados de acordo com suas semelhanças descritivas, sendo o grupo A para os transtornos de personalidade *paranoide, esquizoide e esquizotípica*; o grupo B composto pelo TP *antissocial, borderline, histriônica e narcisista*; e os pertencentes ao grupo C, que engloba os TP *evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva*. Na figura 1 que se segue, apresenta-se a tabela de classificação dos TP, na qual, de acordo com a CID - 10, estes tipos de transtornos são enumerados de F.60.0 a F. 60.9 (APA, 2014).

Figura 1 - Tipos de Transtorno de Personalidade.

Transtornos da Personalidade	
Transtornos da Personalidade do Grupo A	
301.0 (F60.0)	Transtorno da Personalidade Paranoide
301.20 (F60.1)	Transtorno da Personalidade Esquizoide
301.22 (F21)	Transtorno da Personalidade Esquizotípica
Transtornos da Personalidade do Grupo B	
301.7 (F60.2)	Transtorno da Personalidade Antissocial
301.83 (F60.3)	Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>
301.50 (F60.4)	Transtorno da Personalidade Histriônica
301.81 (F60.81)	Transtorno da Personalidade Narcisista
Transtornos da Personalidade do Grupo C	
301.82 (F60.6)	Transtorno da Personalidade Evitativa
301.6 (F60.7)	Transtorno da Personalidade Dependente
301.4 (F60.5)	Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva
Outros Transtornos da Personalidade	
310.1 (F07.0)	Mudança de Personalidade Devido a Outra Condição Médica <i>Determinar o subtipo: Tipo lábil, Tipo desinibido, Tipo agressivo, Tipo apático, Tipo paranoide, Outro tipo, Tipo combinado, Tipo não especificado</i>
301.89 (F60.89)	Outro Transtorno da Personalidade Especificado
301.9 (F60.9)	Transtorno da Personalidade Não Especificado

Fonte: APA (2014, p. 32 e 33.)

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: COMORBIDADES E FATORES DE RISCO

O TPB nem sempre foi reconhecido no mundo psiquiátrico, sendo que no início da década de 50 ainda era tachada como uma categoria vaga e imprecisa, variando entre o espectro neurótico até o psicótico (DALGALARRONDO, 2008). Por volta da década de 80, a Associação de Psicologia Americana apresentou no DSM III um dos primeiros conceitos de *borderline*, afastando-o do meio vago que ficava entre a neurose e a psicose e o definindo como um distúrbio específico de personalidade que afeta o humor, relações com objetos e apresenta autoimagem instável (APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2017). Posteriormente, com a continuidade dos estudos sobre os transtornos de personalidade, foi possível identificar que o TPB também era caracterizado por um curso de deteriorações ao longo do tempo, o que afastou de vez a descrição deste transtorno associado antes à esquizofrenia (GABBARD, 2016).

E ao longo dos anos, buscou-se uma melhor definição para o TPB, uma forma concreta de identificá-lo e corretamente classificá-lo para direcionar o paciente ao tratamento correto. Mas como identificar e classificar algo que pode ser tão comum? Sim, comum, pois no dia a dia muitas pessoas podem se apresentar explosivas, impulsivas, com raiva, ciúmes além do normal, teimosia, descontrole emocional, instabilidade de humor e insatisfação consigo mesmo, mas isoladamente, não se pode classificar uma pessoa com TPB apenas com essas informações, é preciso que essas ações sejam frequentes, permanentes e intensas, a ponto de influenciar em seu ambiente e convivência social (SILVA, 2010; SOARES, 2010; BRUSAMARELLO *et al.*, 2011; CASSIANO *et al.*, 2016; REZENDE, 2017).

Desta forma, conforme o DSM-V, pode-se definir o TPB como um conjunto padronizado e generalizado de comportamentos impulsivos, frequentes e intensos de relações interpessoais, de autoimagem e afetos, os quais estão presentes em multiplicidades de contextos sociais, e podem levar o indivíduo a ter uma vida isolada (internamento) e até mesmo a morte em casos de suicídio (APA, 2014). O TPB de forma geral é caracterizado como uma fragilidade do ego, falta de controle de impulsos, alterações sucessivas de humor, sentimentos de raiva e vazio, falta de tolerância à ansiedade, comportamento autodestrutivo e, em alguns casos, suicida (GABBARD, 2016). Pasini e Dametto (2010) acrescentam que quando o indivíduo apresenta uma valorização do ego, um superego, o paciente é nutrido de exigências morais contraditórias, imaturas, e em muitas vezes antissociais.

O TPB é identificado pela CID 10 como F60.3, e de acordo com o DSM-V é classificado como um transtorno pertencente ao grupo B de TP. No quadro 1 são apresentados os critérios adotados pelos especialistas para avaliação e diagnóstico do paciente (APA, 2014).

Quadro 1 - Critérios de Avaliação e Diagnóstico para o Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>	
Critérios Diagnósticos	301.83 (F60.3)
Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.) 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 (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.) 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante. 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias). 7. Sentimentos crônicos de vazio. 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes). 9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. 	

Fonte: APA (2014, p. 663).

Contudo, ainda conforme o DSM-V, há algumas características associadas que podem auxiliar no processo de diagnóstico do paciente com TPB: indivíduos que apresentam autossabotagem, ou seja, interrompem algo que estão prestes a concretizar (interrupção de uma relação que tem futuro promissor, abandono dos estudos a pouco tempo da formatura, regressão após conversa sobre o avançado estágio da terapia); podem desenvolver alucinações, distorções de imagem corporal, entre outros sintomas semelhantes à psicose; indivíduos que se sentem mais seguros na relação com animais de estimação do que nas relações com outros seres humanos; quando associados a quadros depressivos ou transtornos por uso de substância podem apresentar morte prematura por suicídio; e ainda alguns indivíduos podem apresentar deficiências físicas decorrentes de comportamentos abusivos ou tentativas de suicídio com insucesso (APA, 2014).

