QUANDO O CORPO REAGE AO TRAUMA: INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM CRIANÇA VÍTIMA DE *BULLYING*

WHEN THE BODY REACTS TO TRAUMA: URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN WHO ARE VICTIMS OF BULLYING

Autores:
Paula Sofia Ribeiro Martins[1], Catarina Campos Pinto[1]

RESUMO

Introdução: O *bullying* define-se por comportamentos agressivos, abusivos ou humilhantes, de caráter intencional e sistemático, com consequente desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor. Este regista uma prevalência crescente e preocupante entre crianças e adolescentes em todo o mundo, podendo afetar a saúde e a educação dos mesmos, com consequências negativas que podem persistir até a idade adulta.
Descrição do caso: Doente do sexo masculino, sete anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, exceto atraso no desenvolvimento da linguagem sob terapia da fala semanalmente. Apresentou-se na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, trazido pelos pais, que referiram episódios frequentes de incontinência urinária, mais notório ao final do dia e sobretudo durante os dias de escola, com cerca de seis meses de evolução. Adicionalmente, verificaram comportamentos de recusa na participação em atividades escolares e evicção de idas a casas de banho escolares por ser vítima de comportamentos agressivos por parte de colegas da turma nos últimos 15 meses. A situação foi reportada pela médica de família à equipa de saúde escolar, que acionou os devidos procedimentos junto do psicólogo, do professor e da direção da escola. Tanto a criança como os colegas agressores foram alvo de acompanhamento psicológico. A criança foi reavaliada após dois meses com resolução das queixas de incontinência urinária e franca melhoria comportamental.
Comentário: O médico de família deve avaliar a pessoa num modelo biopsicossocial, ou seja, as suas queixas, a sua estrutura familiar e o contexto na sua comunidade. Encontra-se numa posição privilegiada na identificação de sinais de alarme e deteção precoce de casos de *bullying* e consequente articulação com equipas multidisciplinares.

Palavras-chave: *bullying;* saúde mental; incontinência urinária.

ABSTRACT

Introduction: Bullying is characterized by its intentional and systematic nature, resulting in a power imbalance between the victim and the aggressor. It is increasingly prevalence and concerning among children and adolescents worldwide, potentially affecting their health and education, with negative consequences that may persist into adulthood.
Case description: A seven-year-old male patient, with no significant personal or family history, except for delayed language development, for which he attends weekly speech therapy, presented at a routine child and adolescent health check-up. He was accompanied by his parents, who reported frequent episodes of a foul odor in his underwear, which they attributed to involuntary urine leakage, more noticeable at the end of the day, especially during school days, with around six months of progression. Additionally, the mother described his refusal to participate in school activities, which the child confirmed, further reporting avoidance of school bathrooms due to being a victim of aggressive behaviors from classmates over the past 15 months. The family physician reported the situation to the school health team, which took appropriate steps involving the psychologist, the teacher, and the school administration. Both the child and the aggressors were provided with psychological support. The child was reassessed after two months, showing resolution of urinary incontinence and significant behavioral improvement.
Comment: The family physician should assess the individual using a biopsychosocial model, taking into account their complaints, family structure, and community context. They are in a privileged position to identify warning signs and detect bullying cases of bullying early, facilitating coordination with multidisciplinary teams.

Keywords: bullying; mental health; urinary incontinence.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Ara de Trajano, ULS Alto Ave

INTRODUÇÃO

O *bullying* é um fenómeno multicausal que pode ocorrer em ambiente escolar e que se define por comportamentos agressivos, abusivos ou humilhantes, de caráter intencional e sistemático, com desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor. O caráter intencional do *bullying* está relacionado com a repetição do comportamento e o desequilíbrio de poder caracteriza-se pela desigualdade física e/ou psíquica, entre a vítima e o agressor.[1,2]

O *bullying*, assim como outras formas de violência, são fenómenos que se registam com uma frequência cada vez mais preocupante entre as crianças e jovens, com possíveis consequências negativas e constituindo um relevante problema de saúde pública. Para além dos efeitos físicos, as crianças podem sofrer problemas de saúde emocionais e mentais, incluindo perturbação depressiva e/ou de ansiedade, com implicações em diferentes domínios da vida pessoal, familiar e escolar.[2]

Em 2018, 24% das crianças portuguesas afirmou ter sido vítima de *bullying* no último ano; em 2014 a percentagem era de 10%, mantendo predomínio no sexo feminino, apesar de ter havido um aumento mais significativo nos rapazes que relatam *bullying*.[3] De realçar que, em 29% dos inquiridos, o *bullying* ocorreu com bastante ou muita frequência. Por outro lado, 17% dos inquiridos admitiram fazer *bullying*, valor que também duplicou face a 2010, sendo a percentagem mais elevada no sexo masculino.[3]

