



Consumo de cannabis na adolescência: relato de caso

Bruno Santos Maia*

RESUMO

Introdução: O consumo de drogas ilícitas aumentou entre os adolescentes. Estes constituem um grupo de risco e a cannabis é a droga preferencialmente consumida. O consumo de drogas ilícitas constitui uma indicação para a avaliação familiar. O objetivo é alertar para o consumo de drogas ilícitas e realçar a importância da avaliação familiar e intervenção breve pelo médico de família.

Descrição do caso: Adolescente do sexo masculino com 18 anos, pertencente a uma família nuclear na fase V do ciclo de Duvall e classe social média, vive com os pais com surdez e a irmã de 14 anos. História familiar de alcoolismo. Iniciou o consumo de cannabis aos 16 anos e o consumo regular motivou o insucesso escolar. Recorreu à consulta em abril de 2015 por irritabilidade e perda de motivação, associado à falta de concentração. As queixas eram justificadas pela revolta relativamente à surdez dos pais. No Círculo Familiar colocou a irmã no centro da família e os pais afastados. Segundo o APGAR Familiar tratava-se de uma família com disfunção moderada. Decidiu-se não intervir junto da família por não ser considerada uma situação de alto risco e para não contrariar a vontade do adolescente. Foi prestado aconselhamento para o abuso de drogas adequado ao estágio de mudança. Em setembro de 2015 deixou de consumir cannabis, mantendo-se abstinente em março de 2016 e mais motivado a nível escolar. Promoveu-se a manutenção da abstinência e prevenção da recaída.

Comentário: A família continua a ser o apoio social mais consistente. A dinâmica familiar pode sair prejudicada quando os pais, sobretudo surdos, lidam com os problemas dos adolescentes, aumentando o risco do consumo de drogas ilícitas. A avaliação familiar e a motivação para a mudança pelo médico de família são fundamentais, pois só assim é possível melhorar a relação médico-paciente e as hipóteses de sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Drogas ilícitas; Cannabis; Adolescente; Família.

INTRODUÇÃO

Os estudos nacionais realizados em 2010 e 2011 às populações escolares, no âmbito do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências, demonstraram que o consumo de drogas ilícitas aumentou entre os adolescentes, contrariando a diminuição dos consumos verificada em 2006 e 2007.¹ Em todos os estudos, a cannabis continua a ser a droga preferencialmente consumida, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) próximas do consumo para qualquer droga e que variaram entre 2,3% nos alunos de 13 anos e 29,7% nos de 18 anos.² Os resultados preliminares da situação em 2015, no âmbito do atual ciclo estratégico, demonstram uma diminuição dos consumos dos 14 aos 16 anos, estabilidade aos 17 anos e aumento aos 18 anos relativamente aos dados de 2011.³

Apesar do acréscimo dos consumos, aumentou a perceção do risco para a saúde associado ao consumo de drogas ilícitas entre os jovens portugueses de 15-24 anos, contrariamente à tendência europeia, sendo que a cannabis é a droga a que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um risco elevado para a saúde (34% para o consumo ocasional e 74% para o consumo regular de cannabis).⁴ Por outro lado, no mesmo grupo etário da população portuguesa é maior a probabilidade de início recente dos consumos e a cannabis apresenta os valores mais precoces, com uma idade mediana de 17 anos.⁵ Estes dados alertam para a necessidade do reforço das medidas preventivas entre os adolescentes.

