



ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE PLANO TERAPEUTICO SINGULAR A GESTANTE ADOLESCENTE PORTADORA DE TRANSTORNO DE BORDERLINE

Analysis and description of a singular therapeutic plan for pregnant adolescents with borderline disorder

Thiago Augusto Rochetti Bezerra ¹; Veridiana Tasqueti Porto Rizzi Soares ¹; Francine Dias Madeiras¹; Beatriz Sau Lan Chiu ¹; Roselene Oliveira Carvalho ¹; Ana Carolina Correia Cruz ¹; Letícia Frei Anastácio ¹; Alberto Eiji Yamane ¹; João Ricardo Costa Maciel ¹; Alexandre Dayrell Vivas ¹; Rossen Mihaylov Hazarbasanov ²; Mara Rúbia Ignácio de Freitas ³

ISSN: 2178-7514

Vol. 15| Nº. 1| Ano 2023

RESUMO

Introdução: O caso analisado trata-se da adolescente R.T.A, 18 anos, gestante (Primeira Gestação), 0 partos anteriores, gravidez não planejada, portadora de transtorno de Borderline, transtorno de ansiedade generalizado, sendo considerado uma gestação de Alto Risco. Relato de caso: Devido ao seu transtorno já diagnosticado, sua falta de condição financeira e de sua família, a adolescente optou pela adoção da criança após parto. O padrão de instabilidade dos portadores de transtorno de Borderline nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade que inicia no começo da idade adulta e está presente em diversos contextos, avaliando-se de maneira extremamente negativa, podendo então admitir variados sintomas, vendo o mundo de maneira extrema. Por serem negativos demais, seu quadro clínico pode parecer ser mais patológico do que um observador o percebe. Plano Terapêutico Singular: Pode-se observar que existiu a fragilidade saúde materna; Transtorno psiquiátrico; dificuldade de acesso a métodos contraceptivos definitivos; necessidade de atendimento psicossocial. Como metas foi definido; conseguir apoio psicoterapêutico à gestante; acompanhamento multidisciplinar (Psicóloga, dentista, nutricionista). Além disso, coube ao Médico de Família e Comunidade (MFC) a orientação e os possíveis tratamentos presentes no SUS. Os Assistentes Sociais alisaram o quadro de vulnerabilidade social da família, promovendo a inserção desta em programas sociais e de empregabilidade observando a especificidade do caso. A UBS por sua vez realizou atividades de promoção em saúde e prevenção de doenças e forneceu apoio contínuo à família.

Palavras-chave: Transtorno de Borderline, Gestação de alto risco, Procedimento legal de adoção e doação, Plano Terapêutico singular.

ABSTRACT

Introduction: The case analyzed is about the teenager R.T.A, 18 years old, Pregnancy (First Pregnancy), 0 previous births, unplanned pregnancy, with Borderline disorder, generalized anxiety disorder, being considered a High Risk pregnancy. Case report: Due to her already diagnosed disorder, her lack of financial condition and that of her family, the teenager opted for the adoption of the child after childbirth. The pattern of instability of people with Borderline Disorder in interpersonal relationships, self-image and affections, as well as the accentuated impulsivity that starts in early adulthood and is present in different contexts, is evaluated in an extremely negative way, and they can then admit varied symptoms, seeing the world in an extreme way. Because they are too negative, their clinical picture may appear to be more pathological than an observer realizes. Singular Therapeutic Plan: It can be observed that there was a fragility of maternal health; Psychiatric disorder; difficult access to definitive contraceptive methods; need for psychosocial care. How goals were defined; get psychotherapeutic support for the pregnant woman; multidisciplinary follow-up (Psychologist, dentist, nutritionist). In addition, it was up to the Family and Community Doctor (MFC) to provide guidance and possible treatments available in the SUS for contraceptive methods. The Social Workers smoothed out the family's social vulnerability, promoting their insertion in social and employability programs, observing the specificity of the case. The UBS should in turn carried out health promotion and disease prevention activities and provided continuous support to the family.

