Relato de caso

Recusa escolar: o início de uma perturbação psiquiátrica emergente?

por Sandrina Costa[1], Raquel Cunha[1], Cátia Silva[1]
1. Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Bracara Augusta, ACeS Cavado I - Braga
2. Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Bracara Augusta, ACeS Cavado I - Braga

RESUMO

Introdução: Os distúrbios mentais são uma causa importante de incapacidade em idade pediátrica. A organização mundial de saúde estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos, com repercussões ao nível do desenvolvimento psicomotor, social, afetivo e familiar, sendo muitas delas precursoras de perturbações em idade adulta. Sendo a maioria das situações avaliadas inicialmente pelo Médico de Família (MF), destaca-se a importância desta primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação destes casos.

Descrição do caso: SAC, sexo feminino, 15 anos, vive com os pais. Inserida numa família nuclear, de classe social média, na fase V do Ciclo de Vida de Duvall. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Em junho de 2012 recorre a uma consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) por quadro de náuseas com uma semana de evolução, após visita de estudo. Foi programado acompanhamento clínico para vigilância de sintomas. Em setembro recorre múltiplas vezes ao serviço de urgência e à USF por labilidade emocional, tentativas de suicídio, fobia social e recusa em ir à escola. Foi referenciada para Pedopsiquiatria, Neurologia, Pediatria e Psicologia, tendo sido medicada com múltiplos antidepressivos e ansiolíticos. Durante o ano de 2013, manteve flutuação do humor, iniciando comportamentos de repetição, mantendo sempre recusa em ir à escola. Em 2014, apresentou melhoria clínica, colocando-se a hipótese de se tratar de uma perturbação obsessivo-compulsiva. Atualmente mantém vigilância em todas as consultas supracitadas. De salientar que durante todo este tempo a mãe permanece com Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT) para prestação de cuidados.

Comentário: Pelo seu conhecimento da família e ambiente envolvente do adolescente cabe ao MF definir o tipo e gravidade do problema, avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, potenciais fatores de risco, permitindo uma intervenção terapêutica precoce na comunidade e eventual referenciação.

Palavras-chave: Recusa escolar; Perturbações psiquiátricas; Adolescência; Perturbação obsessivo-compulsiva

INTRODUÇÃO

A perceção dos transtornos mentais em crianças e adolescentes é tão desafiadora que vai além da identificação de transtornos mentais nos adultos. Neste grupo etário, é difícil delinear uma fronteira entre o normal e o patológico ou seja, existe um espectro entre o que faz parte do desenvolvimento normal e as situações de psicopatologia emergente.[1,2] Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia, por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente em diferentes patologias, assim como vários sintomas podem surgir ao longo do desenvolvimento normal, desde que transitórios e pouco intensos.[1]

A avaliação diagnóstica pelo MF deverá ter como objetivos primordiais: definir o tipo e gravidade do problema, avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores, planear a intervenção terapêutica e eventual referenciação. Assim sendo, o MF deve referenciar para consulta de Pedopsiquiatria casos de recusa escolar persistente (superiores a duas semanas), associada a outros sintomas emocionais ou do comportamento ou quando a família se mostra incapaz de lidar com a situação.[1]

Pela pertinência e prevalência relativamente comum da patologia psiquiátrica em idade pediátrica, e principalmente pela complexidade de diagnóstico e abordagem da mesma durante uma fase da vida já por si complexa, as autoras pretendem alertar os MF para estes casos, atuando atempadamente na vida destas crianças, de maneira a minimizar a repercussão da doença no seu desenvolvimento psíquico e social.

Para além disso, tendo o MF um compromisso perante a família, deve estar atento em relação às repercussões familiares que estas situações podem acarretar, não só no doente, mas também, neste caso, na sua mãe, que teve repercussões laborais por ausência prolongada deforma a acompanhar a sua filha.

DESCRIÇÃO DO CASO

SAC, sexo feminino, 15 anos, raça caucasiana, residente em Braga, filha única, vive com os pais, solteira e estudante. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Nega medicação habitual ou alergias medicamentosas. Bom aproveitamento escolar e relacionamento social até junho de 2012.