Os fatores de risco para o *bullying* em crianças e adolescentes incluem: não conformidade com as normas de género, aparência física, raça, etnia, nacionalidade e religião; baixa autoestima; meio urbano; classe socioeconómica baixa e ser do sexo masculino.[4-6]

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, na consulta dos seis/sete anos devem ser avaliados parâmetros relativos a relação emocional e comportamento, com especial alerta para sinais como agitação psicomotora desadequada, dificuldades na socialização, isolamento ou relacionamento desadequado com pares, dificuldades de aprendizagem e recusa escolar.[7]

É, por isso, cada vez mais prioritário a abordagem da temática do *bullying* nos cuidados de saúde primários, sendo imperativo estar atento a potenciais sinais e sintomas de alarme nas consultas de saúde infantil e juvenil (SIJ).

Este caso clínico retrata uma criança de sete anos, vítima de *bullying* escolar, que se manifestou por queixas de incontinência urinária, alteração comportamental interpares e recusa na participação de atividades escolares, sinais de alerta que foram percecionados na consulta de vigilância de SIJ.

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança do sexo masculino, com sete anos de idade, a frequentar o segundo ano de escolaridade com bom rendimento escolar. Reside com os pais e com o irmão de cinco anos, numa habitação em ambiente urbano, com saneamento básico e água canalizada, sem animais domésticos ou de criação. Quanto à avaliação familiar, trata-se de família de tipologia nuclear, em fase quatro do ciclo de vida de *Duvall*, índice de APGAR familiar (adaptação, partilha, crescimento, afeto e resolução) de seis pontos (família com moderada disfunção) e classe socioeconómica média-baixa (classe quatro) segundo o Índice de *Graffar.*

Dos antecedentes pessoais, de realçar atraso no desenvolvimento da linguagem diagnosticado aos quatro anos de idade, acompanhado em sessões de terapia da fala com periocidade semanal desde essa idade. Segundo a mãe, apresentou continência de esfíncteres diurna aos três anos e noturna aos quatro anos. Sem antecedentes familiares de relevo. Sem medicação habitual. Nega alergias medicamentosas conhecidas. Tinha o Programa Nacional de Vacinação atualizado e cumprimento regular das consultas de SIJ.

A criança recorreu a consulta programada de vigilância de SIJ dos 6-7 anos, por iniciativa dos pais, em junho de 2024 na sua unidade de saúde familiar, acompanhado pelos pais, que referiram episódios frequentes de incontinência urinária, mais notório ao final do dia e sobretudo durante os dias de escola, com cerca de seis meses de evolução. A criança e os pais negavam outras queixas urinárias ou gastrointestinais, nomeadamente enurese, disúria, polaquiúria, polidipsia, polifagia ou obstipação.

Associadamente, a mãe referia que, por vezes, a criança se recusava a ir à escola, referindo que os colegas não brincavam com ele e acusava-os de serem "maus" *sic*. No entanto, as queixas foram desvalorizadas pelos pais por considerarem comportamentos frequentes em crianças desta idade, pelo bom desempenho escolar da criança e por ausência de indicação do professor quanto a alterações do comportamento ou dificuldades na relação com os colegas.

Durante o exame objetivo, em particular, aquando da avaliação da região genital, a criança recusou ser observada pela médica, com choro compulsivo e implorando para que não fosse realizada qualquer observação. Apesar das diversas tentativas dos pais

para a sua realização, a criança reiterava a recusa e mantinha choro. Desta forma, a médica decidiu adiar o exame objetivo e pediu permissão aos pais e à criança para falar a sós com a mesma, o que ambos aceitaram.

Em conversa com a criança, a mesma relatou comportamentos abusivos e agressivos por parte de três colegas de turma desde há cerca de 15 meses (meados do ano letivo transato), que incluíam atos de violência física e verbal (humilhação durante as refeições na escola, perseguições até à casa de banho durante os intervalos em que "tentam tirar-me a roupa e dão pontapés no pénis" *sic*). A criança referiu, ainda, que estes mesmos comportamentos haviam sido reportados ao professor responsável pela turma, que, por sua vez, sancionou os colegas, contudo os comportamentos agressivos agravaram-se posteriormente.

Por consequência aos comportamentos agressivos dos colegas, a criança demonstrava medo, recusava a participação em atividades escolares e referia evicção de idas à casa de banho durante o tempo em que permanecia na escola. Por receio de represálias, não voltou a reportar as situações de violência ao professor, nem relatou aos pais para não os preocupar.

Já em conversa em simultâneo com os pais e a criança, os pais referiram que não tinham conhecimento da gravidade da situação, demonstrando enorme preocupação e vontade em acionar os meios necessários para reportar a situação e proteger a criança.

