

# A propósito de uma situação de crise familiar

RUI CORREIA DA COSTA\*

## RESUMO

A adolescência é um «fenómeno» relativamente recente na história do desenvolvimento psicossocial do ser humano e é por definição um dos períodos em que a distinção entre o normal e o patológico se torna mais difícil. Na maior parte das vezes o Médico de Família sente dificuldade em «lidar com» o adolescente tanto por este grupo etário recorrer poucas vezes à consulta como por este ser um período do desenvolvimento com características biológicas, psicológicas e sociais particulares (procura de uma personalidade estável, criação de uma identidade, escolha do parceiro sexual e conquista da autonomia com progressiva integração no mundo dos adultos). A história de Laura\*\*, uma adolescente de 16 anos enviada ao Médico de Família pela psicóloga da Escola básica 2/3 de XYZ onde frequenta o 7º ano de escolaridade do ensino básico, é interessante exactamente por isso, pois permite abordar problemas típicos da saúde do adolescente como o insucesso escolar, a adopção de comportamentos de risco e a funcionalidade familiar. Trata-se de uma adolescente sem antecedentes patológicos, com sucessivo desinteresse pelas tarefas escolares, agravado após primeira separação dos pais devido a relação extra-matrimonial do pai. Em 2003 inicia abuso de substâncias, coincidente com saída de casa do pai e em Outubro de 2004 começa a manifestar ideação suicida, com episódios de auto-mutilação.

O plano de actuação proposto visa o desaparecimento dos sintomas mais invalidantes para a adolescente e melhorar a sua auto-estima (através do estímulo dos recursos a curto, médio e longo prazo), para que assim possa ser possível uma integração comunitária sem riscos físicos ou psíquicos.

**Palavras-Chave:** Adolescência, Médico de Família, Insucesso Escolar, Funcionalidade Familiar, Ideação Suicida.

## ABSTRACT

Adolescence is a relatively recent «phenomenon» in the history of the psychosocial development of the human being and it is by definition a period in which the distinction between normal and pathological becomes more difficult. Most of the times the family physician has difficulty in coping with the adolescent either because this age group doesn't usually seek medical visits or because this is a period of development with special biological, psychological and social characteristics (searching for a stable personality, shaping self-identity, sexual identification and achievement of intimacy and winning autonomy with progressive integration in the adult's world). Laura's case, a 16 years old adolescent sent to the family physician by the psychologist of «Escola Básica 2/3 de XYZ», where the patient attends the 7th grade, is interesting because it allows to approach adolescence's typical problems such as school failure, risk-taking behaviour and family functionalism.

This is an adolescent without relevant former past history of disease, falloff in school performance, which became worse after a first parents separation because of her father's extra-matrimonial relationship. In 2003 she began substance abuse and in October 2004 she revealed suicidal thoughts, with episodes of self-mutilation. The objective of the treatment plan is the disappearance of the adolescent's most invalidating symptoms and improves her self-esteem (stimulating the short, medium and long time resources), so that communitarian integration can be possible without physical or psychic risks.

**Keywords:** Adolescence, Family Physician, School Failure, Family Functionalism, Suicidal Thoughts.

\*\*Por razões de confidencialidade utiliza-se um nome fictício e as diferentes escolas são identificadas por letras.

## INTRODUÇÃO

Na maior parte das vezes o Médico de Família sente dificuldade em «lidar com» o adolescente tanto por este grupo etário recorrer poucas vezes à consulta como por este ser um período do desenvolvimento com características

biológicas, psicológicas e sociais particulares. A história de Laura, uma adolescente de 16 anos, permite abordar problemas típicos da saúde do adolescente como o insucesso escolar, a adopção de comportamentos de risco e a funcionalidade familiar.

## DESCRIÇÃO DO CASO

### Preocupação ou pedido principal do paciente

Laura, enviada ao médico de famí-

lia pela psicóloga da Escola Básica 2/3 de XYZ onde frequenta o 7º ano de escolaridade do ensino básico, no contexto de comportamentos inadequados na sala de aula, abuso de substâncias e suposta tentativa de suicídio ocorrida há 6 meses.

