



A visão do todo na compreensão da parte: a propósito de um caso de alteração do comportamento na infância

Magda Alves Simões*

RESUMO

Introdução: Em medicina geral e familiar o utente deve ser encarado como uma parte de um todo a que pertence – a família –, sendo os instrumentos de avaliação familiar ferramentas essenciais para o médico de família (MF). Outro auxiliar é o desenho infantil. Com este é possível ultrapassar a inibição verbal e comunicar na infância. Nesta faixa etária, muitas das alterações do comportamento são resultantes de problemas no meio sociofamiliar. No caso dos filhos de pais separados, os efeitos da separação e os conflitos na díade parental são extensos e podem afetar vários aspetos do desenvolvimento infantil. Este caso pretende demonstrar que uma boa relação entre o MF, a criança e sua família poderá ser «a chave» para a identificação e referenciação de situações de risco.

Descrição do caso: Criança do género masculino, 8 anos, no terceiro ano de escolaridade, pais separados, a viver com a mãe e irmã. A mãe agenda consulta porque o filho anda a verbalizar pensamentos negativos e a não gostar da escola. Recorreu-se ao desenho infantil, descobrindo-se que esta criança era vítima de *bullying* e que a separação dos pais era causa de sofrimento. Construiu-se com a mãe o genograma e a psicofigura de *Mitchell*, expondo dados até então desconhecidos e que estavam na origem do comportamento desta criança. Foi referenciado para consulta de psicologia e realizada intervenção com a família e a escola.

Comentário: Trabalhar com famílias é tão interessante quanto desafiante, sendo importante que o MF saiba quando deve passar do registo individual para uma observação do sistema familiar. Os instrumentos usados revelaram-se fundamentais para clarificar e orientar a presente situação. Muitos dos problemas na infância têm origem no contexto sociofamiliar, aos quais o clínico deve estar atento. O MF deverá ser visto como um elemento de acolhimento, apoio e promoção da saúde no sistema familiar.

Palavras-chave: Médico de família; Família; *Bullying*; Divórcio; Referenciação.

INTRODUÇÃO

A medicina geral e familiar é, por excelência, a medicina da pessoa, usando como modelo clínico aquele centrado no utente, cujo objeto é a singularidade de cada indivíduo, visto no seu contexto biológico, psicológico, social, cultural e familiar.¹ Esta abordagem integrada permite compreender o utente como parte de um sistema a que per-

tence – a família –, assim como enquadrar o motivo de consulta, seja ele expresso ou não, nesse mesmo contexto familiar.² Para facilitar essa tarefa existem instrumentos de avaliação familiar (como o genograma ou a psicofigura de *Mitchell*), que permitem obter informação útil no diagnóstico e orientação terapêutica.³

No caso dos problemas na infância, sobretudo os do foro emocional, há que não só fazer uso das competências e ferramentas anteriormente referidas como encorajar a criança a expressar o que pensa e sente. Tal

*Médica de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar Linha de Algés.



poderá ser feito através do desenho infantil, o qual constitui um bom instrumento de avaliação e um meio facilitador da comunicação, sobretudo na idade escolar.⁴ Sabe-se também que muitas das alterações do comportamento na infância são o reflexo de problemas no meio familiar, escolar ou outros, aos quais o médico de família deve estar atento.⁵⁻⁷ No caso dos filhos de pais separados, um dos fatores críticos na adaptação das crianças no pós-divórcio é o nível de conflito entre os pais. Esse conflito pode prejudicar os vínculos entre pais e filhos e até causar danos psicológicos nestes últimos, comprometendo o seu desenvolvimento, o qual depende em parte de um bom suporte afetivo e emocional.⁸ Outro problema que pode estar na origem de sintomas físicos ou psicológicos não explicados é o *bullying*. O fenómeno de *bullying* pode definir-se enquanto um processo específico de violência física, verbal e psicológica no meio escolar e que tem como base a intimidação e o abuso continuado de uma criança ou adolescente em relação a outra.⁹ Porém, na investigação, o conceito nem sempre é operacionalizado do mesmo modo em relação aos comportamentos abrangidos. Para que situações de risco como estas sejam adequadas e atempadamente identificadas e encaminhadas é essencial que exista cooperação entre o médico de família, a criança e a sua família.^{5,7} O médico de família deverá, assim, representar um elemento de acolhimento, apoio e promoção da saúde no sistema familiar.