Keywords: Borderline Disorder, High-risk Pregnancy, Legal adoption and donation procedure, Unique Therapeutic Plan.

¹ Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Guarujá, São Paulo, SP. Discentes do curso de Medicina, UNAERP Guarujá.

² Docente & Orientador, Mestrado Profissional em Tecnol., Gestão & Saúde Ocular, Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP. Docente do Curso de Medicina, UNAERP Guarujá.

³ Docente da Disciplina de Atenção Básica no curso de Medicina da UNAERP Guarujá.

Autor de correspondência

Thiago Augusto Rochetti Bezerra - rochetti.sef@gmail.com

DOI: [10.36692/15n1-06](https://doi.org/10.36692/15n1-06)

INTRODUÇÃO

O Médico de Família presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, famílias e a uma determinada população, independente de idade, sexo ou afecção. É a síntese destas funções que tem um caráter único ¹.

O seu objetivo consiste em fazer diagnósticos precoces. Incluirá e integrará fatores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida dos seus pacientes ².

O contato prolongado com o paciente implica que poderá utilizar repetidas oportunidades para colher informação ao ritmo apropriado para cada paciente, construindo uma relação de confiança que poderá ser usada profissionalmente. Atuará em colaboração com outros colegas médicos ³.

O agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde ⁴.

A gravidez na adolescência vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos ⁵.

Quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) ⁶.

A ideia de que, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional, o que nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal ⁷.

Resumo do Caso

O caso analisado trata-se da adolescente R.T.A, 18 anos, gestante (Primeira Gestação), 0 partos anteriores, gravidez não planejada, portadora de transtorno de Borderline, transtorno de ansiedade generalizado, sendo considerado uma gestação de Alto Risco.

Devido ao seu transtorno já diagnosticado, sua falta de condição financeira e de sua família, a adolescente optou pela adoção da criança após parto.

A mesma não possui núcleo de apoio familiar, morando apenas com sua mãe M.R, que concordou com a adoção. O namorado (pai) da criança, mesmo morando distante da adolescente segundo relato também está de acordo. Segundo relato do Agente Comunitário (ACS).

Todo o acompanhamento da gestante foi realizado pelo sistema SOAP, que é um acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, concebido com a ideia de acompanhar o paciente de forma longitudinal, estruturando as anotações do registro clínico nesses 4 itens. O termo SOAP refere-se à parte do Registro de Saúde Orientado por Problemas (RMOP) que compõe a evolução do cuidado na Atenção Primária. Ao usar o termo registro, reporta-se ao RMOP, que tem sido empregado em diversos sistemas de APS em todo o mundo, e seu uso tem-se ampliado com a informatização dos prontuários.

O sistema SOAP caracteriza-se por S – Subjetivo (informação do paciente); O – Objetivo: observações clínicas e resultados de exames; A – Avaliação: análise explica os significados dos dados subjetivos; P – Prescrição/Plano: decisão sobre a conduta a ser tomada ⁸.

O uso do SOAP traz vantagens tanto para quem atende como para o atendido, pois sua divisão torna mais fácil a localização de dados e sequência de eventos pela lista de problemas e datação, além de trazer no registro

espaço para percepção do paciente sobre a sua própria condição ⁹.

Transtorno de Borderline

Como foi citado, a gestante possui diagnóstico de transtorno de Borderline. Para melhor elucidar o caso algumas colocações abaixo são feitas.

Crterios Diagnsticos

Nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem (questionam quem são, se realmente existem e, para isso, até mesmo cortam-se, mutilam-se, com o objetivo de verificarem se são reais) e afetos, bem como de acentuada impulsividade que inicia no comeo da idade adulta e está presente em diversos contextos, como indicado por cinco ou mais dos seguintes critrios ¹⁰.

O transtorno de Borderline se refere;

- ✓ Esforos frenéticos de evitar um abandono real ou imaginário, sem a incluso de um comportamento suicida ou auto mutilante.
- ✓ Padrão de relacionamentos instáveis e intensos, oscilando entre extremos de idealização e desprezo.
- ✓ Instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de self.
- ✓ Impulsividade em pelo menos duas áreas prejudiciais a si mesmo, como na sexualidade, em gastos financeiros, na direção, no abuso de substancias etc.