### Experiência de doença do paciente

Sem auto-crítica, referia-se a si própria como: «Sou o diabo», «Não presto», «Sou má», «Ninguém me compreende...».

Refere sucessivo desinteresse pe-

\*Interno do 3º ano do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar Centro de Ponta Delgada, Unidade de Saúde de Mosteiros

las tarefas escolares, com agravamento após uma primeira separação dos pais (em 2000) devido a relação extra-matrimonial do pai com nascimento de filho fora do casamento. Diz sentir que não pertence a sítio nenhum desde essa altura.

**Observações**

Paciente do sexo feminino, 16 anos, caucasiana, solteira, estudante.

**História da doença actual**

Início do insucesso escolar no ano lectivo 1999/2000, quando não transita para o 6º ano de escolaridade (frequentava então a Escola Básica 2/3 de CDE).

Em Dezembro de 2000 a família tem conhecimento da relação extra-matrimonial do pai. Estabelece-se então conflito intenso no casal e o pai por duas vezes abandona o agregado familiar mas regressa sempre à habitação familiar (com manutenção da relação extra-matrimonial).

No ano lectivo de 2001/2002 frequentou pela terceira vez o 5º ano mas desta feita na Escola Básica 2/3 de ABC, altura em que foi integrada num Plano de Prevenção do Insucesso Educativo, mas sem resultados.

Em Agosto de 2002, os pais de Laura decidem ir para Lisboa, numa tentativa de resolução do conflito. O pai só fica com eles uma semana, regressando para S. Miguel. A mãe decidiu ficar em Lisboa.

No 3º período do ano lectivo de 2002/2003 a aluna pediu transferência para a Escola Básica 2/3 de XYZ pois a família regressa nessa altura novamente para S. Miguel.

Em 2003, ainda no continente, inicia abuso de substâncias (tabaco, álcool e *cannabis*).

O pai regressa a casa, mantendo-se a relação instável do casal.

Em Dezembro desse mesmo ano uma colega denunciou que a Laura estava na casa-de-banho do estabelecimento escolar que frequentam a

ingerir vários comprimidos; a utente passou então a ser acompanhada pelo Serviço de Psicologia da Escola básica 2/3 de XYZ.

Em Outubro de 2004 começa a manifestar ideação suicida, com episódios de auto-mutilação.

**Antecedentes pessoais:**

Antecedentes de litíase renal, diagnosticada aos 14 anos de idade. Sem outros antecedentes de relevo.

**Exame objectivo:**

O exame objectivo revelou em ambos os membros superiores cicatrizes consequentes a auto-mutilação com «X-acto» (no membro superior esquerdo identificava-se a palavra EMMA, diminutivo do nome da melhor amiga da utente como esta acabaria por confessar). Sem outras alterações.

**Perfil do paciente:**

Adolescente, pouco colaborante, minimiza a situação de insucesso escolar e nega a situação de crise familiar, apresentando mesmo uma atitude evasiva em relação a este tema.

**Antecedentes familiares:**

Família alargada (Figura 1), baixos recursos sócio-económicos.

Pais não consanguíneos.

**Pai:** P.B., 39 anos, saudável, 4º ano de escolaridade, taxista de profissão.

**Mãe:** A.P.B., 38 anos, saudável, 4º ano de escolaridade, empregada doméstica.

**Irmãos:** 3 irmãos do sexo masculino, 18, 17 e 12 anos de idade, o mais novo com antecedentes de infecções urinárias de repetição.