O presente caso chama a atenção para as dificuldades no diagnóstico de alterações do comportamento na infância, nas quais os instrumentos de avaliação familiar e as informações provenientes dos próprios familiares e do meio escolar são essenciais para uma apropriada orientação diagnóstica e terapêutica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança do sexo masculino, oito anos de idade, raça caucasiana, no terceiro ano de escolaridade do primeiro ciclo do ensino básico com bom rendimento escolar, inserida numa família monoparental (separação parental em 2009), a residir com a mãe e irmã de 16 anos de idade, classe *Graffar* IV. A gravidez foi vigiada, sem intercorrências, parto de termo eutócico. O crescimento e desenvolvimento têm sido adequados, sem antecedentes pessoais de relevo, com cumprimento do

calendário vacinal. Os antecedentes familiares são irrelevantes.

Em outubro de 2014 a mãe agenda consulta de saúde infantil porque desde há umas semanas o filho anda a verbalizar pensamentos negativos na escola e em casa, alguns sobre a sua morte, e também porque já não gosta da escola. Segundo informação fornecida pela mãe, nunca teriam existido até ao presente episódios de quaisquer alterações no comportamento do filho, encontrando-se bem integrado no meio escolar.

Na consulta, a criança apresenta-se com aspeto limpo e cuidado, com roupas simples e confortáveis, apropriadas para a sua faixa etária, destacando-se, porém, um fâcies triste. Demonstrou oralmente uma linguagem com bom domínio das consoantes e divisão silábica, com uma fluência verbal adequada para a idade, mas por vezes com um discurso “muito adulto”, parecendo reproduzir conversas que ouviu. Na somatometria, a estatura e o peso mantinham-se nos mesmos percentis, 15-50 e 85-97 respetivamente, sem outras alterações no restante exame físico. Saliencia-se a ausência de quaisquer indícios de maus tratos ou negligência. Nesta consulta decidiu-se usar o desenho infantil (Figura 1). À medida que desenhava revelou tratar-se de uma criança comunicativa, colaborante, com um temperamento equilibrado com capacidade de decidir o foco da atenção, uma boa flexibilidade cognitiva e capacidade de autorregulação perante as questões e comentários que iam sendo feitos pelo profissional de saúde. Quando questionado sobre o apetite referiu “gostar de comer”, negando alterações recentes no mesmo, informação corroborada pela mãe. Contudo, quando lhe foi perguntado como era a sua dieta habitual percebeu-se que apesar de integrar os elementos essenciais, era pouco diversificada e condicionada pelos escassos recursos económicos familiares. Quanto ao sono, afirmou “dormir bem” e “sonhar muito, tanto com coisas boas como com coisas más”, negando insónia. A mãe negou situações de enurese ou encoprese. Através do desenho, esta criança verbalizou que se sentia triste e que não gostava da escola porque três colegas mais velhos batiam-lhe a ele e à melhor amiga e “chamavam-lhes nomes feios”. Perante esta informação, aconselhou-se a mãe a reportar a situação de *bullying* na escola, solicitou-se a observação e informação escrita da psicóloga escolar e deixou-se uma próxima consulta agendada.



Figura 1. Desenho infantil: a criança do presente caso clínico (assinalado com a seta amarela) e a sua melhor amiga (coração entre eles) têm nuvens com raios a cair sobre eles, enviados pelos outros três colegas (dois à direita e um à esquerda) que “lhes fazem mal na escola”. “Chove porque estão tristes”. Salienta-se o facto de esta criança ter optado por não usar outras cores, mas somente o lápis de carvão (data de realização: 17/10/2014).

Na consulta subsequente vem novamente com a mãe, que traz um relatório da psicóloga escolar no qual se destaca: “Refere preocupações que por vezes tomam conta do seu pensamento (...) Demonstra preocupações com a família que aparecem em resposta à saída do pai de casa e às alterações que daí surgiram, nomeadamente receio de que falem recursos”. Face a estes novos dados optou-se por dividir esta consulta em dois momentos, um primeiro a sós com a criança e outro somente com a mãe. No primeiro repetiu-se o exercício com o desenho infantil, cujo resultado foi sobreponível. Voltou a desenhar com o lápis de carvão as mesmas figuras, com as nuvens, os raios e a chuva (Figura 1). A situação de *bullying* mantinha-se, assim como o seu estado emocional. E, embora no intervalo entre estas consultas a mãe refira que não voltou a verbalizar “pensamentos negativos”, persistia um fôlego triste e continuava a referir não gostar da escola.