- ✓ Ameaças, comportamentos ou gestos suicidas ou auto mutilante.
- ✓ Instabilidade afetiva devido a reatividade do humor.
- ✓ Sentimento crônico de vazio.
- ✓ Raiva intensa e inadequada ou dificuldade em controlá-la.
- ✓ Situações de estresse devido a um abandono real ou imaginado: ideação paranoide, sintomas dissociativos e psicóticos transitório.

O transtorno de borderline caracteriza-se por um fraco estabelecimento da auto-imagem, que depende intensamente dos relacionamentos combinada com uma expectativa de maus tratos ou exploração.

Isso ocasiona a preocupação com relacionamentos íntimos por parte do indivíduo com o transtorno, sendo muito sensível as mudanças nestes ¹¹.

Observa-se comportamentos suicidas e auto mutilantes, principalmente após a rejeição de uma pessoa íntima, sendo que o suicídio ocorre em 10% destes pacientes ¹¹.

Avaliam-se de maneira extremamente negativa, podendo então admitir variados sintomas negativos, vendo o mundo de maneira extrema.

Por serem negativos demais, seu quadro clinico pode parecer ser mais patológico do que um observador o percebe ^{12,13}.

Isto pode comprometer a saúde do paciente e suas condições mentais.

Alguns transtornos de personalidade são diagnosticados com maior frequência em homens e outros em mulheres. O borderline aparenta ser muito mais frequente em mulheres (75%), ao contrário do transtorno anti-social, que parece predominar entre os homens. Pesquisadores colocam como uma suposição que os dois transtornos poderiam ser a mesma doença, com uma diferente manifestação em ambos os sexos. Ainda há evidências que sugerem que o transtorno da personalidade borderline não esteja sendo identificado em homens. Atinge 2 a 4% na população em geral ¹⁴.

Há diversos relatos de negligências e abuso sexual ou físico na infância, em especial em pacientes com transtorno da personalidade borderline. É um transtorno bastante comum, respondendo por um terço dos transtornos da personalidade. Suas causas são incertas, apesar de que pesquisadores e estudos realizados com adoções e outros estudos de família sugerem um importante componente genético para o transtorno da personalidade anti-social e borderline ¹⁵.

As pesquisas psicanalíticas concentram-se em perturbações na fase da separação mãe e criança.

O tratamento demanda, às vezes, hospitalizações envolvendo normalmente a estabilização aguda de uma ideia suicida por crises. Alguns dos pacientes demonstram insatisfação com o lugar (hospital) e desejam partir mesmo sem consentimento médico.

Outros apegam-se ao hospital e relutam em ir embora. Podem queixar-se e reclamar diversas vezes do hospital e, ao mesmo tempo, fazem de tudo a seu alcance para sua permanência ¹⁶.

Não existe um remédio ou tratamento que envolva fármacos para o transtorno de borderline, sendo que a medicação de manutenção geral mostra uma eficácia limitada. A terapia de grupo pode contribuir para questões interpessoais, na qual vínculos são formados com vários membros do grupo do que somente um indivíduo. Eles precisam ter noção do padrão de auto destruição que caracterizou suas vidas e a origem disso ¹⁷.

Quando as pessoas a sua volta começam a rejeitá-los ou cansam-se de suas exigências, eles tendem a tornar-se mais dramáticos e perigosos.

É no início da idade adulta que o comprometimento e o risco de suicídio atingem o auge. Quando começam a envelhecer, as atitudes impulsivas parecem diminuir, entretanto os outros problemas interpessoais persistem com o avanço da idade¹⁸.

Procedimento legal de adoção, doação

Já foi mencionado que a gestante R.T.A optou pela doação da criança após o parto.

Desta forma, para melhor elucidar o caso, descrevemos abaixo os procedimentos legais para que isto ocorra.