Após exclusão de causa orgânica com realização de urina tipo II e urocultura, escolar que acionou os devidos procedimentos junto do psicólogo, do professor e da direção da escola. Foram agendadas reuniões com os pais, com a criança visada e com as potenciais crianças agressoras, tendo sido iniciada intervenção psicológica junto das mesmas.

A criança foi reavaliada em consulta em agosto de 2024, acompanhada pelos pais, que referiram resolução das perdas urinárias e uma franca melhoria comportamental. Em conversa com a criança, a mesma referia que os comportamentos dos colegas tinham cessado desde a intervenção do psicólogo e, por conseguinte, deixou de ter receio de participar nas atividades da escola e de ir à casa de banho. Apesar de ainda mostrar alguma relutância na realização do exame objetivo da área genial, na presença dos pais permitiu a avaliação com uma atitude mais tranquila.

Durante o período de férias escolares, a intervenção psicológica foi interrompida, mas com previsão de que seja retomada no início do próximo ano letivo, ou seja, em setembro de 2024.

COMENTÁRIO

A violência escolar e *bullying* violam o direito fundamental à educação, afetando a qualidade da saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes, com consequências negativas que persistem até à idade adulta.[4]

Este tipo de violência escolar pode ocorrer dentro e/ou fora das salas de aula, nomeadamente, nas casas de banho, nos vestiários, áreas de recreio, onde os estudantes são vistos ou supervisionados com menos frequência. A falta de confiança nos adultos, o medo da repercussão ou de retaliações e o sentimento de culpa e vergonha são motivos enunciados pelas vítimas para a omissão da violência.[8,9]

No caso clínico relatado, o *bullying* foi do tipo intimidação física e verbal, em ambiente escolar, e o diagnóstico foi realizado mais de um ano depois do início da violência, o que alertou os autores para a necessidade de formação escolar e parental sobre esta temática. Esta criança tinha como fatores de risco para o *bullying* ser do sexo masculino, a disfunção familiar moderada, a classe socioeconómica baixa, assim como residir em meio urbano.

A maioria das vítimas de *bullying*, sobretudo do sexo masculino, sentem-se impotentes para falar por medo de não serem compreendidos ou de se sentirem culpados pela situação de violência.[4-6] De salientar que o atraso diagnóstico ocorrido no caso clínico apresentado, possivelmente condicionou um baixo autoconceito nesta criança, o que provavelmente potenciou o círculo vicioso do *bullying* e consequentemente a sua resolução tardia.

Segundo o inquérito divulgado em 2019, pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apenas 7,3% das escolas portuguesas reportou a ocorrência de, pelo menos, um episódio por semana de *bullying* ou intimidação entre os estudantes, contra uma média de 14% nos 48 países abrangidos pelo estudo.[8] Estes dados traduzem um baixo reporte das situações de violência escolar em Portugal quando comparado com outros países, sensibilizando para a necessidade de denunciar todas as formas de violência escolar ocorridas.

De acordo com o observatório nacional de *bullying*, entre 2020 e 2023, o recreio da escola foi o local de maior ocorrência de situações de *bullying*,[5,8] tal como aconteceu no caso clínico apresentado, onde uma criança foi vítima de *bullying* prolongadamente e sem que os docentes e/ou não docentes da escola se tivessem apercebido.

Estes estudos, à semelhança de outros anteriores, apontam para a necessidade de implementar políticas para prevenir e responder à violência escolar e ao

bullying, formar os professores na prevenção da violência, promover abordagens que envolvam toda a comunidade escolar, fornecer informações e proporcionar apoio às crianças, jovens e respetivas famílias.[6] A nível escolar, os autores pensam que este caso deve ser um modelo para incentivar as escolas a criarem estratégias sociais e educativas, de forma a prevenir ou combater o fenómeno de *bullying*, dando especial enfâse ao espaço recreio.

A saúde escolar procura entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde de crianças e adolescentes, salvaguardando a dos mais vulneráveis. Em saúde escolar, a construção de redes de afetos, que melhorem a comunicação, as relações interpessoais e as aptidões essenciais para a vida, é um desafio cada vez mais exigente. O objetivo primordial da saúde escolar deve passar pela criação de redes que promovam e valorizem a saúde física e mental indispensável à capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis.[10]

Assim, perante a suspeita de um caso de *bullying* em criança ou adolescente no decorrer da consulta de SIJ, o mesmo deverá ser reportado à equipa de saúde escolar local de forma a iniciar acompanhamento multidisciplinar no ambiente escolar, tal como aconteceu no caso clínico apresentado.