Neste âmbito, o DSM-V apresenta um critério alternativo para avaliação e diagnóstico do TPB, conforme demonstrado nos quadros 2 e 3:

Quadro 2 - Critérios de Avaliação e Diagnóstico Proposto para o *Borderline* - Parte 1.

Critérios Diagnósticos Propostos
<p>A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identidade: Autoimagem acentuadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, frequentemente associada a autocrítica excessiva; sentimentos crônicos de vazio; estados dissociativos sob estresse. 2. Autodirecionamento: Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira. 3. Empatia: Capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e as necessidades das outras pessoas associada a hipersensibilidade interpessoal (i.e., propensão a se sentir menosprezado ou insultado); percepções seletivamente parciais dos outros em relação a atributos negativos ou vulnerabilidades. 4. Intimidade: Relações íntimas intensas, instáveis e conflitantes, marcadas por desconfiança, carência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; relações íntimas frequentemente encaradas em extremos de idealização e desvalorização e alternando entre envolvimento excessivo e retraimento. <p>B. Quatro ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir, no mínimo um dos quais deve ser (5) Impulsividade, (6) Exposição a Riscos ou (7) Hostilidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Labilidade emocional (um aspecto da Afetividade Negativa): Experiências emocionais instáveis e frequentes alterações do humor; as emoções são facilmente provocadas, intensas e/ou desproporcionais aos fatos e circunstâncias. 2. Ansiedade (um aspecto da Afetividade Negativa): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a estresses interpessoais; preocupação com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de desmoronar ou perder o controle. 3. Insegurança de separação (um aspecto da Afetividade Negativa): Medo de rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, associado a temor de dependência excessiva e completa perda da autonomia.

Fonte: APA (2014, p. 766).

Quadro 3 - Critérios de Avaliação e Diagnóstico Proposto para o *Borderline* - Parte 2:

<ol style="list-style-type: none"> 4. Tendência à depressão (um aspecto da Afetividade Negativa): Sentimentos frequentes de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de recuperação de tais humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha difusa; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida. 5. Impulsividade (um aspecto da Desinibição): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação momentânea sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade para estabelecer ou seguir planos; senso de urgência e comportamento de auto-agressão sob estresse emocional. 6. Exposição a riscos (um aspecto da Desinibição): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem consideração das consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal. 7. Hostilidade (um aspecto do Antagonismo): Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos. <p>Especificadores. Os especificadores dos traços e do nível de funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno da personalidade <i>borderline</i>, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Psicoticismo (p. ex., desregulação cognitiva e perceptiva) não são critérios diagnósticos para transtorno da personalidade <i>borderline</i> (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade <i>borderline</i> (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.</p>

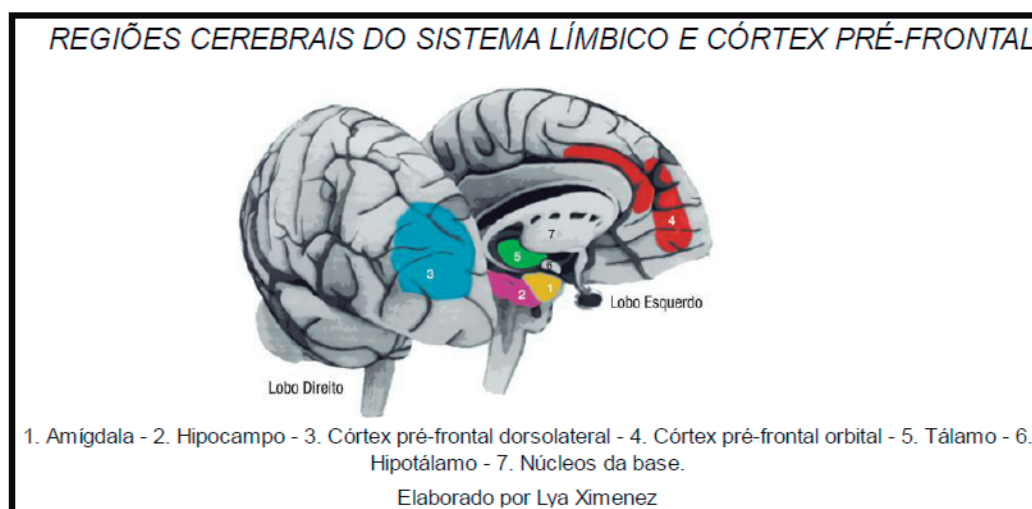
Fonte: APA (2014, p. 767).

Neste contexto, há diversas causas e fatores de risco que podem influenciar o indivíduo a desenvolver o TPB, tais como a perda de emprego, interrupção dos estudos, abuso físico e sexual,

negligência, conflito hostil e perdas de entes da família (APA, 2014). Outros fatores que englobam a TPB são as angústias do abandono, perda ou separação em um relacionamento, e a angústia da invasão do ambiente ou objeto social, os quais refletem a fragilidade da estrutura psíquica, de forma tênue ou solúvel (PASINI; DAMETTO, 2010; SOARES, 2010; BRUSAMARELLO *et al.*, 2011; CASSIANO *et al.*, 2016; REZENDE, 2017). Além destes aspectos apresentados, Pastore e Lisboa (2014) acrescentam que há outros fatores que estão relacionados à etiologia do TPB, tais como a herança genética e o ambiente familiar conturbado e caótico.