Relativamente à avaliação familiar está inserida numa família nuclear, de classe social média, na fase V do ciclo de Duvall. Pela representação do genograma e psicofigura de Mitchell verifica-se que existe uma boa relação de SAC com os pais, sendo a relação com a mãe excelente (Figura 1).

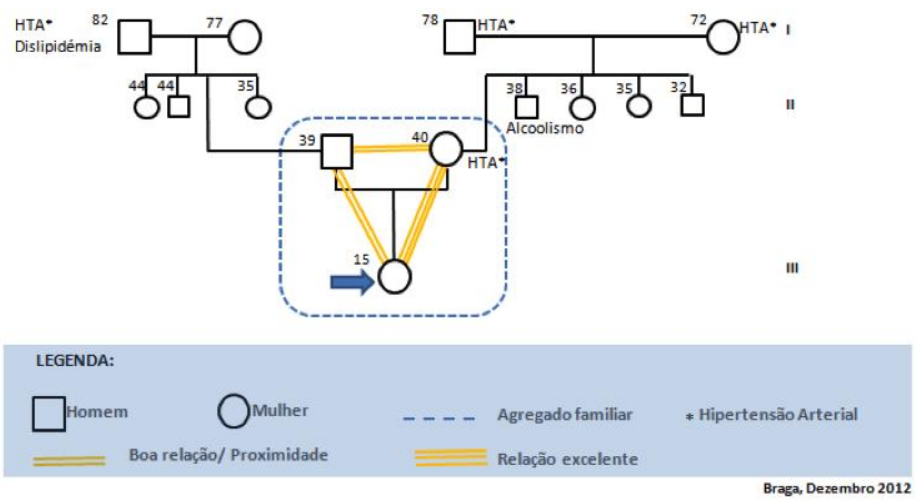

Figura 1. Genograma e psicofigura de Mitchell

Pela representação feita através do círculo de Thrower (Figura 2), deduz-se uma relação forte com os pais, em especial com a mãe. Para tentar perceber melhor os apoios sociais, foram representados em ecomapa as diferentes unidades de relação mais frequente (Figura 3). Na sua realização, SAC refere que desde o seu 7º ano de escola mantém uma relação conflituosa com a diretora de turma.

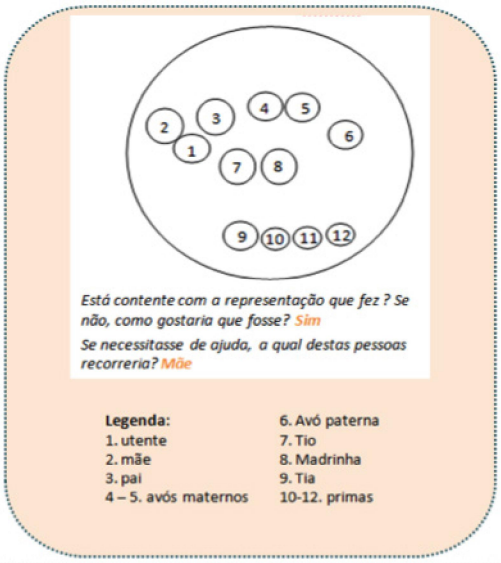

Figura 2. Círculo de Thrower, realizado em janeiro de 2013

A história da doença atual inicia-se em junho de 2012 quando recorre a uma consulta por um quadro de náuseas com uma semana de evolução, após passeio escolar à Corunha. "Tinha um pressentimento que o passeio ia correr mal", "A professora obrigou-me", "Vomitei e ninguém me deu atenção", "Pensei que ia morrer". Objetivamente não havia alterações e foi planeada vigilância clínica. Em setembro volta por ansiedade com início do ano letivo (9º ano) e manifestava recusa em ir à escola. "Em agosto não consegui ir passear com os meus pais por medo de me sentir mal". Estava a ser seguida em consultas de Psicologia e de Psiquiatria particulares desde julho e estava medicada com paroxetina 20mg 1xd e loflazepato de etilo 2mg (sos). Perante este quadro e devido ao atraso das primeiras consultas de pedopsiquiatria, foi referenciada ao SU, tendo sido incentivada a ir à escola. Passados 12 dias mantinha recusa escolar. Foi reavaliada por Pedopsiquiatria que lhe alterou a medicação (sertralina 50mg 1xd e alprazolam 0,5mg 1xd), no entanto, optou por ser seguida por Psiquiatra no privado passando novamente à medicação inicial. "Não gostei delas, querem-me obrigar a ir à escola" (sic).