**Relação médico-doente (a consulta)**

Na primeira consulta Laura veio acompanhada pela mãe, tendo-se

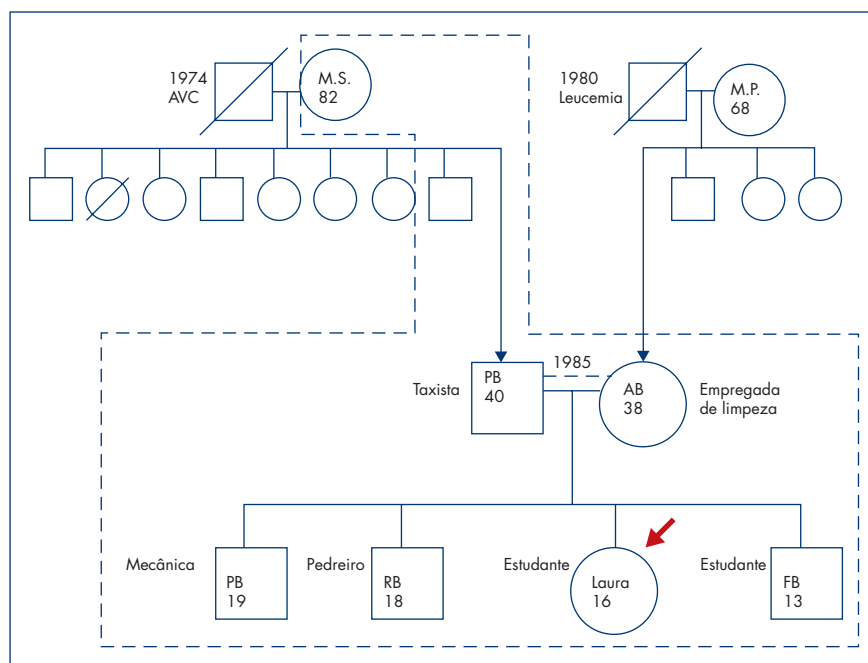


Figura 1. Genograma, Março 2005

mostrado pouco colaborante, fechada sobre si mesma e recusando-se a abordar a situação de crise familiar. Não negou o abuso de substâncias.

Raramente estabeleceu contacto visual e inicialmente não respondeu às questões que lhe eram colocadas.

Quando questionada (**confrontação**) sobre a suposta tentativa de suicídio ocorrida em Outubro, inicialmente desvalorizou o episódio dizendo que tudo tinha sido apenas uma brincadeira. Acaba por referir em Março ideação suicida, altura em que desenhou numa folha de teste escolar uma árvore, uma casa, uma serpente e um cemitério em cujas campas se lia o seu nome (Figura 2).

Encorajou-se a utente a falar livremente dos seus problemas e/ou preocupações (**facilitação**). Disse que agora estava tudo bem e que não pensava mais na morte. Questionada acerca da relação com o pai afirmou estar tudo ultrapassado: «Agora está tudo bem! O meu pai até me deixa conduzir o carro para ir para a catequese. Ele já deixou a outra...».

Pediu-se à paciente uma representação gráfica do valor que têm para ela as pessoas que lhe são próximas (**Círculo Familiar de Thrower**) – Figura 3.

#### Avaliação (lista de problemas)

- Disfunção familiar
- Depressão (reactiva a um factor de stress ambiental)
- Insucesso escolar
- Abuso de substâncias (tabaco, álcool e cannabis)
- Ideação suicida

