



Centro Universitário de Brasília – CEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde

MATEUS RICARDO CARDOSO

**A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SEU PAPEL NA ADESÃO DE
PACIENTES BORDERLINE**

Brasília - DF

2021

MATEUS RICARDO CARDOSO

**A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SEU PAPEL NA ADESÃO DE
PACIENTES BORDERLINE**

**Monografia apresentada a Faculdade
de Ciências da Educação e Saúde para
obtenção do grau de Bacharel em
Medicina.**

**Orientador: Prof. Mestre Gustavo
Carvalho de Oliveira**

Brasília - DF

2021

MATEUS RICARDO CARDOSO

**A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SEU PAPEL NA ADESÃO DE
PACIENTES BORDERLINE**

**Monografia apresentada a Faculdade
de Ciências da Educação e Saúde para
obtenção do grau de Bacharel em
Medicina.**

**Orientador: Prof. Mestre Gustavo
Carvalho de Oliveira**

Brasília, 11 de Junho de 2021

Banca examinadora

Prof. Mestre Gustavo Carvalho de Oliveira

Prof. Dra. Tânia Inessa Martins de Resende

Prof. Dra. Eliana Mendonça Vilar Trindade

RESUMO

Objetivos: analisar a influência da relação terapêutica nas singularidades da adesão terapêutica de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática de acordo com a diretriz PRISMA, nas bases de dados *Pubmed* e LILACS, utilizando-se termos de busca envolvendo o TPB e itens relacionados à dificuldade para adesão ao tratamento. Foram avaliados artigos publicados nos últimos 5 anos e analisados com base em perspectivas similares. **Resultados:** Foram encontrados 22 artigos, cujas temáticas foram agrupadas em 3 subitens: *perspectivas dos pacientes Borderline e seus cuidadores, perspectiva dos profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline e perspectiva dos profissionais e pacientes*. A baixa adesão e interrupção precoce do tratamento foram características marcantes nos estudos, tanto pelas taxas elevadas, quanto pela precocidade da interrupção. O diagnóstico de TPB possui impacto negativo na percepção dos profissionais sobre o paciente, gerando visão pessimista sobre o tratamento e sobre o paciente. **Conclusão:** Os pacientes Borderline e os profissionais de saúde experimentam um ciclo vicioso de expectativas negativas e vivências extremas, que culminam na baixa adesão e engajamento terapêutico de pacientes Borderline. A interação e estigma dos profissionais de saúde com os pacientes Borderline são reflexo de uma resposta disfuncional a um transtorno caracterizado por desregulação emocional, que gera um ciclo de expectativas e experiências negativas e perpétua o déficit de cuidado e compreensão do transtorno.

Palavras chave: Transtorno da Personalidade Borderline. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Estigma Social.

ABSTRACT

***Aims:** to analyze the influence of the therapeutic relationship on the singularities of the therapeutic adherence of patients with Borderline Personality Disorder (BPD). **Methods:** A systematic review was carried out according to the PRISMA guideline, in the Pubmed and LILACS databases, using terms involving TPB and items related to the difficulty in adherence of treatment. Articles published in the last 5 years were included in our research. **Results:** We've found 22 articles and they're were about three main themes: perspectives of Borderline patients and caregivers, perspectives of professionals in therapeutic relationship of Borderline patients and perspectives of professionals and patients. Low adherence and early treatment interruption were found in the most of the studies, with high rates of early interruption. The diagnosis of BPD has a negative impact on the professionals' perception of the patient, with a pessimistic view about the treatment and the patient. **Conclusions:** Borderline patients and health professionals are in a vicious cycle of negative expectations; is related to low adherence and therapeutic engagement of Borderline patients. The stigma of health professionals with Borderline patients reflects a dysfunctional response to a disorder characterized by emotional dysregulation. It can generate a cycle of negative expectations and experiences which also perpetuates an inefficient comprehension of the disorder and an inadequate care of those patients.*

Key words: *Borderline Personality Disorder. Treatment Adherence Compliance. Social Stigma.*

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2. METODOLOGIA..... | 11 |
| 3. RESULTADOS | 12 |
| 3.1. Perspectivas dos pacientes Borderline e seus cuidadores | 13 |
| 3.2. Perspectiva dos Profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline..... | 15 |
| 3.3. Perspectiva dos Profissionais e Pacientes | 18 |
| 4. DISCUSSÃO | 20 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 23 |
| REFERÊNCIAS | 24 |

1 Introdução

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), também chamado de Transtorno de Personalidade Limítrofe ou Fronteiriço (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016), tem prevalência em cerca de 1,6% da população geral, compreende 10% dos pacientes em saúde mental e representa 20% das internações psiquiátricas, com acometimento igual entre os sexos (SILVA, 2018). Pacientes com TPB frequentam a unidade de emergência cerca de 5 vezes mais que a população em geral, representando um destino significativo de recursos financeiros e econômicos (VANDYK, et al, 2019). Pacientes Borderline possuem estimativa de anos de vida perdidos em cerca de 14-25 anos, sendo que maior parte dos casos decorre de complicações cardiovasculares e de tentativas de suicídio (CASTLE, 2019).

Em 1911, o pesquisador Eugen Bleuler descreveu um grupo de pacientes com alguns elementos presente na esquizofrenia, apesar de um comportamento convencional, denominando esse fenômeno de esquizofrenia latente (DALGALARRONDO e VILELA, 1999). Esse grupo seria então dividido no que hoje são denominados transtornos de personalidade, especificamente o transtorno esquizotípico e o borderline. O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez em 1938, por Adolf Stern, para descrever uma “forma leve” de esquizofrenia na fronteira da psicose e neurose (SILVA, 2018), que costumavam gerar grandes reações de contratransferência em seus terapeutas, além de apresentar regressão acentuada frente a um ambiente desorganizado, situação a qual, estes pacientes buscavam de forma paradoxal (DALGALARRONDO e VILELA, 1999).

Deutsch, em 1942, descreve a personalidade “*as if*”, um grupo de pacientes que mantem relação com a realidade e respondem adequadamente às circunstâncias da vida, mas possuem “pseudoafetividade” com uma experiência interna de vazio (DE SOUSA e VANDENBERGHE, 2005). Em 1949, Hoch e Polatin nomearam como “esquizofrenia pseudoneurótica” a condição caracterizada pela associação de “pan-neurose“, “pan-ansiedade“, “transtornos sexuais pervasivos“ e “sintomas esquizofrênicos leves”. O conceito de Borderline foi associado ao espectro das psicoses no DSM II e CID-9, sendo descrito como um quadro mental com comportamento excêntrico ou inconsequente similar à esquizofrenia, contudo sem anomalias características (DALGALARRONDO e VILELA, 1999).