A ênfase no consumo de drogas ilícitas deve ser colocada na prevenção primária e dirigida ao bem-estar da pessoa enquanto indivíduo, interligando-o ao seu contexto social e familiar. Relativamente a este, a família deve ser encarada como um sistema em que um pro-

*USF Eça de Queirós - ACeS Póvoa de Varzim/Vila do Conde



blema afeta todos os seus elementos, de forma adaptativa ou não.⁶ Por outro lado, o médico de família tem a oportunidade de trabalhar com o indivíduo em toda a sua circunstância, devendo estar atento aos sinais e sintomas que façam suspeitar de disfunção familiar. O consumo de drogas ilícitas, a par de outras situações, como a suspeita de violência na família, o diagnóstico recente de doença crónica e a falta de adesão aos planos terapêuticos, constitui uma indicação clínica para a avaliação familiar.⁷

Não existe um método ou instrumento de avaliação familiar ideal que permita caracterizar a família, envolvendo todas as vertentes de ação e articulação, e que permita estabelecer um plano de cuidados à família. Na prática clínica diária, o método de avaliação mais usado consiste na realização de um genograma familiar.⁷ O Eco-mapa permite avaliar e registar, ainda num contexto mais amplo, todos os elementos do seu meio e a qualidade das interações entre eles.⁸ Para além destes instrumentos, o médico de família pode avaliar a funcionalidade familiar mediante a aplicação de instrumentos como o APGAR Familiar de Smilkstein e o Círculo Familiar de Thrower.⁷ O primeiro mais quantitativo e o segundo mais qualitativo, baseando-se ambos na perceção individual sobre as qualidades funcionais da família.

Para além da avaliação familiar, o médico de família está em posição privilegiada para realizar intervenções breves. Estas intervenções são utilizadas, por exemplo, no consumo excessivo de álcool⁹ e cessação tabágica¹⁰ e têm como objetivo identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que a mudança possa acontecer. No entanto, as intervenções breves devem ser ajustadas à motivação para a mudança, de acordo com o modelo transteórico de mudança.¹¹ Segundo este modelo, o processo de mudança é um fenómeno que ocorre por etapas progressivas e com características próprias, denominadas estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Assim, qualquer abordagem deve respeitar o estádio de mudança em que cada indivíduo se encontra, pois para cada um deles há uma conversa mais efetiva e adequada.

Este relato de caso mostra como a dinâmica familiar é vivenciada por um adolescente, comprometendo o seu bem-estar e contribuindo para o consumo de dro-

gas ilícitas e insucesso escolar. O objetivo deste caso é alertar para a elevada prevalência do consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes e realçar a importância da avaliação familiar e da intervenção breve pelo médico de família.

DESCRIÇÃO DO CASO

Descreve-se o caso de um adolescente do sexo masculino, com 18 anos, caucasiano, natural do Porto, tendo sido obtido o consentimento informado, livre e esclarecido dado por escrito. Pertence a uma família nuclear na fase V do ciclo de vida de Duvall e classe social média, de acordo com a classificação de Graffar. É o primeiro filho de uma fratria de dois e ambos os pais têm surdez pré-lingual e não genética.

O adolescente apresenta bom desenvolvimento estatural-ponderal e psicomotor. Teve uma infância normal, negando situações de abuso físico ou sexual. Está a repetir o 11º ano de escolaridade. Reprovou pela primeira vez no 9º ano, aos 15 anos, o que originou um novo grupo de amigos e o início do consumo de tabaco. Atualmente fuma cerca de oito cigarros/dia (1,2 unidades maço/ano). Aos 16 anos iniciou o consumo ocasional de cannabis, agora com um consumo regular e semanal, negando o consumo de outras drogas ilícitas. Refere consumo esporádico de bebidas alcoólicas, sem quantificar. Nos tempos livres pratica futebol e gosta de jogar computador. Gosta da escola que frequenta e tem boa relação com os amigos.

O avô paterno faleceu aos 69 anos por enfarte agudo do miocárdio, a avó paterna tem alcoolismo e a avó materna tem hipertensão arterial (Figura 1). O pai e a mãe têm surdez pós-infeciosa por meningite e febre amarela aos 2 anos, respetivamente. O adolescente acha que o pai também tem problemas com o álcool, mas este está frequentemente ausente por motivos laborais. O pai é eletricitista numa empresa que presta serviços a nível nacional. A mãe está desempregada há vários anos.