Nestes encontros clínicos verificou-se que esta criança era capaz de expressar sentimentos e elaborar o pensamento, inclusive de realizar abstrações, como imaginar situações nunca vivenciadas. Um exemplo disso foi o receio de que faltassem bens essenciais se a mãe ficasse desempregada. Verificou-se junto da mãe que estes receios eram fundamentados. Tratava-se de uma família

com dificuldades financeiras desde longa data, com agravamento recente, porém, sem relação com a separação parental. Com a mãe elaborou-se o genograma e a psicofigura de *Mitchell* desta família (Figura 2). Através destes instrumentos aferiu-se que esta mulher tinha tido outros relacionamentos prévios, que existia uma situação de conflito grave com o pai biológico desta criança e que a relação pai-filho era escassa, apenas com contactos esporádicos. Relativamente aos relacionamentos prévios dos pais desta criança (Figura 2), constatou-se que não mantinham relação com os ex-cônjuges, mas apenas contacto pontual por motivos relacionados com os filhos, com os quais esta criança se relacionava sem conflitos. Decidiu-se referenciar para a consulta de psicologia clínica na Unidade de Saúde Familiar e reforçou-se a importância destes pais não discutirem na presença do filho ou usarem-no como intermediário, tentando resolver o problema com o eventual recurso a ajuda especializada. Acordou-se que a mãe e o pai iriam tentar estar mais atentos à imagem que transmitiam um do outro aos filhos. Reforçou-se a importância de o pai ser envolvido nas consultas de psicologia e na resolução do problema de *bullying*. Quanto à situação de *bullying*, informou-se a mãe de que a mesma se mantinha e que a escola deveria mobilizar os recursos necessários para a sua resolução, mantendo-se paralelamente uma vigilância regular desta criança pela médica de família. Sugeriu-se, ainda, nova reunião conjunta com a diretora escolar, a diretora de turma e a psicóloga escolar para que revissem as estratégias adotadas e eventualmente definissem outras mais eficientes. Perante esta proposta, a mãe concordou e comprometeu-se a colaborar, mantendo-se assim um seguimento desta criança pela psicóloga da unidade e pela médica de família com partilha de informação clínica entre ambas.

Alguns meses mais tarde, numa das consultas de vigilância, regressou com a mãe e a irmã com quem vive. Ambas referiram que já não verbalizava pensamentos negativos, tinha voltado a gostar da escola e que a situação de *bullying* estava resolvida. Veio a verificar-se que outras crianças também eram vítimas de *bullying*. A situação de conflito parental mantinha-se; porém, já haviam adotado algumas estratégias para minorar os efeitos da mesma sobre os filhos e esta criança tinha começado a estar mais vezes com o pai. Muito embora persistissem alguns episódios de discussão diante dos