Um estudo liderado por Spitzer em 1979, definiu 2 grupos distintos dentro do diagnóstico de esquizofrenia latente/borderline: o primeiro grupo caracterizado por distúrbio de identidade, padrão de relacionamentos instáveis e intensos, impulsividade, raiva inapropriada, ações autodestrutivas, sentimentos crônicos de vazio e instabilidade afetiva; e um segundo

grupo marcado por comunicação bizarra, ideias de referência, ideação paranoide, pensamento mágico, rapport inadequado e isolamento social, o atual distúrbio esquizotípico. Em 1980 o DSM III, cunhou o termo Borderline dentro dos distúrbios de personalidade, classificação incorporada ao CID 10 em 1992, com o termo transtorno de personalidade emocionalmente instável, com dois subtipos, o impulsivo e o borderline (DALGALARRONDO e VILELA, 1999).

O TPB possui fisiopatologia mal compreendida, resultante da interação de fatores genéticos, biológicos e sociais, que afetam o desenvolvimento cerebral por vias endócrinas e neuronais, especialmente na região frontolímbica (LAMONT e DICKENS, 2019). Há uma alta associação a experiências traumáticas na infância, abuso físico/sexual, negligência e separação parental (GUNDERSON, et al, 2018). As comorbidades são frequentes, principalmente os transtornos de humor, os transtornos do espectro ansioso, o abuso de substâncias, os distúrbios alimentares, a automutilação e o comportamento suicida (SILVA, 2018).

A organização do TPB é estruturada dentro de 3 padrões estruturais:

- Integração difusa da identidade: déficit de integração entre o conceito do self e de outras pessoas, gerando sentimento de vazio, percepções empobrecidas dos outros, auto percepção contraditória, comportamentos não integrados emocionalmente, pouca empatia e baixo limiar à frustração (ROMARO, 2002);
- Uso predominante de mecanismos de defesa primitivos: objetivando proteger o ego contra os conflitos entre amor e ódio, dificulta integração da identidade e leva a prejuízo na capacidade de adaptação e fragilidade do ego (ROMARO, 2002);
- Teste de realidade preservado, sendo capaz de diferenciar entre o self e não-self e objetos de origem intrapsíquicas e externas, embora pode apresentar prejuízo em situações de estresse (ROMARO, 2002).

O TPB é associado a sofrimento persistente e a deficiências funcionais pessoais, ocupacionais e sociais (LAMONT e DICKENS, 2019), além de apresentar grande morbidade, consumo elevado de recursos e altas taxas de atendimentos de emergência e internação psiquiátrica (DICKENS, LAMONT e GRAY, 2016). A expressão clínica é variável, sendo caracterizada por (DICKENS, LAMONT e GRAY, 2016; MUGARTE e RIBEIRO; SILVA, 2018; ROMARO, 2002):

- Instabilidade generalizada e persistente da regulação afetiva e autoimagem/identidade;

- Dificuldade no controle de impulsos, principalmente os relacionados a agressividade e a comportamentos autodestrutivos, como: uso de substâncias, automutilação, suicídio, distúrbios alimentares, furtos, promiscuidade, gastos excessivos e jogo compulsivo;
- Relações interpessoais intensas, instáveis, caóticas e manipulativas, com realização de esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Dificuldade de controle da raiva e/ou raiva inadequada e intensa;
- Ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos, desencadeados por estresse.

Historicamente, o TPB tem sua legitimidade questionada por profissionais de saúde, sendo atribuído a pessoas “problemáticas e manipulativas”, e esse estigma se mantém dentre os profissionais e a sociedade (RING e LAWN, 2019). Apesar dos grandes impactos diretos e indiretos que o TPB traz para a vida dos pacientes e para aqueles ao seu redor, essas pessoas são discriminadas com esse diagnóstico (LAMONT e DICKENS, 2019), pois são vistos como pacientes difíceis, carentes, emocionais e com alto risco de comportamentos autodestrutivos, tendendo a “intratabilidade” (SILVA, 2018).

O diagnóstico de TPB gera reações negativas por parte da equipe de saúde, que muitas vezes possui dificuldade de perceber o transtorno como uma condição mental real (RING e LAWN, 2019). Os pacientes costumam não ser informados quanto ao diagnóstico de TPB, e algumas vezes isso é divulgado com insensibilidade, arbitrariamente, sem suporte, sem abertura para educação em saúde ou definição dos objetivos do tratamento. Tudo isso interfere no processo de auto identificação e gera pessimismo sobre o próprio prognóstico e rejeição aos serviços de saúde (LAMONT e DICKENS, 2019). Os pacientes iniciam um processo de se culparem por serem incapazes de controlar seus atos, sentindo-se indignos de atendimento e com menor prioridade frente a outras condições, mesmo que em saúde mental (VANDYK, et al, 2019).

Nos atendimentos de emergência, o paciente com TPB é muitas vezes tratado com atitudes negativas e julgamentos, com contato escasso, sem identificação das suas reais necessidades, atendimento limitado a curativos ou medicamentos e um apoio emocional mínimo, sem adequado planejamento e suporte pós alta (LAMONT e DICKENS, 2019). Essa realidade é contrária ao conceito da reforma psiquiátrica, que propõe a inclusão das pessoas com transtornos mentais baseada na coexistência social, autonomia e exercício da cidadania, garantindo acolhimento e acompanhamento adequado para seguimento de suas condições (AGNOL, et al, 2019). Essa experiência negativa nos momentos de crise pode suscitar

sentimentos de tensão e de abandono, formando uma percepção negativa do cuidado e comportamentos desadaptativos (LAMONT e DICKENS, 2019).

A discriminação dos usuários do sistema de saúde é ligada à sensação de futilidade do tratamento e de pessimismo sobre a capacidade de controle da dor e sofrimento do paciente (LAMONT e DICKENS, 2019). As experiências de dilema e frustração, ampliadas pela imprevisibilidade terapêutica e prognóstica geram sentimentos de angústia e impotência aos profissionais de saúde (SILVA, 2018). Além disso, o cuidado é dificultado pela falta de recursos para atender às necessidades do grupo, com estratégias de benefícios a curto prazo sem garantia de suporte em ambiente externo e déficit de habilidade de manejo clínico dos pacientes e dos serviços disponíveis (RING e LAWN, 2019).

O usuário com TPB possui percepção clara da relutância na prestação de cuidado, tanto pelo conhecimento limitado dos profissionais quanto pelas dificuldades dos comportamentos de automutilação e suicídio, dificultando o desenvolvimento adequado da relação médico-paciente. O medo do abandono e de rejeição também influenciam essa relação (LAMONT e DICKENS, 2019). As dificuldades do atendimento ao paciente com TPB gera um conflito constante de reconhecimento das próprias limitações e vulnerabilidades do médico, com quebra da sensação de onipotência e obstáculos intrínsecos no desenvolvimento de habilidades e capacidade terapêutica (SILVA, 2018).

A literatura mostra que o diagnóstico adequado permite compreensão da condição, formação de perspectiva positiva e identificação dos sintomas como processo do transtorno e não como aspecto negativo de si mesmo, gerando sensação de alívio e realização (RING e LAWN, 2019). A melhora com remissão dos sintomas diminuição de crises recorrentes é consolidada na literatura (GUNDERSON, et al, 2018), principalmente com diagnóstico precoce e acesso adequado ao tratamento (LAMONT e DICKENS, 2019). O resultado é a redução das tentativas de suicídio, das crises de auto agressividade e hospitalização (SILVA, 2018).