#### COMENTÁRIO

No presente caso clínico toda a situação de crise familiar, consequen-

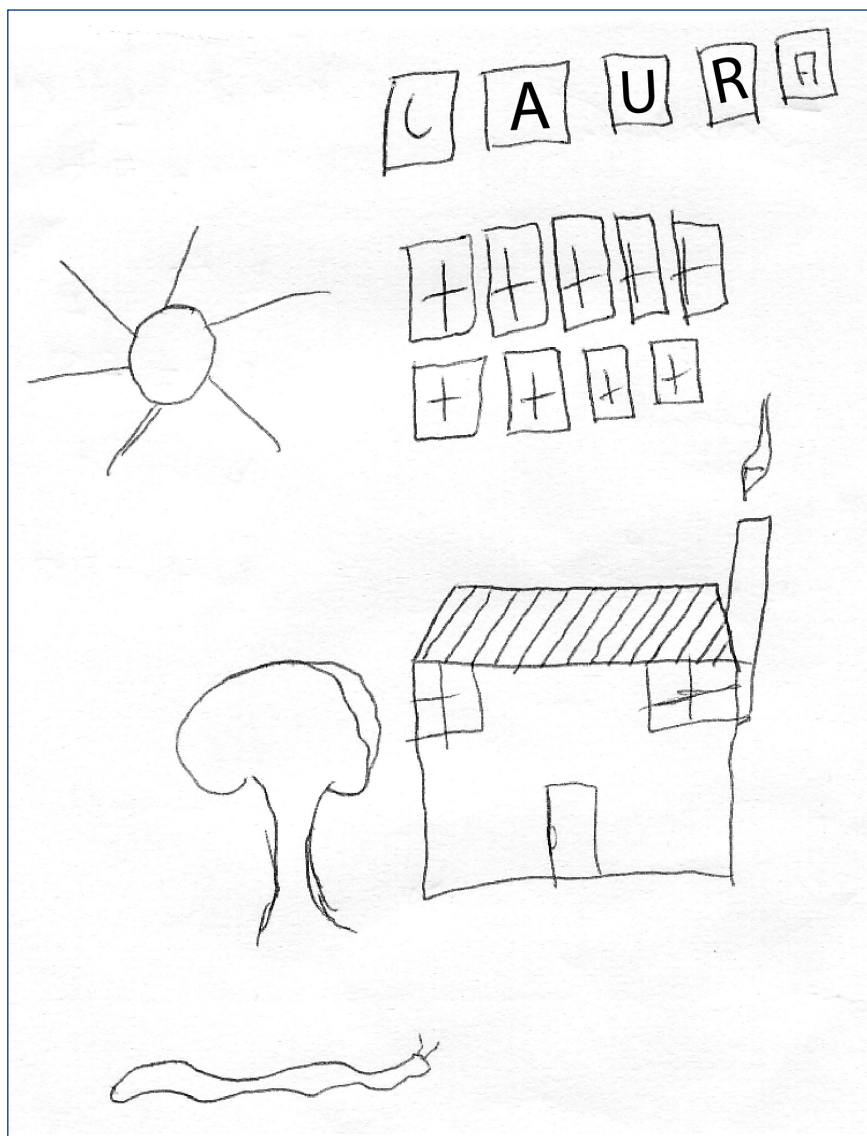


Figura 2. Desenho feito pela Laura numa folha de teste escolar, Março 2005

te à descoberta da relação extra-matrimonial mantida pelo pai da adolescente, vem dificultar a passagem desta etapa do ciclo vital da família pois o contexto social do adolescente e da sua família tem um peso importante na forma como o agregado vive, elabora e ultrapassa este momento do seu desenvolvimento. Um dos aspectos em que essa influência se faz sentir diz respeito às ima-

gens e expectativas criadas e aos condicionalismos e exigências formuladas em relação à adolescência, aos adolescentes e suas famílias. As modificações operadas nos pais da Laura e na sua relação como casal ampliam e perpetuam uma situação de crise intra familiar, cujo desfecho, noutra contexto previsível, permanece em aberto (falha a adaptação estrutural do sistema fa-

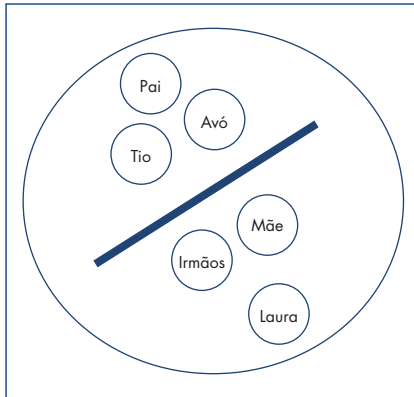


Figura 3. Círculo Familiar de Thrower, Março 2005

miliar que permitiria a continuidade funcional e organizacional da família<sup>7</sup>). Face ao conflito dos pais a Laura sente-se dividida na sua lealdade para com estes, as acusações e os insultos de um em relação ao outro podem ser sentidos pela adolescente como a não aceitação de uma parte de ela mesma. Sabe-se que os filhos de pais divorciados constituem um grupo de risco do ponto de vista da saúde mental, mas uma família intacta, mas disfuncional, como a da Laura, pode ser mais prejudicial do que uma situação estável, com os pais divorciados e num bom enquadramento familiar e social (o divórcio pode, por vezes, ser uma solução positiva para uma família funcionando num registo destrutivo)<sup>3,7</sup>.