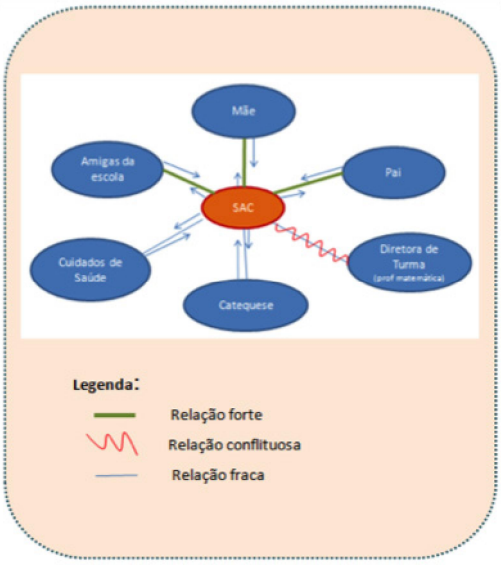

Figura 3. Ecomapa, realizado em janeiro de 2013

Durante 2013, aumentou muito de peso (15 kg), manteve flutuação do humor, com fases de euforia ("Queria comprar tudo" sic) e fases de maior prostração ("Estava muito parada e só dormia" sic), iniciando comportamentos de repetição ("Salto num tapete durante 10 min", "Lavo as mãos muitas vezes", sic "Verifico se a porta está fechada 5 vezes" sic, "Peço à minha mãe repetidamente para ver se o telemóvel está desligado" sic), mantendo sempre a recusa em ir à escola. Analiticamente, incluindo a função hormonal e tiroideia, não apresentava alterações e numa das consultas mensais trouxe carta de Psiquiatra com o diagnóstico de provável Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). Foi excluída patologia do foro neurológico. Em 2014 apresentou melhoria clínica mas manteve recusa em ir à escola. Mensalmente era reavaliada no MF, juntamente com a mãe (renovação de Certificado de Incapacidade Temporária - CIT). Por iniciativa própria planeava ingressar em curso tecnológico correspondente ao 9º ano.

Atualmente aguarda ansiosamente o início do ano letivo, está a colaborar em atividades festivas da sua freguesia, já sai de casa sozinha, mantém vigilância em consulta

de Psiquiatria (privado), Psicologia (privado) e Pediatria (Hospital de Braga), estando medicada com olanzapina 5mg 2xd; ácido válproico 200mg 2xd; diazepam 5mg 1xd; clomipramina 25mg 2xd; metformina 1000mg 1xd e alprazolam 0.5mg1xd. De maneira a acompanhar a filha em todo este processo, a mãe permanece sob CIT (total de 37 meses).

COMENTÁRIO

A recusa escolar é definida por alguns autores "como a dificuldade de frequentar a escola associada a problemas emocionais, sobretudo ansiedade e depressão", no entanto, é importante referir que a recusa escolar não é um diagnóstico psiquiátrico, mas sim um sinal ou sintoma que pode refletir uma variedade de problemas na criança, na família ou no sistema escolar.[3,4]

Surge mais frequentemente nas transições escolares e ocorre em cerca de 5% de todas as crianças de idade escolar, sendo igualmente comum nos dois sexos. Geralmente, as crianças mais velhas que recusam a escola têm perturbações mais graves e têm pior prognóstico. O início da sintomatologia pode ser abrupto ou gradual e frequentemente é possível identificar fatores precipitantes como, por exemplo, uma doença, uma perda ou uma mudança de escola.[5,6]