Estudos apontam, que os portadores de *borderline* apresentam disfunções neurobiológicas, as quais afetam o sistema límbico cerebral (composto pelos 7 componentes destacados na figura 2) que atua diretamente nas emoções, impulsividades e regulações afetivas do ser humano. Conforme avaliações de neuroimagem funcional efetuadas por Zanariri, foi evidenciado que o TPB causou alterações do córtex pré-frontal orbital e do dorsolateral, áreas responsáveis por processar/tomar decisões de forma mais racional e equilibrada, assim como por gerir os processos de interpretação, resposta, movimento e impulsividade (SILVA, 2010).

Figura 2 - Regiões Cerebrais do Sistema Límbico e Córtex Pré-Frontal:



Fonte: Silva (2010, p. 152).

Para tal, com esses estudos e de outros especialistas como os pesquisadores americanos Herpetz e Donegan, foi possível apontar que os *borders* apresentam um aumento do metabolismo da região límbica se comparados aos indivíduos não identificados com esta patologia, justificando assim os diferentes níveis reativos em relação às emoções e expressões faciais (SILVA, 2010).

De forma ampla, apesar dos sintomas do TPB serem mais presentes durante a adolescência e o início da fase adulta, observa-se que as causas podem surgir por situações multifatoriais ocorridas desde o início da vida do indivíduo, principalmente na infância, onde suas primeiras relações com o ambiente e a sociedade tendem a ser desfavoráveis e afetivamente inadequadas ou indiferentes. Esta abordagem, se sustentada e ampliada ao longo de sua vida, tende a tornar o

homem predominantemente hostil e agressivo (SOARES, 2010; BRUSAMARELLO *et al.*, 2011; GABBARD, 2016; CASSIANO *et al.*, 2016; REZENDE, 2017).

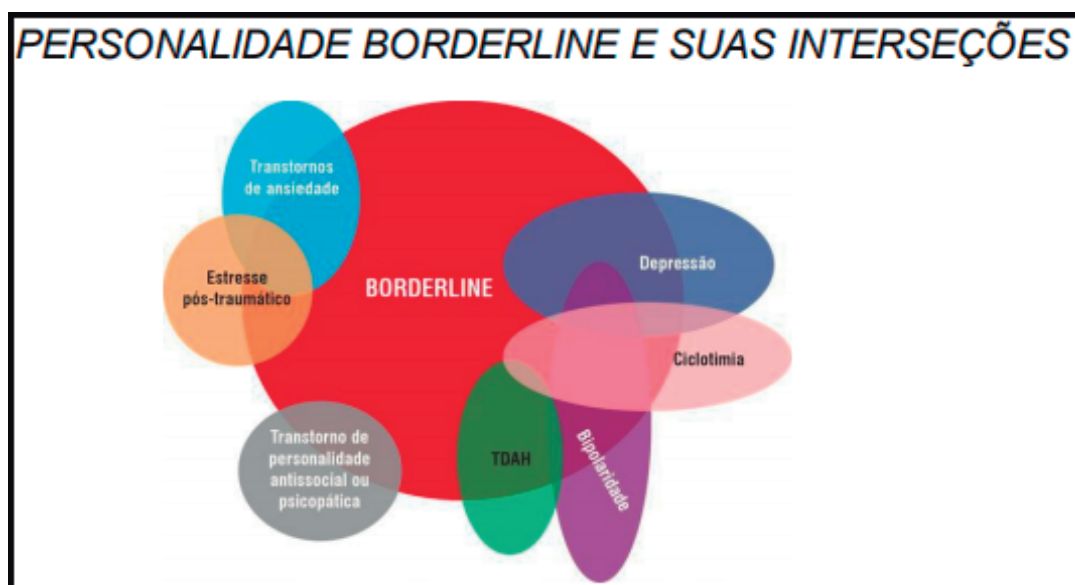
Neste âmbito, Gabbard (2016) defende que um dos principais influenciadores do desenvolvimento do TPB, são os abusos sexuais durante a infância e as dinâmicas familiares desadaptativas geradas por conflitos ou quebras de relacionamentos entre pessoas próximas. Considerando estes fatores, tem-se que de 20% a 40% dos pacientes diagnosticados com *borderline* tiveram uma experiência traumática no processo de separação ou perda de pelo menos um dos pais, assim como, alguns estudos apontam que 81% dos indivíduos com este transtorno sofreram algum tipo de abuso sexual durante a infância, o que demonstra um sinal de alerta no processo de avaliação diagnóstica (PASTORE; LISBOA, 2014).

Logo, é possível apontar também que o indivíduo com TPB tem o risco de acumular concomitantemente outros tipos de transtornos (depressivo, bipolar, alimentares, déficit de atenção/hiperatividade, antissocial, entre outros TP); que é cerca de cinco vezes mais comum sua identificação em indivíduos que já tiveram histórico familiar (parentes de 1º grau) do que em relação à população geral; e que cerca de 75% dos pacientes diagnosticados com *borderline* são do sexo feminino (APA, 2014).

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: COMPLICAÇÕES, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO

Conforme Silva (2010), considerar um diagnóstico diferencial é essencial para que, o paciente seja devidamente identificado e tratado com o transtorno que o acomete, visto que o indivíduo com TPB pode apresentar diversas interações com outros tipos de transtornos, conforme demonstrado na figura 3:

Figura 3 - Transtorno de Personalidade *Borderline* e suas Interseções.



Fonte: Silva (2010, p. 18).

Desta forma, é possível apontar algumas características que podem auxiliar na diferenciação do TPB de outros tipos de transtornos, como: em relação à esquizofrenia, o transtorno tem oscilação de episódios psicóticos de curta duração e imprevisível; em referência ao transtorno de personalidade esquizotípica, não há ideias estranhas e ideias recorrentes de referência; e em relação aos indivíduos paranoides ou narcisistas há ausência da desconfiança extrema, impulsividade e preocupações com abandono (SADOCK; SADOCK, 2017).