Todo cuidado deve ser tomado para que a gestante não recorra ao aborto ou suicídio.

A mulher foi então encaminhada à Vara da Infância e da Juventude, onde foi ouvida por profissional da equipe técnica (psicólogo e/ou assistente social), que analisou se ela realmente estava convicta e em condições de tomar a decisão, considerando-se inclusive eventuais efeitos do estado gestacional ou puerperal. Após a conversa, a equipe técnica produziu um relatório para ser entregue à autoridade judicial.

Sendo desejo expresso da mulher, de posse do relatório, o juiz poderá determinar o encaminhamento da gestante ou mãe à rede pública de saúde e assistência social para atendimento especializado, de modo a receber o apoio necessário para exercer a maternidade de forma adequada e responsável. Se o parecer técnico apontar que a mulher (ou casal) está convicta de sua escolha, em audiência apenas com o juiz, o promotor e um defensor público, serão feitos esclarecimentos quanto às consequências jurídicas da entrega, bem como novamente questionada a mãe (ou os pais) se a decisão é definitiva e consciente. Em caso afirmativo, no próprio ato, é proferida uma sentença extinguindo o poder familiar em relação ao filho. Nessa audiência, a mulher poderá optar por informar ou não o nome do pai, bem como se deseja manter o nascimento em sigilo de familiares e conhecidos. Após a audiência, a criança será encaminhada para acolhimento. Caso a mãe não procure a Justiça para manifestar seu arrependimento no prazo de dez dias corridos, contados a partir da data da

audiência o bebê será imediatamente encaminhado para ser adotado por pessoa ou casal inscrito no Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – apresentando, portanto, plenas condições para recebê-lo ¹⁹.

Uma vez encaminhada a criança para adoção, a pessoa que a entregou voluntariamente não pode mais ter contato e nem obter informações sobre ela. Não poderá ainda escolher quem irá adotá-la ¹⁹.

Entretanto, a criança não é encaminhada para uma família qualquer, mas apenas para pessoa ou casal previamente habilitado para fins de adoção na Vara da Infância e Juventude, que já entregou documentos para comprovar sua idoneidade moral, participou de curso de preparação e foi avaliado pelas psicólogas e assistentes sociais do Fórum, tendo sido considerado apto para o exercício de maternidade e paternidade de forma responsável ¹⁹.

A mulher tem o direito de manter em segredo o nome do pai e também é garantido à mãe ou aos pais o direito de não contar a ninguém de sua família ou convívio social sobre a entrega voluntária ¹⁹.

Apenas se a mãe fornecer o nome do pai e seus dados, autorizando que o juiz procure o suposto pai, este será contatado para saber se assume a paternidade e se pretende ficar com a criança ¹⁹.

Da mesma forma, se a mulher autorizar, a busca por outros familiares da criança ocorrerá

dentro do prazo legal previsto. Na hipótese de não haver a indicação do genitor e de não existir outro representante da família extensa apto a receber a guarda, será decretada a extinção do poder familiar e determinada a colocação da criança sob a guarda provisória de quem estiver habilitado a adotá-la ou de entidade que desenvolva programa de acolhimento familiar ou institucional ¹⁹.

Se a mulher se arrepender, pode recuperar seu filho? Após a audiência com o juiz, a mãe biológica (ou os pais) tem prazo de 10 dias corridos para se manifestar ¹⁹.

Esse desejo deverá ser manifestado também em audiência, e, nessa hipótese, a criança será mantida com a mãe, ou com ambos os genitores biológicos, sendo determinado pela Justiça da Infância e da Juventude o acompanhamento familiar pelo prazo de 180 dias para assegurar que a criança ficará em condições adequadas. Quais os benefícios proporcionados pela entrega legal?

A mãe ou os pais que optam pela entrega voluntária têm a garantia de que não serão responsabilizados pelo ato nas esferas civil, penal e administrativa ²⁰.

Pode eventualmente serem investigados, por exemplo, pelo crime previsto no artigo 238 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que ocorre quando há indícios de que foram pagos ou receberam qualquer vantagem para entregar o filho para adoção, bem como não são acionados em ação de destituição.