A patologia mais frequentemente encontrada é a perturbação de ansiedade de separação (38%). Outras condições psiquiátricas são a fobia específica (em 22% dos casos) (relacionada com a escola ou com a viagem para a escola, podendo existir fobia específica de viagens, medo de agressão/ ameaça, de um professor), fobia social (30%), perturbação de pânico e perturbação pós-stress traumático (são raras), depressão (particularmente importante em adolescentes), a psicose (causa rara em adolescentes) e a perturbação obsessivo-compulsiva.[4]

A perturbação obsessivo-compulsiva geralmente inicia-se na adolescência, mas pode também iniciar-se na infância, sendo a sua prevalência de 1 a 3%. Carateriza-se pela existência de obsessões (ideias, impulsos ou imagens recorrentes, muitas vezes irracionais e irrealistas, que se impõem involuntariamente ao pensamento da criança ou adolescente e lhe causam grande mal-estar e angústia) e compulsões (comportamentos e rituais ou atos mentais). Esta entidade está associada em 60% dos casos a outra patologia psiquiatra como a depressão major, ansiedade (fobia específica, social, perturbação de pânico), distúrbios alimentares e de personalidade.[7,8]

Relativamente ao prognóstico da recusa escolar salienta-se que em cerca de 25% dos casos há remissão espontânea ou são rapidamente resolvidos pelos progenitores, sendo que se a recusa persistir por mais de 2 anos académicos, a resposta ao tratamento é limitada.[4]

A evolução clínica deste caso permite considerar, a importância de uma precoce intervenção psicoterapêutica individual e familiar nas situações de recusa escolar.

Perante o diagnóstico de patologia psiquiátrica, terão existido fatores precipitantes? Será que foi a má relação com a diretora de turma? Terá mesmo sido o passeio o trigger para a recusa escolar? Será que existe mais do que uma patologia psiquiátrica? Será que a medicação e o excesso de consultas promoveram este comportamento? Estamos perante um quadro complexo em que é difícil distinguir os receios, preocupações e rituais que são frequentes na adolescência, dos sintomas psiquiátricos.

A multiplicidade de consultas, tal como o contacto inicial com o doente podem trazer repercussões importantes para o desenrolar e desenvolvimento de determinadas patologias psiquiátricas. De facto, o MF insistiu mensalmente nas consultas de renovação do CIT, para que a utente fosse reavaliada por Pedopsiquiatria. No entanto, houve sempre resistência, tanto por parte da utente, como por parte da mãe.

Por outro lado, este caso mostra como a doença de um elemento do agregado familiar pode influenciar a família. De facto, também a mãe necessitou de apoio médico de forma a melhor lidar com esta situação. Mais, devido à sua ausência prolongada ao trabalho, acabou por ter repercussões negativas a nível laboral.

Outra forma de abordar e ao mesmo tempo intervir mais diretamente no esclarecimento de algumas situações seria o contacto telefónico com o diretor de turma pelo MF, que poderia auxiliar na valorização das queixas e comprovação da veracidade das mesmas.

BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. Recomendações para a Prática Clínica Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Direção-Geral da Saúde, 2009. Lisboa.
2. Baptista A. Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma Perspectiva Evolutiva e Desenvolvimental. Quarteto Editora. 2000; 91-141.
3. Cunha M, Salvador, MC. Fobia Social na Infância e Adolescência. Quarteto Editora. 2000; 359-436.
4. Neves N, Joaquim A, Pena B. Recusa escolar: revisão bibliográfica. Revista de Saúde Infantil. 2004; 263:27-34.
5. King, Bernstein. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 40: 197-205.
6. Graham P, Turk J, Verhulst F. School Refusal. In: Graham P, Turk J, Verhulst F, Ed. Child Psychiatry, A developmental approach. New York: Oxford University Press 2001: 221-222.
7. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2011;13(4):401-411.
8. Freeman J et al.; Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder; J Clin Child Adolesc Psychol; 2014; 43(1):7-26.

CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras declaram não possuir conflitos de interesses.