Ainda nesta visão, tem-se que em relação aos transtornos depressivo e bipolar, o indivíduo apresenta um episódio momentâneo destas doenças, diferentes dos indivíduos associados a eles, que possuem maior frequência e intensidade, mesmo que precocemente; para o TP histriônica que é caracterizado pela busca de atenção, por mudanças rápidas de emoção e comportamento manipulativo, há ausência de autodestrutividade, sentimento de vazio, solidão e ataques de raiva se comparados com o TPB; no TP antissocial, a característica manipulativa visa a obtenção de lucro, enquanto no TPB a busca é por cuidadores; em relação ao indivíduo com TP dependente a diferenciação é em relação a reação após o abandono, onde enquanto este reage com calma, submissão e busca um substituto, o paciente limítrofe expressa um sentimento de vazio emocional, raiva, fúria e exigências (APA, 2014).

É importante também destacar, que nem todas as mudanças de personalidade ou momentos explosivos que o indivíduo apresenta durante a sua vida representa um tipo específico de transtorno, de forma que é essencial ao profissional distinguir um estado momentâneo causado por outra condição de saúde, que pode atacar o sistema nervoso central, por uso persistente de substâncias ou pelo processo de construção/mudança de identidade no período de desenvolvimento, como por exemplo na adolescência (APA, 2014).

Neste âmbito, destaca-se que o TPB geralmente não vem sozinho, conforme demonstram Leichsenring *et al.* (2011) *apud* Ferreira (2017a), que cerca de 85% dos casos é diagnosticado em comorbidade com outros tipos de transtornos mentais, entre as mais comuns estão os de humor, ansiedade e abusos de substâncias. Já Zanarini *et al.* (2004) *apud* Ferreira (2017a), afirmam que os pacientes que apresentam TPB, possuem uma taxa de normatização/diminuição concomitante com o transtorno de perturbação do humor entre 70% e 98%.

Já no âmbito das diferenças de gênero, Gabbard (2016) aponta que as comorbidades mais frequentes nos indivíduos do sexo masculino são os transtornos de abuso de substâncias e TP antissocial, enquanto os pacientes do sexo feminino possuem comorbidades com transtornos alimentares. Assim, é possível apontar que o TPB pode ser associado às outras comorbidades, e que além das evoluções separadas entre si, tais associações podem gerar diversas complicações ao paciente, levando-o a automutilações, tentativas de suicídios e até mesmo a morte (ROSA *et al.*, 2011; PASTORE; LISBOA, 2014; BORBA *et al.*, 2015; VASCONCELOS; OSELAME; DUTRA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Em linhas gerais o tratamento do TPB tende a ser de grande dificuldade por sua especificidade, e pela dificuldade dos profissionais da área de saúde de entenderem como atender essas pessoas.

O próprio indivíduo pode não ter a percepção da presença do distúrbio, e por consequência não tem a ciência da necessidade de buscar o tratamento necessário, enquanto o profissional deve saber adotar o correto processo psicodiagnóstico que relacione os propósitos clínicos com as forças e fraquezas do lado psicológico do paciente (CUNHA, 2008; JANTSCH *et al.*, 2011; ULBRICH *et al.*, 2017; MACEDO *et al.*, 2018; LUCENA *et al.*, 2018).

Neste sentido, o paciente portador de TPB pode procurar ou ser encaminhado a diferentes níveis de atenção, como hospitais psiquiátricos e os serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS), seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), ambiente de pronto socorro em hospitais gerais, nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou até mesmo através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Nestes espaços será atendido por equipes multidisciplinares e será atendido conforme sua demanda, com destaque os psicólogos, os psiquiatras e a equipe de enfermagem (BRASIL, 2011). Sobre as formas de abordagem e tratamento, Sadock e Sadock (2017), apontam os aspectos comuns da psicoterapia recomendados para o TPB, conforme demonstrado no quadro 4.

Quadro 4 - Tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Aspectos comuns da psicoterapia recomendada para o transtorno da personalidade <i>borderline</i>
Não se espera que a terapia seja breve.
Um forte relacionamento de ajuda se desenvolve entre o paciente e o terapeuta.
Estabelecem-se papéis e responsabilidades claras tanto para o paciente como para o terapeuta.
O terapeuta é ativo e diretivo, não um ouvinte passivo.
O paciente e o terapeuta desenvolvem em conjunto uma hierarquia de prioridades.
O terapeuta transmite validação empática e a necessidade de o paciente controlar seu comportamento.
Exige-se flexibilidade à medida que se desenvolvem novas circunstâncias, inclusive estresses.
É utilizado o estabelecimento de limites, de preferência por concordância mútua.
Abordagens concomitantes individuais e de grupo são utilizadas.

Fonte: Sadock e Sadock (2017, p. 863).

Já no conceito de Silva (2010), o tratamento do indivíduo com TPB pode ser dividido em quatro etapas:

- Informação e conhecimento: aqui o primordial é conhecer o paciente, saber ouvir, entender seus sentimentos e ser um porto seguro para ele. É fundamental também, saber identificar a relação de desconforto/conforto que está afetando o indivíduo. Em alguns casos específicos, será preciso criar um ambiente equilibrado associado a uma boa alimentação, hidratação e exercícios.

- Apoio técnico: muito útil para os indivíduos *borders*, pois a psicoterapia irá auxiliar o indivíduo na autorreflexão, no planejamento de suas atividades e na compreensão de seus comportamentos.