A adesão é um comportamento complexo que mescla características do paciente, dos profissionais de saúde, da terapêutica utilizada e da forma em que essa estratégia de tratamento é discutida com o usuário, seja a partir da autoridade médica ou da autonomia do paciente (TANESI, et al, 2007). O diálogo é instrumento básico para o conhecimento e transformação social do indivíduo dentro do seu processo saúde-doença, permitindo aproximação, postura empática e respeito às singularidades e diversidades, construindo vínculo de confiança essencial para manutenção da adesão e eficácia da terapêutica (AGNOL, et al, 2019).

A não adesão ao tratamento inclui a relutância em buscar ajuda, consultas irregulares, interrupções prematuras do acompanhamento, não cumprimento das orientações e uso inadequado de medicações. Dentre as razões mais frequentes para falha na adesão se encontram a frustração com tratamento, falta de suporte social e dificuldades logísticas para comparecer a consulta (TANESI, et al, 2007). Os pacientes com TPB classicamente caracterizados por relacionamentos problemáticos devido à instabilidade emocional e medo de abandono, possuem igual sensibilidade acerca do relacionamento médico-paciente, ainda mais se agravada pela sensação de rejeição e negligência profissional (LAMONT e DICKENS, 2019).

O paciente borderline incita a equipe de saúde a uma experiência ímpar no cuidado a saúde contextualizada na valorização da vivência subjetiva da condição, comumente em conflito com as ideias e perspectivas terapêuticas. O tratamento deve ser cunhado no atendimento longitudinal multiprofissional, com profissionais qualificados, incentivo a melhorias comportamentais e definição de metas de curto prazo (SILVA, 2018). O resultado desejado é maior capacidade de controle de impulsos, tolerância à ansiedade, modulação afetiva e desenvolvimento de relacionamentos estáveis (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016).

Além disso, o tratamento envolve a manutenção de uma aliança terapêutica, formada a partir da definição dos objetivos do tratamento, divisão de tarefas e desenvolvimento de vínculo médico-paciente, num processo de trocas recíprocas com mudanças mútuas (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016). Os processos de transferência desenvolvidos durante o acompanhamento devem ser compreendidos dentro do contexto do TPB e a contratransferência utilizada como forma de acesso e de aproximação. Assim, possibilitam-se a manutenção do vínculo e a reaprendizagem comportamental com construção de mecanismos de defesa mais adaptativos e essenciais para melhor coesão psicológica (ROMARO, 2002).

A contratransferência é um processo comum dentro do atendimento do paciente Borderline, e engloba reações emocionais inconscientes do profissional, derivadas das respostas afetivas do paciente. Apesar da associação com elementos inconscientes, esses processos são parte ativa do processo terapêutico, onde a capacidade do profissional em analisar e controlar esses aspectos, conscientes ou não, tem papel crucial para a continuidade do tratamento (ZAMBELLI, TAFURI, VIANA, et al, 2013).

Apesar da histórica caracterização de má adesão ao tratamento de pacientes Borderline, as especificidades dessa interação não são sistematicamente observadas. Esta pesquisa teve por objetivo analisar a influência da relação terapêutica nas singularidades relacionadas à adesão ao tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

2 Metodologia

Esta pesquisa é uma revisão sistemática de literatura em acordo com a diretriz “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*” – PRISMA (GALVÃO, PANSANI e HARRAD, 2015).

Coleta de dados: para compor o universo amostral, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados *Pubmed* e *LILACS*, com os descritores: *Borderline personality disorder AND (management OR health professional OR stigma OR difficulty OR challenge OR adherence)*.

Seleção de artigos: foram considerados elegíveis ensaios clínicos, estudos transversais e pesquisas qualitativas escritos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos 5 anos, segundo os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: estudos que abordem a adesão terapêutica em pacientes com TPB, estudos que avaliem a dinâmica da relação profissional de saúde – paciente com TPB e seus determinantes, e estudos que analisem os fatores para interrupção precoce do tratamento.

Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e excluídos aqueles, de acordo com os critérios abaixo:

- Critérios de exclusão: estudo não descreve pacientes com TPB como população alvo, estudo sem análise da relação profissional de saúde – paciente com TPB e/ou adesão terapêutica, e estudos de comparação entre técnicas terapêuticas.

Análise de dados: foi realizada uma análise qualitativa dos artigos selecionados, levando-se em conta a população estudada, o método de análise, os resultados e a discussão proposta, agrupando os dados com base em perspectivas similares.

3 Resultados

Foram analisados 22 artigos, compostos por 12 estudos qualitativos, 6 ensaios clínicos, 2 estudos transversais e 2 estudos de coorte. O diagrama de fluxo a seguir representa o processo de seleção dos trabalhos para inclusão na pesquisa (Figura 1). Dentre os artigos originais, 8 estudos avaliaram a perspectiva dos pacientes Borderline e/ou seus cuidadores (Tabela 1), 10 avaliaram a perspectiva dos profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline (Tabela 2) e 3 a avaliação dos profissionais de saúde e dos pacientes (Tabela 3).