Abril de 2015

O adolescente recorreu à consulta por irritabilidade e perda de motivação desde há várias semanas, associado à falta de concentração. Sem humor depressivo ou ideação suicida. Quando questionado sobre o motivo das queixas, o adolescente revelou revolta em relação à surdez dos pais. Estava insatisfeito com a ajuda que recebia da família e refugiava-se nos amigos. Se-

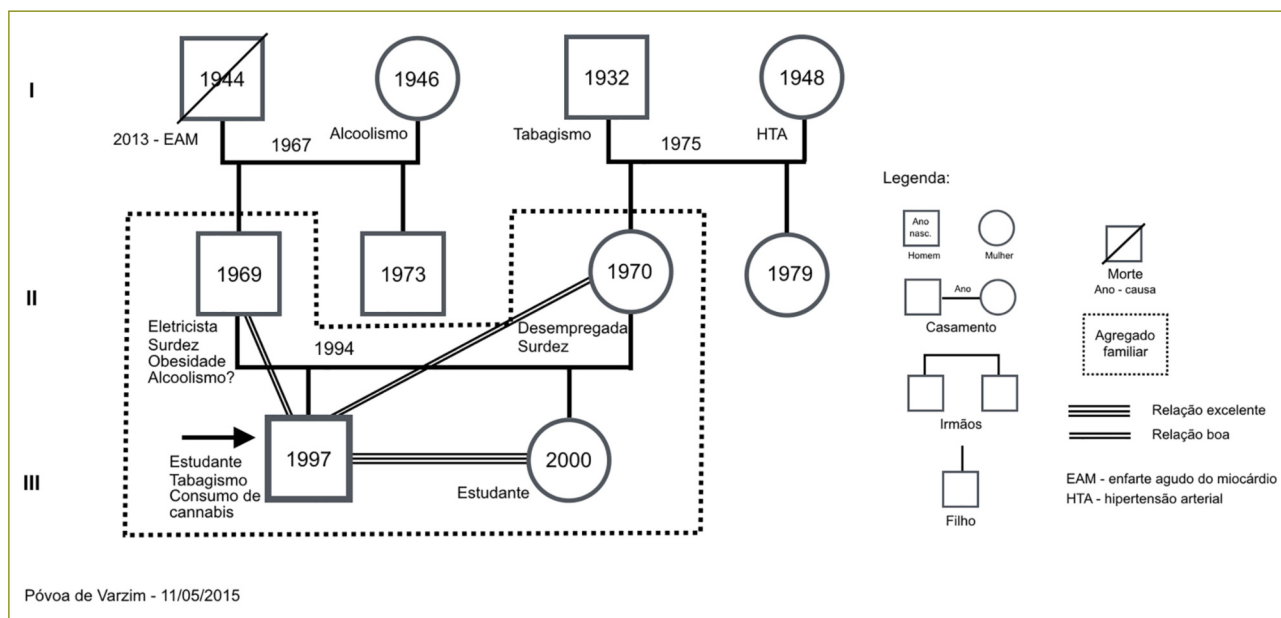


Figura 1. Genograma familiar, incluindo a psicofigura de Mitchell. A seta assinala o adolescente.

gundo o adolescente, estes ocasionaram o consumo de cannabis e as faltas frequentes à escola. Dizia precisar deste consumo para estar mais concentrado e assumia ter capacidade para ter melhor rendimento escolar.

O maior receio do adolescente era que a família, em particular a irmã, soubesse do consumo de drogas ilícitas. Por outro lado, o adolescente tinha plena noção do problema, mas estava em contemplação por apresentar uma atitude ambivalente para promover a mudança. Nesta consulta foi prestado aconselhamento para o abuso de drogas, nomeadamente sobre os prós e os contras da abstinência e do consumo e as discrepâncias entre o consumo e os planos para o futuro. Foi agendada uma consulta para a avaliação familiar, que o adolescente concordou.