- Etapa medicamentosa: deve ser estabelecido conforme a gravidade/intensidade do sofrimento do paciente, estabelecendo os seus prós e contras e somente com o consentimento do indivíduo. O seu uso deve ser realizado de forma multidisciplinar, com o acompanhamento psiquiátrico semanal ou quinzenal (conforme gravidade) e alinhado para atacar diretamente as causas dos sofrimentos (estabilizadores de humor, antidepressivos e antipsicóticos). Destaca-se o uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina - ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, entre outros), utilizados como antidepressivos, mas também para controle do impulso de raiva, automutilação, irritabilidade, transtornos alimentares, oscilações de humor e ansiedade; os estabilizados de humor ou anticonvulsivantes (ácido valproico, divalproato de sódio, lítio e outros), usados para instabilidade afetiva, impulsividade e fases estressantes; e os antipsicóticos (risperidona, quetiapina, haloperidol e outros), que visam tratar o estranhamento de si ou do ambiente, os delírios e as alucinações.

- Psicoterapêutica: processo que visa conscientizar o paciente do problema, tornando-se assim o elemento chave do processo de reabilitação. Além do processo individual, há outros processos de terapia que auxiliam o indivíduo a substituir crenças, pensamentos e interpretações negativistas e disfuncionais do mundo e de si mesmo, tais como as terapias em grupo, grupos de apoio psicoeducacionais e redes sociais.

Outro ponto a destacar, é que durante este processo de tratamento, o indivíduo pode vir a sofrer complicações, tais como a automutilação ou até mesmo as tentativas de suicídio, buscando auxílio principalmente nas áreas de emergências de unidades de saúde ou hospitais, de forma que é imprescindível que os profissionais estejam aptos a receber e tratar situações sem surpresas. Para isto, é possível seguir algumas diretrizes que auxiliam na avaliação do risco de suicídio e tratamento dos indivíduos, conforme descrito nos quadros 5, 6 e 7, sendo que há elementos básicos que o profissional deve utilizar o atendimento do paciente suicida, como ouvir, aceitar os próprios sentimentos e ser um ponto de apoio (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

Quadro 5 - Diretrizes para Tratamento do Indivíduo com Tentativa de Suicídio - Parte 1.

Indicação geral de hospitalização, depois de uma tentativa de suicídio
Paciente psicótico
Tentativa violenta, quase letal, ou premeditada.
Precauções foram tomadas para dificultar o resgate ou descobrimento
Persistência do plano ou a clara presença de intenção
Paciente com remorso por estar vivo ou sem remorso por ter tentado o suicídio
Paciente do sexo masculino, + 45 anos, com doença psiquiátrica de início recente, com pensamentos suicidas
Paciente com limitação do convívio familiar, suporte social precário, incluindo perda da condição socioeconômica
Comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica, ou recusa evidente de ajuda
Paciente com mudança do estado mental devido a alteração metabólica, tóxica, infecciosa ou outra etiologia que necessita a pesquisa da causa clínica.
<i>Na presença de ideação suicida com:</i>
Plano específico de alta letalidade
Alta intencionalidade suicida

Fonte: Bertolote *et al.* (2010, p. 7).

Quadro 6 - Diretrizes para Tratamento do Indivíduo com Tentativa de Suicídio - Parte 2.

Indicação de hospitalização, às vezes necessária, depois de uma tentativa de suicídio, exceto as circunstâncias acima indicadas
<p><i>Na presença de ideação suicida:</i></p> <p>Quadro psicótico</p> <p>Transtorno psiquiátrico grave</p> <p>Tentativas anteriores de suicídio, particularmente com sérias repercussões clínicas.</p> <p>Problemas clínicos pré-existentes (transtorno neurológico, câncer, infecção, etc.)</p> <p>Falta de crítica ou incapacidade para colaborar com a estrutura hospitalar, ou impossibilidade de acompanhar um tratamento ambulatorial</p> <p>Necessidade de ajuda de uma equipe para medicar ou realizar eletroconvulsoterapia</p> <p>Necessidade de observação constante, testes clínicos ou rastreamentos diagnósticos que necessitam de estrutura hospitalar</p> <p>Suporte familiar e social limitado, incluindo condição social precária</p> <p>Falta de uma boa relação médico-paciente que impossibilita o acompanhamento ambulatorial</p> <p><i>Na ausência da tentativa de suicídio ou do relato da ideação suicida:</i></p> <p>Planejamento e intenção de suicídio evidente pela evolução psiquiátrica do quadro e ou histórias prévias que sugerem alto risco de suicídio, e um aumento recente dos fatores de risco para suicídio</p>

Fonte: Bertolote *et al.* (2010, p. 7).

Quadro 7 - Diretrizes para Tratamento do Indivíduo com Tentativa de Suicídio - Parte 3.

Alta do serviço de emergência para ambulatório
<p><i>Depois de uma tentativa de suicídio ou a presença de ideação suicida</i></p> <p>O evento envolvendo o suicídio foi uma reação a eventos precipitantes (exemplo: fracasso em uma prova, dificuldades em relacionamentos), particularmente se a visão do paciente frente a sua dificuldade houver mudado após sua vinda ao serviço de emergência.</p> <p>Plano, método e intenção com baixa letalidade</p> <p>Paciente com suportes familiar e psicossocial estáveis</p> <p>Paciente é capaz de colaborar com recomendações para o acompanhamento ambulatorial, mantendo contato com seu médico, apresentando condições para um tratamento contínuo ambulatorial</p>
Tratamento ambulatorial
<p>Paciente com uma ideação suicida crônica e /ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suportes familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.</p>

Fonte: Bertolote *et al.* (2010, p. 7).

Desta forma, é possível afirmar que o desenvolvimento e curso do TPB é bem variável, e que o tratamento deve considerar os processos evolutivos do paciente desde o seu diagnóstico, tal como a instabilidade crônica no início da vida adulta; episódios graves de descontrole afetivo e impulsivo que podem surgir durante toda vida, mas são amenizados após um ano de tratamento; os riscos de suicídio entre os adultos e jovens, os quais com o passar da idade podem ser minimizados; e por fim os transtornos de relacionamento pessoal ou profissional pelos quais, os pacientes em tratamento, terão os impactos reduzidos entre a faixa etária de 30 a 50 anos. Neste âmbito, estudos apresentam que em média após 10 anos de tratamento, até 50% dos indivíduos podem apresentar um grau de melhora, já não apresentando os comportamentos que possam qualificá-los como pacientes *borderline* (APA, 2014).

EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM TPB

A emergência psiquiátrica (EP) pode ser definida como qualquer situação na qual existe um risco significativo de morte ou dano grave ao paciente ou a terceiros, e que por consequência exige uma intervenção terapêutica imediata (QUEVEDO; CARVALHO, 2014). De acordo com a portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, os hospitais gerais são pontos de atenção em urgência/emergência em saúde mental,

compondo a RAPS em substituição ao modelo manicomial (BRASIL, 2011). Nesta visão, Quevedo e Carvalho (2014), apontam que após a reforma psiquiátrica os perfis epidemiológicos das emergências psiquiátricas estão se alterando constantemente, reforçando a necessidade dos profissionais desta área de estarem preparados e devidamente capacitados para tratar esse grande problema de saúde pública.

Dentre as principais situações de emergência que possam surgir no processo de atendimento da equipe de emergência está a tentativa de suicídio, a qual tem como um dos principais influenciadores o TPB, principalmente por este ser o único transtorno de personalidade que apresenta em seus critérios de diagnóstico os atos suicida e a autoagressão (GODINHO; MARQUES; PINHEIRO, 2009; BOTEGA, 2015; BORGES *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017a). Quevedo e Carvalho (2014) reforçam que o TPB representa de 9 a 33% de todos os casos de suicídios efetuados, e que 60 a 78% dos pacientes limítrofes apresentam comportamentos suicidas, e em média podem apresentar de 3 a 4 tentativas de suicídio ao longo da vida.

Segundo Aldeias (2016), os pacientes geralmente recorrem à urgência hospitalar após tentar o suicídio ou por comportamento autolesivo, correspondendo a uma visita a cada dois anos. Os comportamentos de autolesão incluem comportamentos impulsivos potencialmente perigosos (por exemplo abuso de álcool, atividade sexual de risco), autolesão deliberado (por exemplo cortes superficiais, queimaduras e tentativas de suicídio). Todas as formas podem ocorrer no mesmo paciente, ou seja, o paciente que apresenta, por exemplo, cortes superficiais, também pode apresentar risco de suicídio, devendo ser avaliado e constantemente observado.

No que diz respeito aos meios de automutilação utilizada pelos pacientes TPB, tem-se que os processos mais comuns são: cortar-se (80%), equimoses (24%), queimaduras (20%), bater com a cabeça (15%), e mordeduras (7%), sendo que em um mesmo evento o indivíduo pode apresentar lesões comitentes (ALDEIAS, 2016).

Ao que tange o suicídio, pode ser definido por um conjunto de fatores de natureza diferenciados, sejam estes externos ou internos ao indivíduo, e que se combinam de forma complexa e variável, levando o indivíduo a decretar a sua própria morte. Neste âmbito, é possível determinar um grupo de risco de pessoas predispostas a este tipo de comportamento: desempregados em situação desesperadoras, desiludidos em relacionamentos, desonrados ou com vergonha extrema, embriaguez e pessoas com transtornos de personalidade (CAMPOS *et al.*, 2011; QUEVEDO; CARVALHO, 2014; BARBOSA; VASCONCELOS; OSELAME, 2016; BARLOW, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

As tentativas de suicídio são formas de o indivíduo solicitar atenção, para um tipo de sofrimento que está vivenciando, e necessariamente não precisa ter êxito para merecer a devida atenção dos profissionais de saúde. Assim, é de amplo conhecimento que de forma geral as atitudes dos profissionais de saúde tendem a ter um grande impacto no auxílio do diagnóstico e tratamento do paciente TPB, os quais por desconhecimento do transtorno, ou por ser a alternativa mais próxima, tendem a buscar por diversas vezes os serviços de urgência e emergência (ALDEIAS, 2016).

Conforme Quevedo e Carvalho (2014), a OMS aponta que cerca de 1 milhão de pessoas morrem por ano em decorrência do suicídio, e estima-se que em 2020 serão 1,5 milhão de indivíduos. Segundo Vidal *et al.*, (2013), as tentativas de suicídio podem ser até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados, com gravidade suficiente para requerer cuidados hospitalares. Além disso é provável que existam outras quatro tentativas que não foram documentadas.

De acordo com Botega (2015), os principais meios de tentativas de suicídio são as lesões autoprovocadas (enforcamento, disparo de arma de fogo, precipitação de altura) e a autointoxicação (pesticidas, medicamentos e outras substâncias nocivas). Mas como o profissional da saúde, principalmente na área de emergência, pode auxiliar nesse processo e identificar os possíveis pacientes que possuem risco de suicídio? Não é possível ter 100% de certeza do diagnóstico, mas alguns critérios abordados pela OMS tendem a auxiliar o profissional nesta identificação, conforme descrito no quadro 8 (ALDEIAS, 2016).

Quadro 8 - Escala de Avaliação de Risco de Suicídio.

Risco de suicídio	Sinal/Sintoma	Investigação	Conduta
0	Nenhuma perturbação nem desconforto.	-	-
1	Leve perturbação emocional.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçá com empatia.
2	Idéias vagas de morte.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçá com empatia.
3	Idéias vagas de suicídio.	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
4	Idéias de suicídio, sem transtorno mental.	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
5	Idéias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave.	Investigue intenção (plano e método). Estabeleça um contrato.	Encaminhe para cuidados psiquiátricos.
6	Idéias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia.	Não deixe o paciente sozinho (para impedir o acesso a meios de suicídio).	Hospitalize.