Quem opta pela entrega legal também tem a tranquilidade de saber que o bebê será bem cuidado e rapidamente inserido em uma família adotiva. Todo o procedimento é sigiloso, estando protegido por segredo de Justiça e não acessível ao público. Ainda, previne-se eventual trauma decorrente do aborto praticado por mulheres que não estão preparadas para isso, mas que não veem alternativa para a situação em que se encontram. A proteção da criança é assegurada, pois ela será adotada por pessoa habilitada no Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento, que cumpriu várias etapas até ser considerada apta, incluindo curso preparatório, diferente de quando a entrega é feita a conhecidos da mãe ou do casal, em que o bebê pode ficarexposto a riscos ²⁰.

A inserção da criança na nova família é acompanhada pelo Poder Judiciário, que orienta e auxilia na superação das dificuldades naturais de inserção de um novo membro na família.

O processo de adoção ocorre de modo mais rápido em relação a uma criança vítima de abandono, pois não há a necessidade de se mover um processo de destituição do poder familiar.

A entrega legal evita o eventual abandono de bebês, o que, isso sim, configura crime ^{19,20}.

Para quem está regularmente inscrito no Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento, que já passou por todo um preparo e que poderia adotar legalmente a criança.

A entrega para familiares é possível? Sim. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança ou adolescente deve permanecer preferencialmente com a família de origem. Nesse sentido, o ideal seria que permanecesse com os genitores, desde que estes tenham condições de exercer a maternidade e/ou paternidade com responsabilidade ¹⁹.

Por meio da Vara da Infância e da Juventude, a guarda também pode ser concedida a alguém da família extensa, e há situações em que a adoção também é possível, como por tios.

Em geral, as mulheres que optam por entregar legalmente seus filhos para adoção engravidaram em quais circunstâncias? É importante combater os conceitos equivocados de que toda pessoa nasceu para ser mãe e pai e de que os genitores que entregam o filho para adoção estão cometendo um ato reprovável ¹⁹.

Diversos são os motivos que levam uma mãe ou os pais a entregar o filho para adoção, e usualmente estão presentes de forma conjunta mais de um motivo, sendo os mais comuns: ausência do desejo de ser mãe e/ou pai, de forma absoluta ou em determinado período da vida; mulheres muito jovens que engravidaram em relacionamentos não estáveis; filhos gerados em relação extraconjugal; mães que usam abusivamente drogas (que para cuidarem dos filhos precisam controlar a dependência); vítimas de violência sexual ¹⁹.

A falta de condições econômicas ou psicológicas para o exercício da maternidade /paternidade; ausência de apoio familiar para criar o filho ou qualquer que seja a decisão da mulher ou do casal e qualquer que seja a motivação, a lei garantirá que ela ou o casal não poderá ser submetido a constrangimento em nenhum momento do processo ¹⁹.

Genograma

A família visitada é composta pela Sra. C.D.T e A.C.A (já falecidos), sua filha R.T (Viúva de J.C.S), M.R (Separada de A.E.A), pais de R.T.A (gestante) e namorada de A.P. Na casa de R.T.A moram apenas ela e sua mãe (M.R).

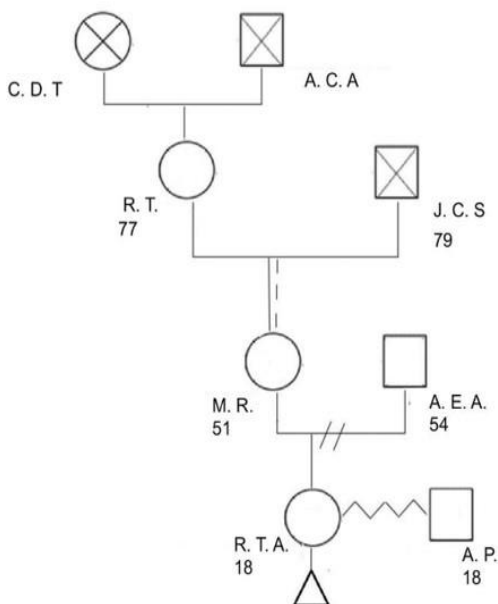


Figura 1. Genograma. Fonte: Autores.