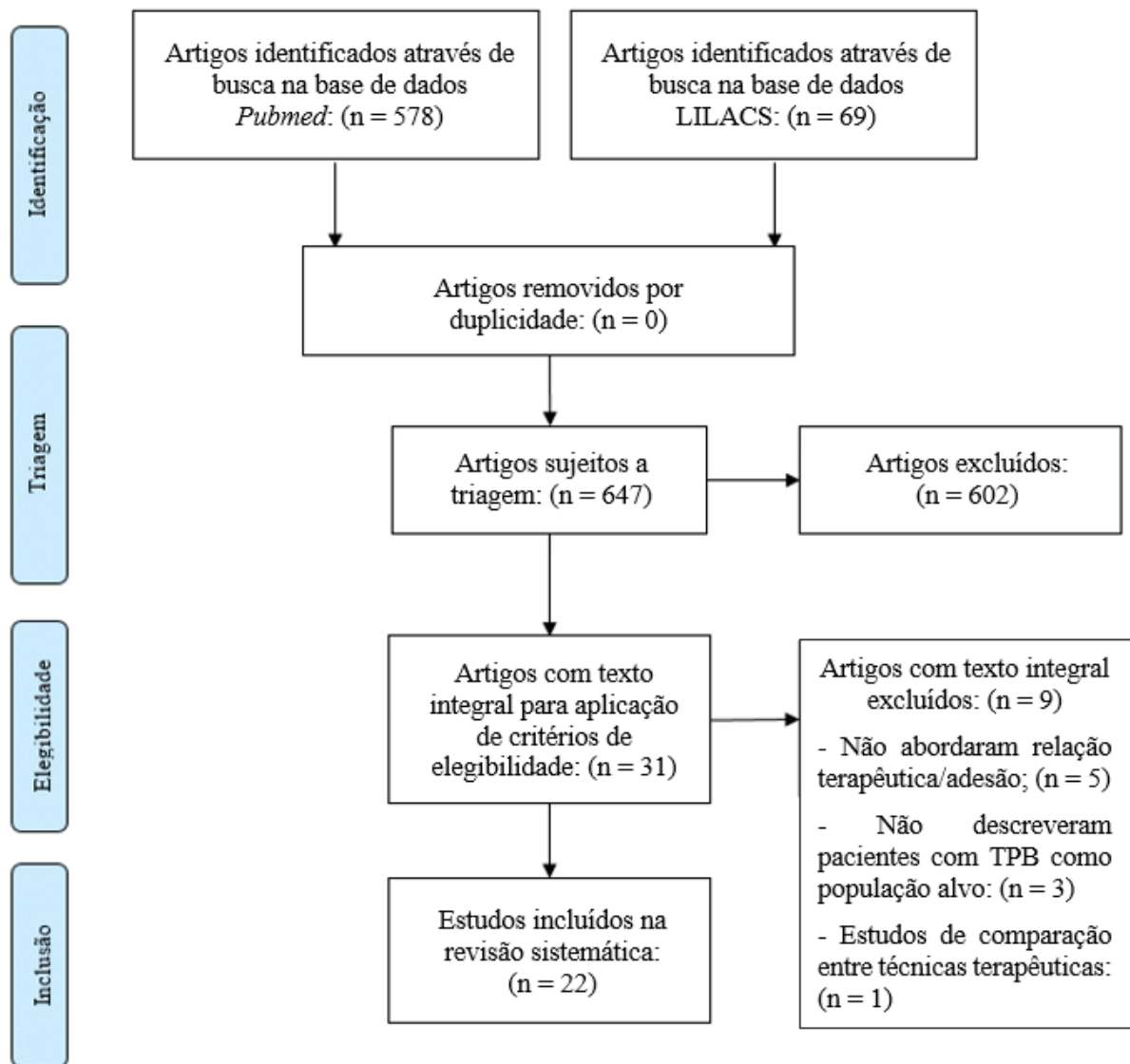


Figura 1 – Diagrama de fluxo para seleção da literatura, modificado a partir do Diagrama de fluxo da diretriz PRISMA.

3.1 Perspectivas dos pacientes Borderline e seus cuidadores

A tabela 1 é um compilado de todos os estudos incluídos nesta revisão, com informações gerais sobre a publicação e o resumo dos resultados mais relevantes, em que foram abordadas perspectivas de pacientes Borderline e de cuidadores em relação à aliança terapêutica.

| Tabela 1 - Perspectiva dos pacientes Borderline e seus cuidadores | | | |
|--|--|--------------------|--|
| Autor (a) / Ano | Revista | Desenho | Resultados relevantes |
| BORITZ, Tali; et al. (2018) | <i>Journal of Personality Disorders</i> | Ensaio clínico | A quebra da aliança terapêutica é comum, derivada principalmente do comportamento do TPB; O manejo direto das rupturas permite manter o vínculo com o profissional. |
| ROMEULABAYEN, Maria; et al. (2020) | <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> | Estudo qualitativo | Fatores necessários para um bom relacionamento terapêutico: aprendizado sobre TPB, confiança com empatia e validação das emoções, participação nas decisões e compartilhar metas. |
| HELLEMAN, Marjolein; et al. (2018) | <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> | Estudo qualitativo | A Internação hospitalar auxilia no manejo da crise; A Abordagem com validação permite conexão com profissional; Falta de conhecimento e atitudes negativas sobre TPB gera insegurança e sensação de incômodo e rejeição. |
| KVERME, Britt; et al. (2019) | <i>Frontiers in Psychology</i> | Estudo qualitativo | Reconhecimento de estereotipo de paciente difícil, manipulador e instável; Acesso difícil e limitado aos serviços de saúde; Profissionais de saúde negligenciam a perspectiva dos pacientes, medicalizando suas estratégias de enfrentamento. |
| LANDES, Sara J.; CHALKER, Samantha A.; e COMTOIS, Katherine A. (2016) | <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> | Ensaio clínico | A Interrupção precoce do tratamento é associada a idade jovem, severidade e dificuldade de regulação emocional. |
| ARNTZ, Arnoud; et al. (2015) | <i>Behaviour Research and Therapy</i> | Ensaio clínico | Pacientes com altas taxas de hostilidade, histórico de abuso físico, emocional ou negligência na infância, interromperam mais precocemente o tratamento; A medicação possui influência negativa na recuperação, sendo marcador de pacientes difíceis, prejudicando a aplicação de técnicas terapêuticas e desvalorização da psicoterapia em decorrência a medicação. |
| BIALA, Maja; KIEJNA, Andrzej. (2017) | <i>Psychiatria Polska</i> | Estudo de Coorte | Contrastando com outros transtornos de personalidade, pacientes com TPB apresentaram interrupção do tratamento de forma precoce, associada principalmente à presença de difusão de identidade. |

| | | | |
|------------------------------|--|----------------|---|
| SIGNER, Silja; et al. (2019) | <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> | Ensaio clínico | A maior ativação de padrões de interação social nas sessões foi associada a uma menor carga interpessoal ao final da terapia; A ativação prematura desses padrões de interação social pode desencadear emoções intensas com risco de ruptura da terapia. |
|------------------------------|--|----------------|---|

A baixa adesão e interrupção precoce do tratamento foram características marcantes nos estudos, tanto pelas taxas elevadas, vistas em estudo de Landes, Chalker e Comtois (2016), com 56 pacientes em acompanhamento psicoterápico por um ano, quanto pela precocidade da interrupção, evidenciado por Biala e Kiejna (2017), em seu estudo com 110 pacientes de três unidades psiquiátricas. Boritz et al (2018) revelaram que as rupturas de aliança terapêutica, com deterioração do engajamento e diminuição do vínculo emocional, são comuns no atendimento do paciente Borderline e funcionam como método de se evitar rejeição ou regular emoção intensa.

Dentre os artigos que analisaram pacientes com TPB, 4 deles abordaram os fatores que prejudicam o relacionamento terapêutico e se relacionam à interrupção precoce do acompanhamento. Segundo Kverme et al (2019), o atendimento prestado a um paciente com TPB negligencia a perspectiva dos traumas desses indivíduos, gerando experiências silenciadoras que patologizam e medicalizam suas estratégias de enfrentamento, e direcionam seus esforços às dificuldades intrínsecas de manejo.

Landes, Chalker e Comtois (2016), evidenciaram que idade jovem, severidade global, pior taxa de desregulação emocional, e evitação de experiências negativas foram associadas à interrupção precoce do tratamento. Esses fatores não foram listados no estudo de Arntz et al (2015), com 86 pacientes acompanhados durante três anos, no qual observou-se descontinuação precoce do tratamento nos pacientes com histórico de abuso e violência na infância e altos níveis de hostilidade. Além disso, esses autores não constataram associação entre interrupção precoce e idade jovem, baixa escolaridade, baixa adesão ou comportamento autodestrutivo. A difusão de identidade foi caracterizada como fator para interrupção precoce apenas no estudo de Biala e Kiejna (2017).