Fonte: Bertolote *et al.* (2010, p. 6).

Desta forma, destaca-se que o ponto ideal para se avaliar o risco de um possível comportamento suicida é a realização de uma boa entrevista, anamnese, tendo o profissional, a necessidade de estar atento, preparado e bem treinado para lidar com essas situações, buscando ouvir, aceitar os próprios sentimentos (incluindo tolerância e ambivalência) e ser um ponto de apoio, estabelecendo uma relação próxima com o paciente (JANTSCH *et al.*, 2011; QUEVEDO; CARVALHO, 2014; ULBRICH *et al.*, 2017; MACEDO *et al.*, 2018; LUCENA, *et al.*, 2018).

No que se diz respeito à assistência de enfermagem nos casos de pacientes *borderline*, tem-se que em comparação a outros tipos de transtornos mentais, como esquizofrenia ou depressão, muitos profissionais tem uma certa rejeição aos indivíduos TPB, visto que estes apresentam uma maior agressividade e riscos associados. Assim, antes de qualquer processo técnico e clínico, é imprescindível que o profissional de enfermagem diminua essa diferenciação social, seja receptivo e atencioso com seus clientes (ROSA *et al.*, 2011; BORBA *et al.*, 2015; VASCONCELOS; OSELAME; DUTRA, 2016; ALDEIAS, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Outras orientações aparecem nas considerações de Quevedo e Carvalho (2014), apontam que em episódios de crise o profissional de enfermagem deve se atentar: Manter a calma e não buscar o confronto; Buscar a compreensão da pessoa sobre o momento de crise; Investigar as causas da crise; Validar as afirmações por meio de uma entrevista sincera e empática; Estimular o paciente a pensar nas soluções; Não minimizar os problemas citados pelo paciente; Não propor soluções sem chegar ao ponto crucial do problema; Avaliar alternativas antes de propor internação, junto à equipe multiprofissional; Em comum acordo programar um segundo contato com o paciente.

Neste mesmo âmbito, Bertolote *et al.*, (2010), abordam que cabe ao profissional de enfermagem na urgência e emergência promover a segurança do paciente, ajudar ao indivíduo a lidar com as suas emoções e as formas de controlá-las, ensinar técnicas de reestruturação cognitiva que possam auxiliar a pessoa a interromper os pensamentos negativos, estabelecer uma relação de confiança e iniciar o processo terapêutico.

Em paralelo com a assistência ao paciente e relacionado aos cuidados clínicos às tentativas de suicídio, o profissional da urgência e emergência deve efetuar a identificação do paciente referente aos riscos que este indivíduo pode oferecer, classificando-o como risco baixo, nos casos em que ocasionalmente se apresenta pensamento suicida, sem planos; risco médio, onde apresentam pensamentos e planos para suicídio, mas não imediatos; ou risco alto, que se refere aos casos em que as pessoas possuem um plano definido, meios de execução e caráter imediato (GODINHO; MARQUES; PINHEIRO, 2009; QUEVEDO; CARVALHO, 2014; BORGES *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017b).

Identificados esses tipos de riscos, Quevedo e Carvalho (2014) recomendam que os profissionais de enfermagem devem oferecer assistência para os pacientes *borderline* conforme a classificação de risco, sendo: para baixo risco deverá oferecer suporte emocional, encaminhar a um especialista/médico da saúde mental e programar visitas em intervalos regulares; para médio risco, é necessário trabalhar os sentimentos suicidas e sua possível ambivalência, fortalecer o desejo de viver, encaminhar ao médico ou psiquiátrica e contatar os amigos e familiares; e para o alto risco, é imprescindível ter acompanhamento em tempo integral até sua hospitalização (deve ocorrer de forma imediata), remover quaisquer meios que possam representar uma oportunidade de tentativa de suicídio, informar a família e ter o apoio do profissional especialista/médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme demonstrado neste artigo, lidar com o tema *borderline* é algo muito mais complexo do que se pode imaginar, pois além de ser uma doença que reúne diversas comorbidades que podem estar associadas a ela, é um assunto que merece uma maior atenção e capacitação dos profissionais de saúde envolvidos, em especial à equipe de enfermagem da área de urgência e emergência.

Com o aprofundamento dos estudos sobre o transtorno de personalidade *borderline*, foi possível demonstrar como ocorreu sua caracterização e dissociação da esquizofrenia e outras doenças mentais já conhecidas há mais tempo, assim como foi demonstrado as diferentes formas evolutivas de diagnosticar o TPB, utilizando de métodos mais próximos da realidade psicossocial atual.

Destaca-se, nas evidências deste artigo, as peculiaridades do TPB, o qual é um dos transtornos de personalidade que leva o indivíduo a um estágio avançado de agressividade, culminando na sua automutilação e, em casos mais graves, as tentativas de suicídio, sendo que esta última, de forma geral, não se restringe a apenas um evento, mas em média 3 a 4 episódios por paciente e muitos deles podem ocorrer no ambiente de urgência/emergência, onde há grande presença dos profissionais de enfermagem.

No âmbito do tratamento da pessoa com este transtorno de personalidade, destaca-se a importância do profissional de enfermagem, atuante na área de urgência e emergência, estar bem preparado, conceitualmente e com vivência prática, para lidar com este tipo de paciente, o qual necessita dos diversos cuidados de assistência de enfermagem abordados, mas principalmente, da inclusão social e não rejeição pelas características peculiares de agressividade e risco.

Saber lidar com o indivíduo e com esta doença é essencial, pois uma correta identificação/diagnóstico da mesma, se possível com brevidade e assertividade, incluindo a referida classificação do risco associado, auxilia os profissionais da saúde envolvidos e o paciente a ter um processo evolutivo do tratamento com uma melhor qualidade, eficácia e principalmente atingindo seu objetivo de ressocialização.