Uma das características mais marcantes da adolescência é uma acentuada dificuldade do controlo dos impulsos, o que torna os adolescentes vulneráveis a múltiplos riscos. A partir desta fase do desenvolvimento existe uma capacidade de realização que permite a concretização de experiências anteriormente apenas vividas através da actividade fantasmática<sup>5</sup>. A dificuldade de integração desta nova realidade torna os jovens particularmente vulne-

ráveis à acção como forma de expressão e de descarga da ansiedade e tensão psíquicas<sup>5</sup>. Surgem então as alterações do comportamento (oposição, agressividade, fugas e consumo de substâncias tóxicas) manifestadas pela Laura. Se na maioria dos casos estes sintomas são pontuais, fugazes e não comprometem o funcionamento global do jovem, aqui implicam uma avaliação da gravidade do quadro psicopatológico subjacente, pois os factores protectores (sucesso pessoal/escolar, integração num grupo de pares e boa rede relacional) não funcionam.

Na adolescência existe um aumento da morbilidade, nomeadamente por acidentes, tentativas de suicídio e «overdoses». Os problemas do comportamento, que podem ou não estar ligados a delinquência juvenil, devem constituir fonte de preocupação para os técnicos de saúde e outras instituições que lidem com adolescentes<sup>5</sup>. No caso da Laura encontramos uma probabilidade aumentada de morbilidade, consequência do consumo de substâncias (*cannabis*, álcool e tabaco), da ideação suicida manifestada e do facto do pai permitir que a utente conduza o carro da família.

Nesta fase da vida a depressão é relativamente frequente como consequência do processo normal de maturação em curso. Não é fácil estabelecer o diagnóstico numa perturbação distímica em adolescentes e muito menos definir os seus sintomas porque o comportamento normal do adolescente é caracterizado por oscilações do humor, em que alternam períodos de euforia com outros de desânimo absoluto<sup>1</sup>. A intensidade da sintomatologia depressiva deve ser considerada como um factor preditivo de tentativa de suicídio, a qual é três vezes mais frequente nas mulheres (com uma incidência

máxima entre os 15 e os 30 anos, em pessoas solteiras ou divorciadas)<sup>5</sup>. Na adolescência a depressão muitas vezes surge como resposta a um acontecimento de vida; no caso da Laura esse acontecimento foi a descoberta da relação extra-matrimonial do pai e o conseqüente conflito entre os pais (o valor preditivo para depressão na adolescência e conflito entre os pais do adolescente é de 17% e de 24% respectivamente<sup>1</sup>). Humor deprimido, insucesso escolar e abuso de substâncias são sintomas característicos de depressão apresentados pela Laura. Outro sintoma frequente na depressão do adolescente, e também manifestado pela jovem, é a obsessão com a morte, que pode culminar numa tentativa de suicídio, o qual é a segunda causa de morte na Europa em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (OMS, 2001); em Portugal a taxa de suicídio em 2000 foi 5,1/100.000 e tem-se mantido estável nos últimos anos (entre 600 a 900 casos/por ano)<sup>1</sup>. Existe correlação entre depressão e tentativa de suicídio, ainda que estas duas entidades clínicas não sejam coincidentes. Ter pensamentos suicidas esporadicamente não é *anormal* na adolescência e os sinais de suicídio nem sempre são visíveis ou detectados; a maioria dos adolescentes que se querem matar comunica a sua ideia através de palavras ou imagens, como é o caso do desenho efectuado pela Laura, o que o torna importante no presente contexto patológico. Pela forma como os diversos elementos se encontram distribuídos/representados na folha de papel este desenho transmite a ausência de uma estrutura (o que desenhamos não se trata de uma réplica, mas de um equivalente do original; os desenhos só contêm algumas propriedades do original, ou seja, es-

colhemos unidades, vocabulário visual, para representar a nossa estrutura/ordem<sup>2</sup>). Importante também reparar no tipo de traço e forma de representação, nada característico de uma adolescente de 16 anos (provavelmente demonstrativo de «atraso» do desenvolvimento).