Signer et al (2019), relataram que a ativação de padrões de interação social durante a terapia, permite o manejo e a intervenção em padrões problemáticos, prevenindo o uso destes padrões no contexto social. Contudo, a ativação prematura desses padrões pode desencadear emoções intensas com risco de ruptura da aliança terapêutica e abandono no tratamento. Por isso, o profissional deve estar capacitado para o adequado manejo desses padrões, baseado em uma relação terapêutica construída com confiança.

Em diversos estudos, observa-se a descrição de fatores associados a um bom relacionamento terapêutico. Boritz et al (2018) avaliaram que o manejo das vulnerabilidades e gestão contínua das rupturas permitem a preservação do vínculo com o profissional de saúde. Helleman et al (2018) e Nagrodzki e Zimbron (2019) descrevem a internação hospitalar como método de abordagem ao paciente Borderline, para acolhimento na crise e auxílio para redução dos fatores estressores do dia-a-dia. O aprendizado de habilidades e de conhecimentos específicos sobre TPB, a empatia, a validação das emoções e o respeito são relatados nestes estudos como fatores essenciais para uma abordagem efetiva.

3.2 Perspectiva dos Profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline

A tabela 2 é um compilado de todos os estudos incluídos nesta revisão, com informações gerais sobre a publicação e o resumo dos resultados mais relevantes, em que foram abordadas perspectivas dos profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline.

| Tabela 2 - Perspectiva dos Profissionais na relação terapêutica com pacientes Borderline | | | |
|---|--|--------------------|--|
| Autor (a) / Ano | Revista | Desenho | Resultados relevantes |
| LAM, Danny C. K.; et al. (2015) | <i>Behavioural and cognitive psychotherapy</i> | Ensaio clínico | O diagnóstico prévio de TPB possui impacto negativo na percepção dos profissionais sobre o prognóstico do paciente. |
| LANFREDI, Mariangela; et al. (2019) | <i>Journal of personality disorders</i> | Estudo transversal | As atitudes frente aos pacientes Borderline são específicas sem relação a atitudes frente a outras doenças mentais; As equipes que cuidaram de maior número de pacientes Borderline apresentaram mais atitudes negativas e preconceitos; Os profissionais com menos tempo de atuação possuem mais atitudes positivas do que os profissionais mais antigos. |
| PIGOT, Melissa; et al. (2019) | <i>Personality and Mental Health</i> | Estudo qualitativo | O treinamento acerca de conhecimentos e de habilidades específicas ajudam a reduzir o estigma, a aumentar engajamento terapêutico, a reduzir danos e a ampliar eficácia do tratamento dos pacientes com TPB. |
| DAY, Nicholas J. S.; et al. (2018) | <i>Personality and Mental Health</i> | Estudo de Coorte | Os profissionais de saúde têm percepção que os pacientes Borderline são intencionalmente resistentes e difíceis, ideia que prejudica a construção do <i>rapport</i> . |
| SULZER, Sandra H. (2015) | <i>Social Science & Medicine</i> | Estudo qualitativo | Os profissionais de saúde consideram os pacientes com TPB difíceis, e indesejados, devido à dificuldade de interação, alta demanda e ideia de intratabilidade e de capacidade de autocontrole do paciente; Os pacientes são percebidos pelos profissionais como manipuladores, e não como doentes, que simulam sua |

| | | | |
|---|---|---------------------------|---|
| | | | <p>sintomatologia para ganhar atenção e, por isso, não necessitam de tratamento;</p> <p>Existem altas taxas de recusa de atendimento por parte dos profissionais, exigência de regras e de contratos não exigidos a outros pacientes e omissão do diagnóstico de TPB.</p> |
| <p>WLODARCYK, Julian; et al. (2018)</p> | <p><i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i></p> | <p>Estudo qualitativo</p> | <p>Os principais problemas relatados foram a falta de recursos e de habilidades específicas para atendimento a esse público;</p> <p>Múltiplas comorbidades físicas e psíquicas prejudicam o manejo, a priorização e a eficácia do tratamento;</p> <p>A relutância no atendimento a pacientes com TPB deriva dos cancelamentos frequentes sem justificativa, da falta de suporte de profissional especialista em saúde mental e por aspectos logísticos;</p> <p>Os <i>guidelines</i> vigentes possuem recomendações de baixa evidência clínica e são pouco difundidos entre os profissionais.</p> |
| <p>BURKE, Lucy; et al. (2019)</p> | <p><i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i></p> | <p>Estudo qualitativo</p> | <p>Falta de conhecimento e de habilidades sobre TPB são consideradas frequentes e omitidas pelos profissionais;</p> <p>A capacitação contínua é necessária para o aprimoramento de habilidades, retirando-se a sensação de desamparo e de incompetência, ajudando na empatia e manejo da contratransferência por parte dos profissionais;</p> <p>Houve relatos de dificuldade de empatia com pessoas com comportamento autodestrutivo ou automutilador, com melhora após intervenção educacional.</p> |
| <p>LAM, Danny C. K.; SALKOVSKIS, Paul M.; e HOGG, Lorna I. (2015)</p> | <p><i>British Journal of Clinical Psychology</i></p> | <p>Estudo transversal</p> | <p>O diagnóstico de TPB gera visão mais pessimista sobre o tratamento e visão negativa sobre a paciente por parte dos profissionais.</p> |
| <p>AGNOL, Emanuelli Carly Dall; et al. (2019)</p> | <p>Revista Gaúcha de Enfermagem</p> | <p>Estudo qualitativo</p> | <p>Há dificuldade na construção do vínculo terapêutico por parte dos profissionais, por não confiarem nos pacientes com TPB;</p> <p>Insegurança e despreparo para lidar com as situações de crise geram nos profissionais de saúde dificuldades de comunicação com os pacientes;</p> <p>Déficits e inadequações de estrutura física, falta de recursos humanos, escassez de programas de capacitação e apoio psicológico aos profissionais, prejudicam o atendimento e relação terapêutica com os pacientes Borderline;</p> <p>O vínculo com o profissional é formado a partir da liberdade de expressão sem preocupação com julgamentos, com escuta qualificada, respeito e empatia;</p> <p>A hipermedicalização e o uso inadequado das drogas pelo paciente com TPB podem afetar a efetividade e a satisfação com o tratamento, prejudicando a autonomia e a proteção do paciente vulnerável.</p> |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| <p>BOURKE, Marianne E.; GRENYER, Brin F. S. (2017)</p> | <p><i>Journal of Psychiatric Practice</i></p> | <p>Estudo qualitativo</p> | <p>A Linguagem utilizada pelos profissionais de saúde em relação as experiências com pacientes Borderline, indica sentimentos de ansiedade, sobrecarga, estresse psicológico, incerteza e dificuldade em responder; Os terapeutas são vulneráveis à metacognição autorreferenciativa que interfere na capacidade de manter o paciente em foco, resultando num tratamento com padrões de relacionamento interpessoais desadaptativos e respostas negativas reforçando expectativas de hostilidade e rejeição do paciente.</p> |
|--|---|---------------------------|--|

Os estudos realizados por Lam et al (2015) e Lam, Salkovskis e Hogg (2015), com 265 profissionais de saúde mental, demonstraram que o diagnóstico de TPB possui impacto negativo na percepção dos profissionais sobre o paciente, gerando visão pessimista sobre o tratamento e sobre o próprio paciente. Sulzer (2015), descreve que os profissionais de saúde avaliam os pacientes com TPB como difíceis e indesejados, devido a: dificuldade de interação, alta demanda, ideia de intratabilidade e capacidade de autocontrole do paciente. Wlodarczyk et al (2018), explicaram a caracterização negativa dos pacientes Borderline pelas repetidas situações de estresse, ansiedade, carência e raiva expressas contra os cuidadores. Day et al (2018) encontraram, em sua pesquisa, que os profissionais possuem a percepção dos pacientes com TPB serem intencionalmente resistentes e difíceis.