Maio de 2015

O adolescente voltou a demonstrar receio que a irmã soubesse do consumo de cannabis, tendo sido salvaguardada a privacidade e a confidencialidade da consulta. A avaliação familiar teve início com a atualização do genograma familiar, incluindo a psicofigura de Mitchell (Figura 1). O agregado familiar era composto pelo pai (45 anos), mãe (44 anos) e irmã (14 anos). O adolescente tinha uma relação excelente com a irmã, con-

siderando-a o elemento mais importante da família e uma relação boa com ambos os pais. Segundo a escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer era uma família de risco médio de disfunção familiar (4 pontos) e os principais problemas eram a história familiar de alcoolismo e o consumo de cannabis pelo adolescente.

Para construir o Ecomapa foram perguntados quais os elementos externos à família que influenciavam o comportamento do adolescente (Figura 2) e este referiu, em primeiro lugar, o futebol, nomeadamente o Futebol Clube do Porto, com o qual tinha uma relação forte. De seguida, referiu os amigos com os quais tinha uma relação moderada, apesar de admitir que o convívio com os mesmos aumentava o risco do consumo de cannabis. Por fim, referiu a escola à qual, apesar da relação fraca pelas faltas frequentes, reconhecia a importância na sua formação pessoal e admitia a necessidade de melhorar o rendimento escolar.

No Círculo Familiar de Thrower, o adolescente colocou a irmã no centro da família e os pais afastados com a irmã interposta entre eles e o adolescente (Figura 3 – A), concordando com a representação da família e com o facto de que a família dispersa poderia impedir a comunicação dentro da mesma. De acordo com o APGAR Familiar de Smilkstein tratava-se de uma família com