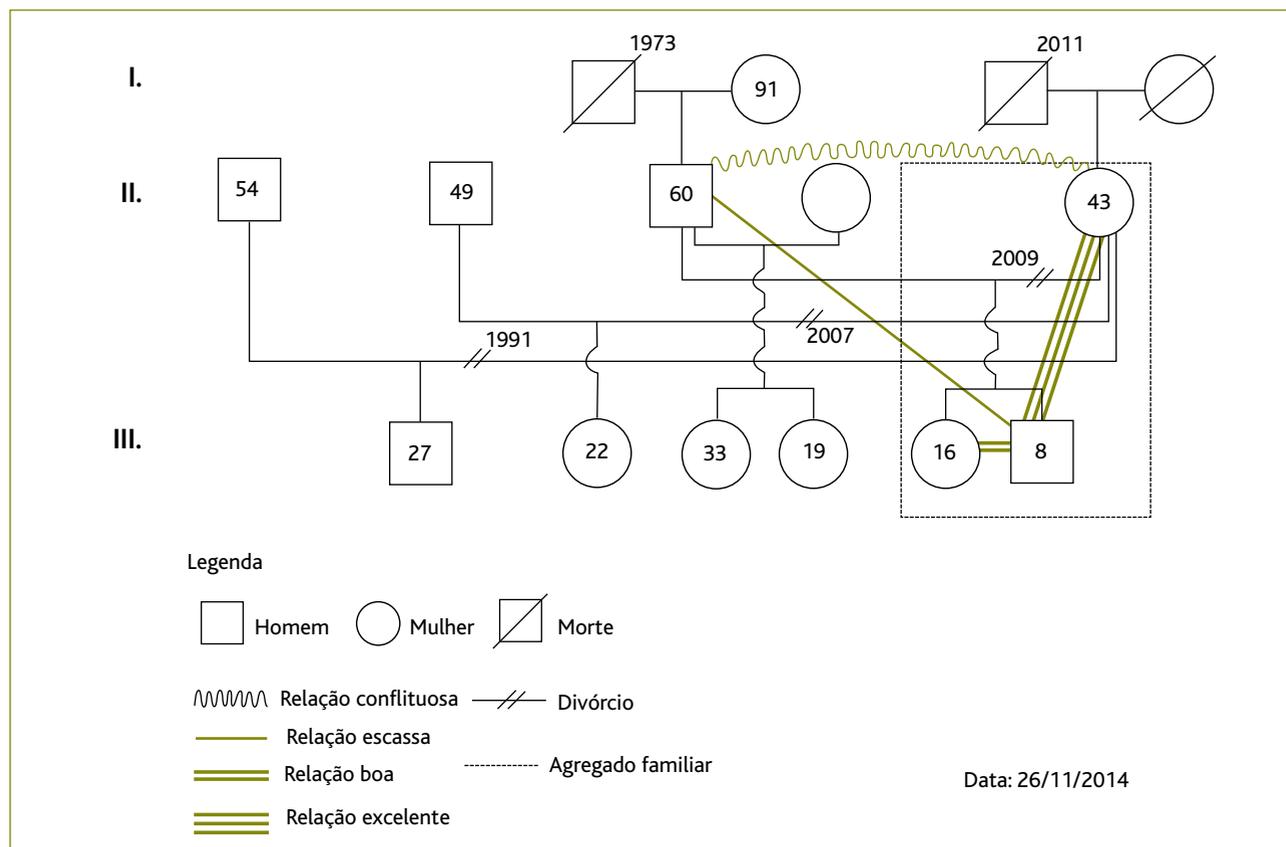


Figura 2. Genograma e psicofigura de Mitchell.

filhos, estes tornaram-se menos frequentes e havia um esforço acrescido quanto à tomada de decisão conjunta nos assuntos relativos aos filhos. O pai começou a ir buscar o filho à escola e a realizarem programas a sós com maior regularidade, com uma expressão nítida de alegria na vida de ambos e verbalizada em consulta. Atualmente mantém o seguimento com a psicóloga da unidade, com quem “gosta de falar”, que se articula com a médica de família. Não perdeu nenhum ano escolar e manteve o seu rendimento habitual. Estas mudanças foram confirmadas no último relatório da psicóloga escolar: “Está bem integrado na turma e na escola, é muito elogiado pelos colegas e pelos professores e nunca mais referiu pensamentos negativos”.

COMENTÁRIO

Trabalhar com famílias é tão interessante quanto desafiante, sendo importante que o médico de família saiba quando deve passar do registo individual para uma

observação do sistema familiar. Para tal, a entrevista clínica e as ferramentas ao seu dispor (como o genograma, a psicofigura de Mitchell ou o desenho infantil) são instrumentos privilegiados de recolha de informação. A sua utilização contribuiu de forma decisiva para clarificar e orientar as alterações do comportamento nesta criança, secundárias ao *bullying* e ao divórcio.

O desenho infantil revelou-se um instrumento muito útil ao funcionar como um meio facilitador da comunicação. Permitiu à criança ultrapassar a inibição verbal, comunicando pelo desenho e pôr a descoberto uma situação de *bullying* até então oculta, apesar de já existirem indícios da mesma quando esta criança verbalizou junto da mãe “não gostar da escola”. Relativamente à sua interpretação, importa salientar que esta depende muito do olhar do intérprete, pelo que o desejável é que a própria criança seja a primeira pessoa a fazê-lo para que se consiga compreender o seu verdadeiro significado.



O genograma e a psicofigura de *Mitchell* permitiram expor uma situação de conflito parental e de uma figura paterna ausente, ajudando-nos a compreender esta criança no contexto da sua família e o impacto da mesma sobre ela. Um outro aspeto merecedor de reflexão é o de que o próprio processo de avaliação familiar pode assumir um cariz terapêutico ao permitir à família refletir sobre o problema em causa e encontrar soluções construtivas. Lembra-se também a necessidade de o médico de família estar atento e disponível para identificar outros motivos de consulta ocultos. Neste caso clínico, apesar de a situação de divórcio ser conhecida, o uso dos instrumentos de avaliação familiar foram necessários para detetar problemas nos relacionamentos e orientar esta família no sentido da sua resolução.