São vários os estudos que mostram que os programas de prevenção e combate ao *bullying* parecem ser eficazes junto de crianças e adolescentes, com início em idade pré-escolar, no sentido em que estas intervenções podem promover a aquisição de competências sociais e emocionais, importantes para a diminuição e prevenção dos casos de *bullying*.[11] As escolas têm o potencial de criar um ambiente propício à modificação de atitudes relacionadas com a violência, tanto a nível do ambiente como do conteúdo educacional. As escolas são capazes de fornecer às crianças e adolescentes as habilidades necessárias para que se comuniquem, negociem e resolvam os problemas de forma civilizada, bem como promover valores de tolerância, respeito e solidariedade e promover a não violência na comunidade em geral.[10]

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o *bullying* é um problema social que não deve ser desvalorizado pelos profissionais de saúde que realizam estas consultas. Nos cuidados de saúde primários, é crucial a abordagem preventiva desta temática, através de estratégias que devem incluir programas de educação para a saúde, promovendo o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação. Com vista à deteção precoce de vítimas de *bullying*, torna-se fundamental identificar, apoiar e orientar as crianças e adolescentes e respetivas famílias.[7]

Neste sentido, este caso clínico realça a importância de o profissional de saúde estar atento a possíveis sinais e sintomas de alarme de violência escolar, tais como a ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e pensamentos suicidas, no decorrer da consulta de vigilância de SIJ.[6]

A criança visada neste caso apresentava, como sintoma de alerta, a incontinência urinária detetada pelos pais durante os dias da semana e recusa escolar por conflitos com os colegas verbalizada pela mesma. Paralelamente, no decorrer do exame objetivo, a persistente recusa com choro compulsivo na observação da região genital demonstrou-se como sinal de alarme para a médica assistente, motivando consequentemente a conversa com a criança e os pais a fim de estabelecer possíveis motivos para aquela reação. De realçar, a capacidade necessária do profissional de saúde de estar atento aos comportamentos e reações das crianças e jovens no decorrer da consulta, assim como às queixas relatadas pela família.

Ademais, é importante assegurar o seguimento multidisciplinar a longo prazo desta criança em risco de afetação do seu processo de formação enquanto pessoa, assim como desta família. É crucial aplicar ferramentas e técnicas para trabalhar o autoconceito desta criança nas diferentes dimensões que o compõe, social, mental, emocional e física. Além disso, as crianças agressoras também têm de ser consideradas neste processo, tanto a nível clínico como escolar.

A temática de *bullying* deve ser amplamente explorada quando, no decorrer da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, surgem sintomas psicossomáticos, relatos de conflitos com os colegas, recusa escolar ou sinais de alarme durante o exame objetivo.

Em suma, considerando o modelo biopsicossocial em que se baseia a Medicina Geral e Familiar, o médico de família deve avaliar a pessoa, o seu passado, a sua estrutura familiar e o contexto da sua comunidade. Sabendo que os utentes apresentam queixas que são, em parte, o resultado de problemas físicos, psicológicos e sociais, é fundamental explorar os motivos além do sintoma físico. O médico de família encontra-se numa posição privilegiada pelo conhecimento individual, familiar, escolar e comunitário, permitindo a orientação dos casos de *bullying* para equipas multidisciplinares em articulação com a equipa de saúde escolar, objetivando a construção de um autoconceito multidimensional positivo que confira proteção para as situações de *bullying*, seja como agressor ou como vítima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. Annual review of clinical psychology, 9, 751-780.
2- Galán-Arroyo C, Gómez-Paniagua S, Contreras-Barraza N, Adsuar JC, Olivares PR, Rojo-Ramos J. Bullying and Self-Concept, Factors Affecting the Mental Health of School Adolescents. Healthcare (Basel). 2023 Aug 6;11(15):2214.
3- Ponte C, Batista S. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos). EU Kids Online e NOVA FCSH. 2019.
4- School violence and bullying: global status report. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 2019.
5- Observatório Nacional do Bullying - Resultados 2020-2023. Disponível em https://www.associacaoplanoi.org/observatorio-nacional-do-bullying/
6- Behind the Numbers: Ending School Violence and Bullying. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 2019.
7- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013.
8- OECD, TALIS 2018 Results (Volume I): Teachers and School Leaders as Lifelong Learners, TALIS, OECD (2019) Publishing.
9- Associação Plano i (2020a). "Plano B - Programa de Prevenção do Bullying": Manual para a Educação de Pares. Porto: Associação Plano i. Associação Plano i (2022).
10- Direção geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Norma nº 015/2015 de 12/08/2015.
11- Saracho, O. N. (2017). Bullying prevention strategies in early childhood education. Early Childhood Education Journal, 45(4), 453-460.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:
Não foram reportados conflitos de interesse ou financiamento pelas autoras.

CORRESPONDÊNCIA:
Paula Sofia Ribeiro Martins
psmartins1995@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:
PSRM e CCP: Redação e revisão do artigo.

RECEBIDO: 16 de setembro de 2024 | ACEITE: 09 de fevereiro de 2025