Faz-se importante destacar, que as projeções realizadas pela OMS e pela APA, são situações cada vez mais perto da realidade e que estão sendo concretizadas, pois cada vez mais os processos do mundo globalizado influenciam diretamente a saúde psicossocial e mental das pessoas, levando-as a desenvolver diversos tipos de transtornos, dentre eles o de personalidade *borderline*, por fim salienta-se a necessidade de novos estudos para fortalecimento de reflexões acerca do transtorno.

REFERÊNCIAS

ALDEIAS, Joana Filipa Maurício. **O Impacto da Perturbação de Personalidade Borderline na decisão clínica e na relação com os profissionais de saúde**. 2016. 29f. Trabalho Final (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2LAooYG>. Acesso em: 04 set. 2018.

APA - American Psychiatric Association. **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, Marcia Cristina; DE VASCONCELOS, Claudia Ribeiro; OSELAME, Gleidson Brandão. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a loucura. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, p. 03-17, 2016.

BARLOW, David H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BERRIOS, German E.; PORTER, Roy. **Uma História da Psiquiatria Clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos**. São Paulo: Escuta, 2012.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, Suplemento 2, p. S87-S95, 2010.

BORBA, Leticia de Oliveira *et al.* Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 88-94, 2015.

BORGES, Cleber Augusto *et al.* O novo perfil profissional do enfermeiro frente ao centro de atenção psicossocial. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, p. 217-233, 2016.

BOTEGA, Neury J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/307JXUf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRUSAMARELLO, Tatiana *et al.* Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 33-40, 2011.

CAMPOS, Rosana Onocko *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4643-4652, 2011.

CASSIANO, Ana Paula Carvalho *et al.* Percepção dos enfermeiros frente ao atendimento a portadores de transtorno de *borderline*. **Nursing** (São Paulo), v. 19, n. 220, p. 1381-1385, 2016.

COSTA, Janelise Bergamaschi Paziani; VALERIO, Nelson Iguimar. Transtorno de personalidade antissocial e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. **Temas em psicologia**, v. 1, n. 1, p. 107-119, 2008.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, Alexandre Gabriel Vieira. **Avaliação e Diagnóstico da Perturbação da Personalidade Borderline**. 2017. 28f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2XFeFGQ>. Acesso em: 03 set. 2018.

FERREIRA, Wellington Fernando da Silva *et al.* Direitos humanos da pessoa idosa portadora de esquizofrenia: uma contribuição da enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, p. 219-229, 2017a.

FERREIRA, Wellington Fernando da Silva *et al.* Urgência e emergência nas dimensões da pessoa idosa: Sistema Manchester. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, p. 283-293, 2017b.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODINHO, Marta Queiroz; MARQUES, Maria Emília; PINHEIRO, Catarina Bray. A expressão no Rorschach dos fenômenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. **Análise Psicológica**, v. 27, n. 3, p. 349-363, 2009.

JANTSCH, Leonardo Bigolin *et al.* Transtorno De Personalidade Bordeline: Um Estudo Acerca da Doença e a Assistência de Enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1389-1392, 2011.

KAZDIN, Alan E. **Encyclopedia of psychology**. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

LUCENA, Cristiane Gislaine *et al.* Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o transtorno afetivo bipolar. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 11, n. 2, 2018.

MACEDO, Brisa Burgos Dias *et al.* Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores crônicas. **Revista de Humanidades**, v. 32, n. 2, p. 193-203, 2018.

NEACSIU, Andrada D.; LINEHAN, Marsha M. Transtorno da personalidade borderline. In: BARLOW, David H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo**. Porto Alegre: Artmed, p. 393-455, 2016.

OLIVEIRA, Samara de *et al.* O enfrentamento da equipe de enfermagem em atendimentos a pacientes em crise psicótica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 53, p. 50-56, 2017.

PASINI, Tisciane Ferraz; DAMETTO, Jarbas. Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. **Perspectiva**, v. 34, n. 128, p. 133-149, 2010.

PASTORE, Edilson; LISBOA, Carolina S. M. Transtorno de Personalidade Borderline, Tentativas de Suicídio e Desempenho Cognitivo. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, p. 9-17, 2014.

QUEVEDO, João. CARVALHO, André F. **Emergências Psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

REZENDE, Lucas Tadeu. Transtorno de Personalidade Borderline e a Família: Compreendendo no discurso do paciente os sentimentos de sua relação com o núcleo familiar. **Revista Univap**, v. 22, n. 40, p. 512, 2017.

ROSA, Bruno de Paula *et al.* Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 2, p. 268-282, 2011.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SADOCK, Benjamim J.; SADOCK, Virginia A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, Ana B. B. **Corações Descontrolados: Ciúmes, Raiva, Impulsividade: O Jeito borderline de Ser**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SILVA, Elaine Amanda de Oliveira *et al.* Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 7, p. 215-228, 2017.

SOARES, Marcos Hirata. Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2010.

TYRER, Peter; REED, Geoffrey M.; CRAWFORD, Mike J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. **The Lancet**, v. 385, n. 9969, p. 717-726, 2015.

ULBRICH, Gislaine Dias Siqueira *et al.* Motivadores da ideação suicida e a autoagressão em adolescentes. **Adolescência e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 40-46, 2017.

VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro; OSELAME, Gleidson Brandão; DUTRA, Denecir de Almeida. Processo de transição dos CAPS ad em Curitiba: estudo de revisão. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n. 4, p. 16-358, 2016.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 175-187, 2013.

WHO - World Health Organization. **World Health Statistics 2011**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2FQgEOx>. Acesso em: 16 ago. 2018.

WHO - World Health Organization. **Mental Health: Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/li2hybi>. Acesso em: 16 ago. 2018.