Em relação ao papel do médico de família face ao *bullying*, compete-lhe estar atento e perguntar ativamente sobre situações de violência escolar, seja ela física ou psicológica, já que não existem meios de diagnóstico para tal e raramente as vítimas verbalizam espontaneamente estarem a ser alvo dessa agressão. O nível de suspeição deverá ser elevado perante quaisquer sintomas físicos e psicológicos não explicados ou alterações do comportamento na infância ou adolescência, os quais podem constituir os primeiros sinais. Esta criança foi exemplo disso quando começou a verbalizar pensamentos negativos, alguns sobre a sua morte ou a dizer não gostar da escola. O médico de família tem igualmente um papel no aconselhamento e acompanhamento destas famílias ao longo de todo o processo, assim como na deteção precoce de eventual comorbidade psiquiátrica e sua referenciação. No presente caso não se identificou essa necessidade de referenciar pela ausência de outros sinais ou sintomas suspeitos, pela cooperação demonstrada pela família e, ainda, pela disponibilidade de uma psicóloga na unidade com experiência na área.

Perante o sofrimento desta criança e suas causas subjacentes houve necessidade de o médico de família articular-se com outros profissionais de saúde para melhor clarificar e orientar esta situação clínica, assumindo o papel de advocacia do utente na gestão e articulação eficiente com os recursos de saúde disponíveis. Reconhece-se, contudo, a dificuldade em manter muitas das vezes a articulação desejável entre o médico de família e o meio escolar pela escassez de tempo e eleva-

da carga laboral diária nos cuidados de saúde primários. Para que esse elo não se dissipe, a saúde escolar e a própria família representam elementos de apoio e comunicação essenciais. A gestão do caso com a psicóloga da unidade foi facilitada pela partilha de um local de trabalho comum e pela experiência de trabalho conjunto em situações similares prévias.

O caso clínico desta criança chama ainda a atenção para o facto de que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes são aqueles em que existe cooperação entre o médico de família, o utente e a família, pois se uma parte é isolada do todo a que pertence o diagnóstico e o tratamento serão falíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008. ISBN 9789898160225
2. Ribeiro C. Família, saúde e doença: o que diz a investigação? [Family, health and disease: what the research says?] Rev Port Clin Geral. 2007; 23(3):299-306. Portuguese
3. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família [The genogram: the scalpel of the family doctor]. Rev Port Clin Geral. 2007;23(3):309-17. Portuguese
4. Marau J. O desenho infantil e o círculo de Thrower em medicina geral e familiar [Children's drawings and the Thrower family circle in family medicine]. Rev Port Clin Geral. 2007;23(3):319-25. Portuguese
5. Marques C, Cepêda T. Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2009.
6. Lyznicki JM, McCaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicians. Am Fam Physician. 2004;70(9):1723-8.
7. Marques C. A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários: avaliação e referenciação [Child and adolescent mental health in primary health care: assessment and referral]. Rev Port Clin Geral. 2009;25(5):569-75. Portuguese
8. Tolo MD. Filhos do divórcio: como compreendem e enfrentam conflitos conjugais no casamento e na separação [Dissertation]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
9. Cornell D, Limber SP. Law and policy on the concept of bullying at school. Am Psychol. 2015;70(4):333-43.

CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não ter quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Magda Alves Simões

E-mail: magdaasimoes@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6185-7900>

Recebido em 24-03-2017

Aceite para publicação em 05-01-2019



ABSTRACT

THE VIEW OF THE WHOLE IN THE COMPREHENSION OF THE PART: ABOUT A CASE OF BEHAVIORAL CHANGE IN CHILDHOOD

Introduction: In family medicine, the patient must be seen as a part of a whole – the family. The family assessment instruments are essential tools for the family doctor (FD). Another auxiliary is the children's drawing. With this, it is possible to overcome verbal inhibition and communicate in childhood. In this age group, many of the behavioral changes are due to problems in the socio-family environment. In the case of children from separated parents, the effects of separation and conflict on parental dyad are extensive and can affect many aspects of child development. This case aims to demonstrate that a good relationship between the FD, the child, and his family may be 'the key' for the identification and orientation of risk situations.

Case description: Male child, 8 years old, in the third year of schooling, separated parents, living with mother and sister. The mother schedules an appointment to the son because he has been verbalizing negative thoughts and dislikes the school. We used children's drawing, discovering that this child was a victim of bullying and that the parents' separation was the cause for suffering. We constructed with the mother the genogram and Mitchell's psycho figure, which exposed data so far unknown that were in the origin of this child's behavior. He was referenced for psychology and we carried out intervention with the family and the school.

Comments: Working with families is as interesting, as challenging, and it is important that the FD knows when to move from the individual register to an observation of the family system. Used instruments have proved essential to clarify and guide this clinical case. Many of the problems in childhood have their origin in the socio-family context, to which the clinician must be aware. The FD should be seen as an element of reception, support, and health promotion in the family system.

Keywords: Family physician; Family; Bullying; Divorce; Referral.