Ecomapa

A adolescente fez um acompanhamento rotineiro em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e também teve o costume de frequentar a Igreja Evangélica, aparentando ter um vínculo conturbado com essa instituição. A mesma foi acompanhada por profissionais de psicologia e psiquiatria do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), e pelo Profissional de Educação Física no projeto Esportivo.

Seu vínculo familiar atualmente se resume a sua mãe e namorado, sendo que o mesmo não mora na mesma cidade/estado.

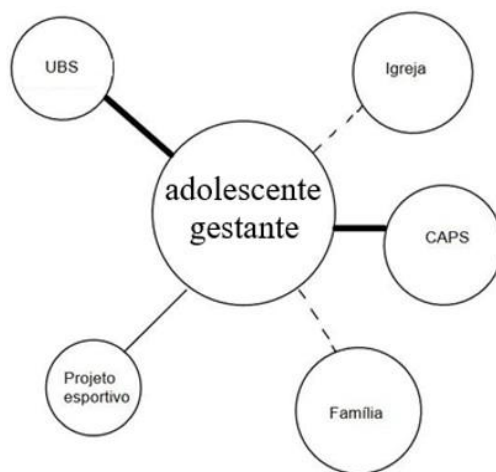


Figura 2: Ecomapa. Fonte: Autores.

Escala de Coelho e Savassi

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), instrumento de estratificação de risco familiar, é utiliza Sentinelas de Risco

da ficha A do SIAB e outros identificáveis na rotina das equipes de saúde da família (ESF), para determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Quadro 1. Dados da ficha A do SIAB e escore de risco ¹

Figura 3: Escala de coelho e Savassi – escore de risco ^{2º}.

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Quadro 2. Cálculo do risco familiar ¹

Figura 4: Escala de coelho e Savassi – classificação de risco ^{2º}.

A família apresentou Escore de Risco menor R1. Apesar do Risco menor da família de acordo a Escala de Coelho e Savassi, é importante pontuar que a escala não considera o período gestacional associado as condições de saúde da mãe (Transtorno de Borderline). É importante levar em consideração ainda que a Sra. M.R é matriarca da casa, pois somente ela no momento está empregada.

Plano Terapêutico Singular (PTS)

No que concerne o PTS, foram definidos o diagnóstico, definição de metas e divisão de responsabilidades.

Diagnóstico

- Fragilidade saúde materna;
- Transtorno psiquiátrico;
- Acompanhamento do atendimento e psicossocial.

Definição de Metas

- Conseguir apoio psicoterapêutico.
- Acompanhamento multidisciplinar contínuo no CAPS e grupos de apoio.
- Avaliar regularmente as condições de saúde física e mental da paciente.

Divisão de Responsabilidades

Consoante as análises descritas pelo grupo neste relato PTS, fica claro que medidas são necessárias para a resolutividade do caso da família, promovendo maior qualidade de vida para esta.

A atenção primária à saúde (APS), que segundo a Portaria 2.436 do Ministério da Saúde, via UBS tem papel importante na vida do indivíduo, uma vez que é a porta de entrada das pessoas na Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Por isso, fica claro o potencial das Unidades Básicas de Saúde para a atenção à problemática da família.

Ademais, tomando como base a definição de metas presente neste relato, o grupo decide que para maior resolutividade das ações, cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) da família na UBS ficar responsável por averiguar as ações e metas propostas por este relato, além de sua função normal, como esclarece a Portaria 2.436 de 2017, via Ministério da Saúde.

Além disso, caberá ao Médico de Família e Comunidade (MFC) a orientação e os possíveis tratamentos presentes no SUS de métodos contraceptivos.

Este deverá, ainda, verificar os possíveis tratamentos presentes no SUS para a resolução do quadro da R.T.A para o transtorno de Borderline, sendo que o acompanhamento com o psicólogo deve ser rotineiro, visto que o transtorno não tem resolutividade.