O objectivo primeiro do plano de actuação proposto é o desaparecimento dos sintomas mais invalidantes para a Laura (desinteresse, sofrimento moral e desvalorização) e o objectivo final é melhorar a auto-estima da adolescente; o que será feito através do estímulo dos recursos a curto, médio e longo prazo.

A actuação a curto prazo passa pela marcação de novas consultas apenas com a Laura e com os pais (insistir para que o pai venha também à consulta). Estas consultas têm como objectivo a avaliação semiológica e psicodinâmica, mas têm também um papel terapêutico (o qual dependerá da percepção pela jovem e pelos pais da existência de uma possibilidade de compreensão pelo médico do problema<sup>3</sup>). A abordagem familiar é fundamental pois o conflito entre os pais é o indutor da presente situação clínica.

A médio prazo pretende-se estimular os recursos da Laura (**s**ociais, **c**omunitários, **r**eligiosos, **e**scolares, **e**conómicos e **m**édicos), intervenção terapêutica na relação do casal e orientação sócio-profissional da jovem.

Sabe-se que doentes observados no Centro de Saúde com depressão

e ansiedade mostram indícios elevados de *stress* social, o que vai ter implicações na previsão, prevenção e abordagem dos utentes com estas patologias<sup>4</sup>; os melhores indicadores para uma recuperação rápida incluem a percepção da existência de um bom apoio familiar e de organizações sociais locais<sup>6</sup> (grupo de jovens, escuteiros, por ex.). As redes de apoio social amortecem os efeitos do *stress* (agudo e crónico) e ajudam a evitar ou diminuir a duração da depressão<sup>6</sup>.

Ter alguém com quem falar ou que ouça os nossos problemas é muitas vezes suficiente, o que confere à escola e ao grupo de amigos um importante papel, pois poderão proporcionar parte da segurança e ligação emocional de que a Laura necessita (ajudando-a a controlar a sua própria vida, mas sem aumentar inadvertidamente a sua dependência do apoio de outras pessoas). Note-se que, quando aplicado o Círculo Familiar de Thrower (Figura 3), a utente representa dois subsistemas dentro do sistema familiar: um subsistema de que fazem parte o pai e a avó e tio paternos e um outro subsistema constituído pela mãe, irmãs e a própria Laura (a qual se representa um pouco afastada destes elementos, o que pode ser representativo de noção da existência de falta de recursos).

Os objectivos finais são, pois, melhorar o funcionamento da família, combater o insucesso escolar, melhorar a auto-estima da Laura e pro-

mover a integração comunitária da jovem sem riscos físicos ou psíquicos.

Devido à tentativa de suicídio foi proposta partilha de cuidados com a Medicina Familiar e a Psiquiatria, tendo manifestado preferir continuar a ser seguida apenas em consulta na Unidade de Saúde.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso P. Será Depressão ou simplesmente Tristeza...?. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas; 2004. p.57-9.
2. Goodnow, J. Desenho de crianças. 2ª ed. Lisboa: Edições Salamandra; 1992. p. 9-35.
3. Hoffman L. Terapia familiar. Lisboa: Climepsi Editores; 2003. p. 21-30.
4. Jenkins R, Newton J, Young R. A prevenção da depressão e da ansiedade – O papel da equipa de cuidados de saúde primários. Lisboa: Climepsi Editores; 1996. p. 1-9, 22-7.
5. Marcelli D. Os estados depressivos na adolescência. Lisboa: Climepsi Editores; 2002. p.97-118.
6. Montgomery S. Ansiedade e depressão. Lisboa: Climepsi Editores; 1993. p.106-7.
7. Relvas AP. O ciclo vital da família. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 2000. p.145-85.

Recebido para publicação em: 30/12/05  
Aceite para publicação em: 04/02/2006

#### Endereço para correspondência

Rui Correia da Costa  
Rua Bento José Morais, nº 5 - 4º Esq.; 9500  
Ponta Delgada  
E-mail: rjccosta@hotmail.com