O TPB é descrito como um transtorno complexo e de difícil manejo, agravado, segundo Wlodarczyk et al (2018), pelas múltiplas comorbidades, físicas e psíquicas, que prejudicam diagnóstico, priorização e manejo. Além disso, segundo Burke et al (2019) pela falta de conhecimento há uma deficiência nas habilidades em lidar com o TPB. Além disso, Agnol et al (2019), descreveram inadequações de estrutura física, escassez de: recursos humanos, programas de capacitação e apoio psicológico aos profissionais de saúde. Essa situação prejudica o seguimento e o tratamento desses pacientes, que são vistos como instáveis, manipuladores e resistentes.

O Estudo de Bourke e Grenyer (2017), avaliou o padrão de linguagem natural de 20 psicólogos ao relembrem experiências com pacientes Borderline. Esses profissionais apresentaram maior uso de palavras indicativas de sentimentos de ansiedade, sobrecarga, estresse e hesitação. Esses padrões revelam vulnerabilidade a metacognição autorreferenciativa resultando em padrões de respostas negativas que reforçam a hostilidade e a rejeição ao paciente.

Lanfredi et al (2019), descreveram que profissionais que já cuidaram de mais pacientes Borderline apresentaram mais atitudes negativas e preconceitos, enquanto profissionais recém

contratados manifestaram mais atitudes positivas. Essa diferença pode refletir um processo formativo mais atualizado para os mais recentes e uma dificuldade de desconstrução do estigma e manejo de experiências prévias para os mais antigos. Além disso, o estudo mostra uma associação entre atitudes de cuidado positivas e a realização de treinamentos específicos para TPB. Burke et al (2019), relataram a importância de treinamentos para o aprimoramento de habilidades de manejo da contratransferência, enquanto Pigot et al (2019), descreveram que, para uma abordagem com qualidade a pacientes portadores de TPB, são necessários treinamentos de habilidade e conhecimentos específicos para redução do estigma e ampliação da adesão terapêutica.

3.3 Perspectiva dos Profissionais e Pacientes

A tabela 3 é um compilado de todos os estudos incluídos nesta revisão, com informações gerais sobre a publicação e o resumo dos resultados mais relevantes, em que foram abordadas perspectivas de pacientes dos profissionais assistentes e de pacientes Borderline em relação à aliança terapêutica.

| Tabela 3 - Perspectiva dos Profissionais e Pacientes | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|---|
| Autor (a) / Ano | Revista | Desenho | Resultados relevantes |
| NAGRODZKI, Jakub; ZIMBRON, Jorge. (2019) | <i>Psychiatra Danubina</i> | Estudo qualitativo | O ambiente hospitalar é descrito pelos pacientes com TPB como seguro e uma oportunidade para construção de uma vida significativa; A construção de plano terapêutico é essencial para manejo de crise e de hospitalizações nos pacientes com TPB; As dificuldades do cuidado com paciente TPB é reduzida com o treinamento dos profissionais. |
| CHALKER, Samantha A.; et al. (2015) | <i>Behaviour research and therapy</i> | Ensaio clínico | A Interrupção prematura do tratamento dos pacientes com TPB foi justificada por fatores logísticos, insatisfação com o tratamento e por melhora dos sintomas e não sentir mais necessidade do tratamento; Atendimentos fora do horário agendado foi associado a maior satisfação e melhora clínica; Houve comportamentos desafiadores a terapêutica: negatividade interpessoal com comportamento inflexível e desafiador; evasão/não engajamento com desatenção e apatia; desregulação emocional com tentativas de suicídio, prisão e desintoxicação. |
| SULZER, Sandra H; et al. (2016) | <i>Journal of Mental Health</i> | Estudo qualitativo | Diversas estratégias foram empregadas para evitar o diagnóstico de TPB: foco nas comorbidades, uso de diagnósticos alternativos e termos eufêmicos; |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------|---|
| | | | Por outro lado, os participantes relataram que o diagnóstico gerou alívio e sensação de pertencimento, auxiliando no tratamento. |
| LOHMAN, Matthew C.; et al. (2017) | <i>Psychiatric Services</i> | Estudo qualitativo | A marginalização e o estigma eram temas recorrentes; As requisições de informações sobre a doença, como lidar com os indivíduos e emoções, manejo de crises eram comuns tanto para os indivíduos Borderline quanto para os cuidadores/familiares; A falta de conhecimento sobre o TPB cria barreiras ao tratamento adequado, favorecendo a marginalização e estigmatização dos pacientes. |

No estudo de Lohman (2017), que analisou 6253 transcrições de atendimentos por um Centro de Recursos para TPB, foi encontrada a recorrência dos temas de marginalização e estigma, com atitudes negativas pelos profissionais de saúde e consequente isolamento. Além disso, encaminhamentos para terapias, solicitações de informações sobre o transtorno, manejo de crises e hospitalizações eram descritos comumente tanto para pacientes/cuidadores quanto para profissionais de saúde. A falta de conhecimento sobre o TPB prejudica o tratamento, favorece a marginalização e a estigmatização dos pacientes.

Chalker (2015) apresenta dados similares aos apresentados nos trabalhos prévios, com interrupção prematura do tratamento. Contudo, as justificativas apresentadas em seu trabalho foram fatores logísticos, insatisfação com o tratamento e melhora dos sintomas. Sulzer et al, (2016), descreveram uma contradição referente ao diagnóstico do TPB, enquanto esse diagnóstico denota uma sensação de alívio e de pertencimento ao paciente, apenas 9% dos profissionais informaram o diagnóstico ao paciente. Diversas estratégias foram utilizadas para evitar fazer esse diagnóstico, entre elas o foco nas comorbidades, diagnósticos alternativos e termos eufêmicos.

4 Discussão

As emoções compreendem um sistema de resposta complexo, que abrange mudanças mentais, físicas e comportamentais, que influenciam na interpretação dos significados pessoais de eventos. Quando esse sistema é funcional, prepara o indivíduo para a situação e atua como medida de auto validação, reafirmando suas percepções e interpretações. O paciente com TPB possui desregulação emocional resultante da vulnerabilidade a emoções extremas e dificuldade na regulação emocional, promovendo comportamentos disfuncionais na tentativa de controlar os reflexos dessa instabilidade (MCMAIN, KORMAN e DIMEFF, 2001).