Os Assistentes Sociais, por meio do Centro Regional de Assistência Social (CRAS) deverão analisar o quadro de vulnerabilidade social da família, promovendo a inserção desta em possíveis programas sociais e de empregabilidade, além daquele que a família está inserida, observando a especificidade do caso.

Compete aos pais:

- Comparecimento ao conselho tutelar local .
- Seguir as instruções sobre o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).
- Seguir com acompanhamento no CAPS.

Compete a Unidade Básica de Saúde

- Realizar atividades de promoção em saúde e prevenção de doenças que atenda à gestante e família.
- Dar apoio contínuo psicossocial à família durante e após o puerpério.
- Assistência psicológica adequada após consumada a adoção.
- Dar após contínuo à adolescente no tratamento do transtorno de Borderline.

REFERÊNCIAS

1. ARIAS-CASTILLO, Liliana et al. Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero americana. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade, 2010.
2. JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1471-1480, 2016.
3. SILVA, Larissa Mayara. Transtorno de personalidade borderline e o manejo qualificado da assistência de enfermagem. *Anais do Salão de Iniciação Científica Tecnológica* ISSN-2358-8446, 2019.
4. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de medicina de família e comunidade. Artmed Editora Ltda., 2019.
5. QUEIROZ, Maria João. SOAP revisitado. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 25, n. 2, p. 221-7, 2009.
6. SCHEIDERER, Emily M. Examining the comorbidity of borderline personality disorder and post traumatic stress disorder in a community sample. 2012. Tese de Doutorado. University of Missouri-Columbia.
7. SCHWARTZ, Tatiane; VIEIRA, Renata; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2575-2585, 2011.
8. SCHULZ, RENATA S.; SILVA, MARISTEIA F. Análise da evolução dos registros de enfermagem numa unidade cirúrgica após implantação do método SOAP. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 10, n. 1, p. 91-99, 2011.
9. YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 443-445, 2006.
10. DA COSTA, Paulo Victor Rodrigues. Formas do vazio: o transtorno de personalidade borderline em uma interpretação fenomenológico hermenêutica. *Arquivos do IPUB Online*, v. 1, n. 1, p. 158-175, 2019.
11. PINTO, Bruna Cabral Vianna. TL 21: funcionamento borderline-entre o desejo de união e o anseio por independência. *Congressos Estaduais de Gestalt-Terapia do Rio de Janeiro* (ISSN: 2179-7439), 2012.
12. MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 446-452, 2006.
13. RAMOS, J. S. et al. 2331-Gender identity disorder in a patient with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, v. 28, p. 1, 2013.
14. AMAZARRAY, Mayte Raya et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 11, p. 431-440, 1998.
15. JANKOWSKI, Eva; KOSFELDER, Joachim; WALTE, Dieter. Mothers with Borderline- Personality Disorder--A modular treatment to promote mother- child interactive competences based on a systemic approach/Mutter mit BorderlinePersönlichkeitsstörung: Module zur Förderung der Interaktionskompetenzen mit ihren Kindern. *Kontext*, v. 49, n. 1, p. 40-56, 2018.
16. COTTA, C. et al. Borderline versus personality. *European Psychiatry*, v. 33, n. S1, p. S629- S629, 2016.
17. JABER, J. et al. Effectiveness of Aripiprazole in Remission From Borderline Personality Disorder Associated with Multiple Drug Use-case Report. *European Psychiatry*, v. 30, n. S1, p. 1-1, 2015.
18. DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 20, p. 123-131, 2010.
19. FEDERAL, Governo. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei federal, v. 8, 1990.
20. PENAL, Código. Código de processo penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.
21. SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care|* ISSN 2179-6750, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

OBSERVAÇÕES:

Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.

Todas as informações quanto aos nomes dos envolvidos, localização, Unidade Básica de Saúde responsável e profissionais de saúde envolvidos foram preservados em sigilo, visando a segurança e privacidade dos mesmos.