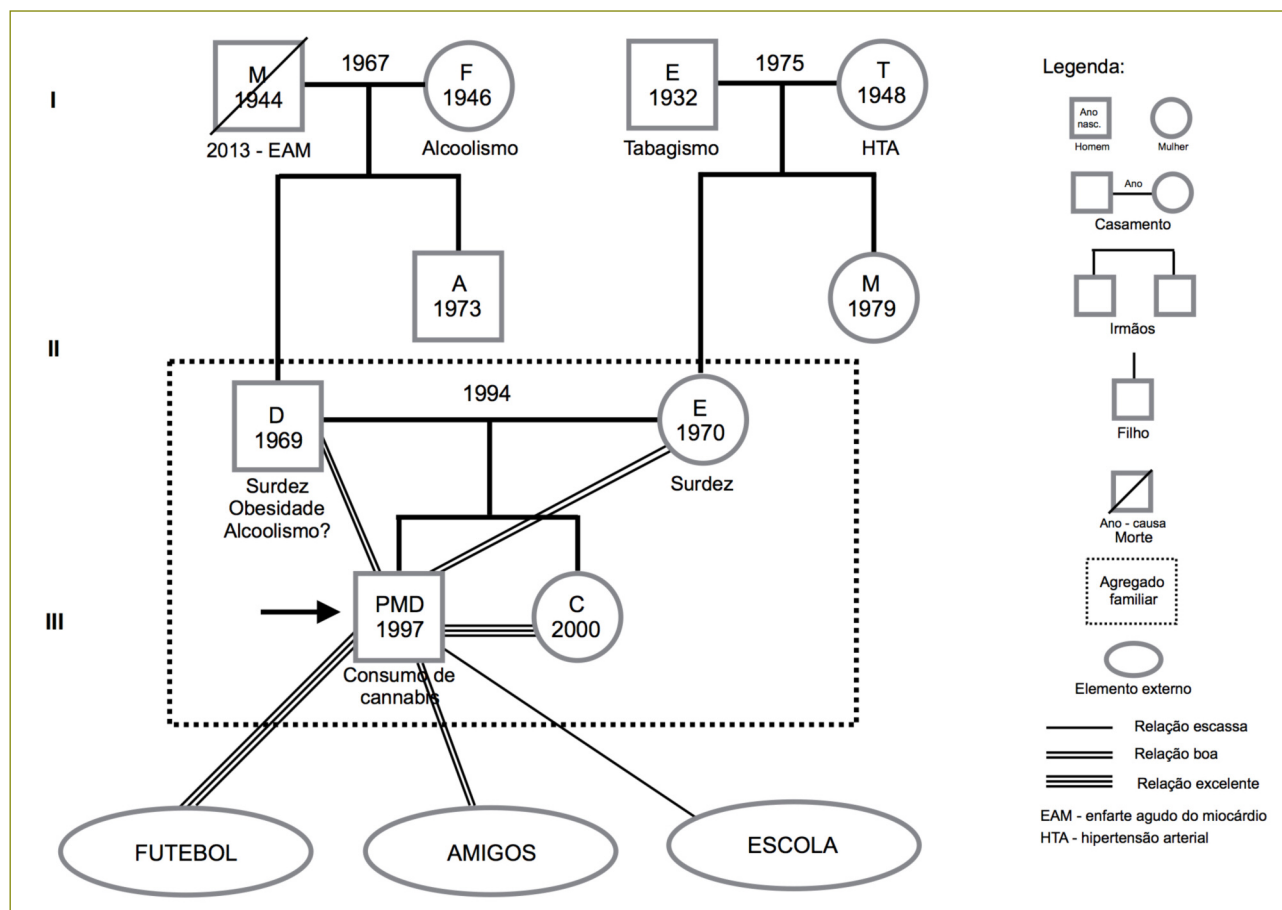


Figura 2. Ecomapa. Para além do agregado familiar, assumem papel relevante na vida do adolescente o futebol, os amigos e a escola.

disfunção moderada (5 pontos). Mais uma vez, o adolescente justificava a surdez dos pais para a falta de ajuda que recebia dos mesmos.

Nesta consulta procedeu-se à reflexão da avaliação familiar. Foi utilizada a irmã, enquanto elemento mais importante, para entender o papel da família nos comportamentos de risco do adolescente. Este admitia que, ao contrário da irmã, a surdez dos pais o deixava revoltado pela incapacidade de comunicação de determinados assuntos. Referia que os pais não estavam diretamente implicados com o início do consumo de cannabis, referindo os amigos, mas provavelmente contribuíram para a manutenção do consumo durante uma fase menos positiva da sua vida. Mantinha uma postura de contemplação em relação ao consumo de cannabis pois preocupava-se com o seu comportamento, mas

encontrava-se numa postura ambivalente em relação a deixar o consumo. As razões para permanecer neste estágio prendiam-se, sobretudo, com as dificuldades de autocontrolo, com o medo de não ser capaz de mudar e com as dúvidas acerca dos ganhos que podia obter com a mudança. Foi promovida a motivação para deixar o consumo de cannabis através da abordagem motivacional breve: relevância dos benefícios, riscos em continuar, recompensas e resistências.

Decidiu-se não intervir junto da família por não ser considerada uma situação de alto risco e para não contrariar a vontade do adolescente. Foi agendada uma consulta em três meses para reavaliar a situação.