O indivíduo Borderline é acostumado a desvalorizar suas próprias interpretações e experiências emocionais, traço ampliado por um ambiente que não o valida e perpetuado por uma interpretação padronizada e desregulada das suas experiências de vida, consolidando uma incapacidade de manejo emocional e de resolução de problemas (CAVALHEIRO e MELO, 2016). Deste modo, as percepções de si e dos outros se tornam superficiais e contraditórias, com sensação de rejeição e incompreensão (MUGARTE e RIBEIRO).

Durante o tratamento do paciente Borderline, a interação com o profissional de saúde compreende situações de interação e reflexão que podem despertar emoções e comportamentos disfuncionais, que ameacem o vínculo terapêutico e o seguimento do tratamento (SIGNER, et al, 2019). Contudo, é justamente esse padrão de resposta, a expressão por si do transtorno e origem do sofrimento do paciente. Relacionado a essa resposta, há historicamente, uma associação entre TPB e a ideia de paciente difícil, sendo descrito cientificamente ao decorrer dos anos como indivíduo manipulador e desagradável de lidar, com sintomatologia tendendo a intratabilidade (SILVA, 2018).

Essa visão negativa e pessimista desses pacientes moldou a construção do relacionamento do paciente Borderline com a equipe multiprofissional de saúde, sendo propagada de acordo com as gerações profissionais e consolidada com as experiências negativas consequentes da prática clínica (LANFREDI, et al, 2019). O usuário com TPB ao buscar atendimento de saúde frequentemente é mal recebido (VANDYK, 2019), recebem diagnóstico arbitrário, são rejeitados pelos sistemas de saúde, com seu tratamento negado ou continuamente reencaminhado, recebendo educação escassa sobre seu transtorno, opções terapêuticas e prognóstico (LAMONT e DICKENS, 2019).

A frustração diagnóstica e imprevisibilidade prognóstica, gera angústia e impotência ao profissional de saúde (SILVA, 2018), além disso, as possíveis reações transferenciais

desenvolvidas no decorrer da terapia, entre elas, de forma agressiva, acusatória e manipuladora, afetam o vínculo com o profissional, possibilitando processos contratransferenciais prejudiciais (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016). Os processos de transferência e contratransferência podem atuar como obstáculos a efetividade terapêutica, mas também como meio de aproximação e construção de vínculo e confiança, em que o profissional atua junto do paciente na reaprendizagem de padrões de comportamento saudáveis (ROMARO, 2002). O vínculo é construído a partir da escuta ativa e sem julgamentos (AGNOL, et al, 2019), sendo instrumento essencial para construção da aliança e adesão terapêutica (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016).

A adesão é um comportamento complexo que abrange características do paciente, do profissional de saúde, da terapêutica e envolve as ideias de autoridade médica e autonomia do paciente (TANESI, et al, 2007). Os estudos dessa revisão mostraram que a dificuldade de adesão terapêutica é relacionada a impulsividade, manipulações, dissociação afetiva, tentativas de suicídio com autoagressões crônicas e tendência à regressão e à agressividade, mantendo experiências disfuncionais persistentes. Essas situações mobilizam a equipe de saúde a uma situação de extremos, onde se confrontam suas próprias limitações e vulnerabilidades, implicando no apogeu da valorização e exercício da humanidade médica (SILVA, 2018).

Enfrenta-se atualmente um ciclo vicioso de expectativas negativas e vivências limítrofes, que culminam na baixa adesão e engajamento terapêutico de pacientes Borderline (RING e LAWN, 2019). As dificuldades e obstáculos terapêuticos no processo de recuperação clínica do TPB, pode ser visto como um dos diversos sinais desse transtorno, sendo decorrente dos prejuízos de relacionamentos interpessoais já característicos do transtorno. Contudo dentro da fisiopatologia desse problema, temos a atuação do profissional de saúde, desencadeando papel definitivo na consolidação ou resolução desse obstáculo.

Além das questões que envolvem o relacionamento terapêutico, fatos estruturais marcam a dificuldade de manejo desses pacientes. Os déficits e inadequações de infraestrutura dos sistemas de saúde prejudicam o acesso e acompanhamento dos indivíduos, que ficam suscetíveis a diversos fatores de risco e comorbidades associadas à sintomatologia do TPB e se tornam comuns em serviços de emergência e unidades de atenção básica, ampliando a sobrecarga do sistema de saúde (GUNDERSON, et al, 2018; AGNOL, et al, 2019). A literatura e conhecimento entre os profissionais de saúde sobre o tema é deficitário, prejudicando seu entendimento, identificação e manejo adequado dos pacientes. Assim, há dificuldades de acesso

ao sistema de saúde e de seu fluxo adequado. Tudo isso, dificulta o vínculo com o profissional e a ideia de resolutividade terapêutica (LAMONT e DICKENS, 2019).

A maioria dos artigos reconhece a educação e capacitação contínua como método para quebrar esse ciclo vicioso e vencer as dificuldades do manejo do paciente Borderline (BURKE, et al, 2019). A inclusão da identificação e da abordagem a esses pacientes ainda na graduação, com práticas de intervenção em crise, reconhecimento da eficácia das terapias existentes, como a Terapia comportamental dialética (TCD), a terapia cognitivo-comportamental, o tratamento baseado em mentalização, a psicoterapia focada na transferência e a terapia focada em esquema. A valorização da humanidade no atendimento em saúde e a empatia no atendimento multiprofissional, se fazem necessários para a construção de ambiente saudável de acolhimento e resolutividade a esses pacientes.

Atualmente a TCD recebe papel de destaque na terapêutica do paciente Borderline, unindo os conceitos de monitorização e atuação constante nas vulnerabilidades e condições problemáticas do ambiente interpessoal e a implantação de metas conjuntas baseadas no relacionamento empático, cooperativo e de validação mútua (DA CUNHA e VANDENBERGHE, 2016). A gestão contínua das quebras de aliança e vínculo terapêutico e o auxílio para entendimento do contexto e sentido das emoções do paciente Borderline, com estratégias de resolução de problemas, permitem que a ação sobre o relacionamento terapêutico atue em consonância as ações sobre a sintomatologia do paciente, ampliando a eficiência terapêutica.

As limitações desse estudo foram: poucas evidências científicas de alta qualidade, estudos com ferramentas de análise limitadas e populações de grupos variados e/ou não representativos. O risco de viés de publicação é outra limitação, subestimando as experiências negativas vivenciadas pelos pacientes Borderline e profissionais de saúde.

5 Conclusão

A interação e o estigma dos profissionais de saúde e os pacientes Borderline são reflexo de uma resposta disfuncional a um transtorno caracterizado por desregulação emocional, que gera um ciclo de expectativas e experiências negativas e perpétua o déficit de cuidado e compreensão do transtorno. Os pacientes com TPB são marginalizados e excluídos da sociedade e dos serviços de saúde, tanto por dificuldades inerentes ao seu transtorno quanto por uma visão estereotipada e não empática, construída acerca do transtorno mental com o decorrer do tempo.

A adesão está essencialmente interligada à relação terapêutica, que envolve vínculo e confiança com o profissional. Durante o acompanhamento em serviços de saúde é comum atitudes negativas mútuas dentro da relação terapêutica, decorrentes, por um lado, de um emocional desregulado com conseqüentes ações disfuncionais, e por outro, de uma visão estigmatizada. Essas experiências negativas ampliam a expectativa aversiva e de ineficácia terapêutica, consolidando a baixa adesão e conseqüente estigma. O desenvolvimento do conhecimento sobre o TPB e seu manejo são essenciais para a resolução do estigma a esse grupo de pacientes, para uma abordagem adequada, com ampliação da resolutividade e diminuição do sofrimento dessa população.

Sugere-se ampliação da literatura sobre o tema com investigação sobre os fatores de risco, situações e abordagens terapêuticas relacionadas à baixa adesão e à quebra de vínculo com os profissionais. Estudos sobre a eficácia de métodos para capacitação dos profissionais, com redução do estigma e de atitudes em relação ao TPB também são necessários para o aprimoramento nas abordagens terapêuticas.

REFERÊNCIAS

AGNOL, Emanuelli Carly Dall et al. Nursing care for people with borderline personality disorder in the Freirean perspective. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, 2019.

ARNTZ, Arnoud et al. Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. **Behaviour Research and Therapy**, v. 74, p. 60-71, 2015.

BIAŁA, Maja; KIEJNA, Andrzej. Significance of personality disorders in the face of drop-outs from psychiatric hospitalizations. The case of selected psychiatric units. **Psychiatr. Pol.**, v. 51, n. 3, p. 425-436, 2017.

BORITZ, Tali et al. Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. **Journal of personality disorders**, v. 32, n. Supplement, p. 115-128, 2018.

BOURKE, Marianne E.; GRENYER, Brin FS. Therapists' metacognitive monitoring of the psychotherapeutic process with patients with Borderline Personality Disorder. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 23, n. 4, p. 246-253, 2017.

BURKE, Lucy et al. Exploring staff perceptions of the utility of clinician connections when working with emotionally dysregulated clients. **Borderline personality disorder and emotion dysregulation**, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2019.

CASTLE, David J. The complexities of the borderline patient: how much more complex when considering physical health?. **Australasian Psychiatry**, v. 27, n. 6, p. 552-555, 2019.

CAVALHEIRO, Carine Viegas; MELO, Wilson Vieira. Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 3, p. 579-595, 2016.

CHALKER, Samantha A. et al. Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. **Behaviour research and therapy**, v. 75, p. 11-19, 2015.

DA CUNHA, Olívia Rodrigues; VANDENBERGHE, Luc. O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade borderline. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 18, n. 1, p. 72-86, 2016.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999.

DAY, Nicholas JS et al. Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. **Personality and mental health**, v. 12, n. 4, p. 309-320, 2018.

DICKENS, Geoffrey L.; LAMONT, Emma; GRAY, Sarah. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, n. 13-14, p. 1848-1875, 2016.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GUNDERSON, John G. et al. Borderline personality disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 4, n. 1, p. 1-20, 2018.

HELLEMAN, Marjolein et al. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. **Nordic journal of psychiatry**, v. 72, n. 5, p. 380-386, 2018.

KVERME, Britt et al. Moving toward connectedness—a qualitative study of recovery processes for people with borderline personality disorder. **Frontiers in psychology**, v. 10, p. 430, 2019.

LAM, Danny CK et al. An experimental investigation of the impact of personality disorder diagnosis on clinicians: can we see past the borderline?. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, v. 44, n. 3, p. 361, 2016.

LAM, Danny CK; SALKOVSKIS, Paul M.; HOGG, Lorna I. 'Judging a book by its cover': An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 3, p. 253-268, 2016.

LAMONT, Emma; DICKENS, Geoffrey L. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. **Journal of Mental Health**, 2019.

LANDES, Sara J.; CHALKER, Samantha A.; COMTOIS, Katherine Anne. Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality

disorder receiving psychiatric disability. **Borderline personality disorder and emotion dysregulation**, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2016.

LANFREDI, Mariangela et al. Attitudes of Mental Health Staff Toward Patients With Borderline Personality Disorder: An Italian Cross-Sectional Multisite Study. **Journal of personality disorders**, v. 35, n. 1, p. 41-56, 2019.

LOHMAN, Matthew C. et al. Qualitative analysis of resources and barriers related to treatment of borderline personality disorder in the United States. **Psychiatric Services**, v. 68, n. 2, p. 167-172, 2017.

MCMAIN, Shelley; KORMAN, Lorne M.; DIMEFF, Linda. Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. **Journal of Clinical Psychology**, v. 57, n. 2, p. 183-196, 2001.

MUGARTE, Ilckmans Bergma Tonhá Moreira; RIBEIRO, Maria Alexina. Borderline: a natureza eminentemente destrutiva nas relações.

NAGRODZKI, Jakub; ZIMBRON, Jorge. Attitudes towards a borderline personality disorder unit-a small-scale qualitative survey. **Psychiatria Danubina**, v. 31, n. Suppl 3, p. 626-631, 2019.

PIGOT, Melissa et al. Barriers and facilitators to the implementation of a stepped care intervention for personality disorder in mental health services. **Personality and mental health**, v. 13, n. 4, p. 230-238, 2019.

RING, Daniel; LAWN, Sharon. Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. **Journal of Mental Health**, p. 1-21, 2019.

ROMARO, Rita Aparecida. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. **Mudanças**, v. 10, n. 1, p. 65-71, 2002.

ROMEU-LABAYEN, Maria et al. Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. **International journal of mental health nursing**, v. 29, n. 5, p. 868-877, 2020.

SIGNER, Silja et al. Social interaction patterns, therapist responsiveness, and outcome in treatments for borderline personality disorder. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 93, n. 4, p. 705-722, 2019.

SILVA, Diego Alexandre Rozendo da et al. Transtorno de personalidade borderline: da disease vista pelos psiquiatras à sua compreensão sobre a illness de seus pacientes. 2018.

DE SOUSA, Ana Carolina Aquino; VANDENBERGHE, Luc. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 2, 2005.

SULZER, Sandra H. Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. **Social Science & Medicine**, v. 142, p. 82-89, 2015.

SULZER, Sandra H. et al. Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 1, p. 5-9, 2016.

TANESI, Patrícia Helena Vaz et al. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, n. 1, p. 71-78, 2007.

VANDYK, Amanda et al. Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder. **International journal of mental health nursing**, v. 28, n. 3, p. 757-765, 2019.

WLODARCZYK, Julian et al. Exploring general practitioners’ views and experiences of providing care to people with borderline personality disorder in primary care: a qualitative study in Australia. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 12, p. 2763, 2018.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, v. 25, n. 1, p. 179-195, 2013.