Agosto de 2015

Durante o período de férias escolares, o adolescen-

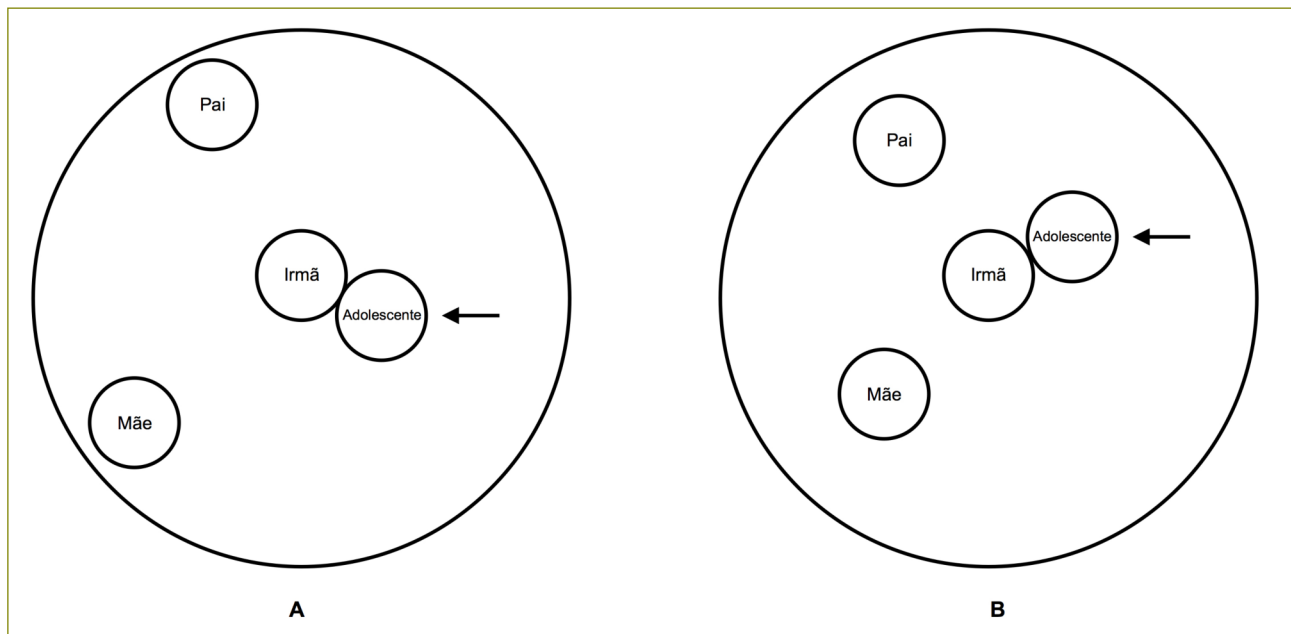


Figura 3. Círculo familiar de Thrower na primeira avaliação familiar (A) e segunda avaliação familiar (B). A seta assinala o adolescente.

te diminuiu a frequência do consumo de cannabis por estar menos vezes com os amigos da escola. Apresentava uma postura de preparação, pois percebia que tinha um problema e que precisava de promover mudanças. Isto não significava que a ambiguidade relativamente à mudança estivesse completamente resolvida. Foi aproveitada a situação para modificar as crenças disfuncionais – “se eu não consumir, não vou conseguir estar concentrado” (*sic*) –, prever dificuldades e forma de as ultrapassar.

Por exemplo, foi proposto o registo do consumo de cannabis ao longo da semana, no sentido de conhecer melhor o seu comportamento, evitar o consumo que «não necessita» e preparar a cessação. Foi enfatizada a necessidade de realizar atividades que mais gosta, como a prática de futebol nos tempos livres.

Foram colocadas questões que promovessem «falas de mudança», como: “Que tipo de apoios gostarias de ter quando deixares de consumir?” ou “Como te sentes agora que começaste a reduzir os consumos?” Ao mesmo tempo estimulou-se a elaboração de afirmações de automotivação, com a ajuda das seguintes perguntas: “Achas que o que conversámos pode ser útil para ti no futuro?” e “O que falta fazer para deixares de consumir?” Em relação a esta última, o adolescente demonstrou

menos resistências, falou da importância de não faltar à escola e voltou a referir o seu exemplo para a irmã.

Apesar de o adolescente não aceitar marcar uma data para a ação, foi promovido o suporte para a mudança e agendada uma próxima consulta para fazer o ponto da situação.

Novembro de 2015

O adolescente compareceu à consulta mais tranquilo. Mantinha os hábitos tabágicos, mas negava consumo de cannabis desde há dois meses, referindo que “afinal tenho os melhores pais do mundo” (*sic*). Estava mais motivado a nível escolar, demonstrando vontade em seguir o ensino superior, em particular o curso de Marketing. Não apresentava sintomas de privação.

Foi realizada uma nova avaliação familiar. No Círculo Familiar, o adolescente mantinha a irmã no centro da família, mas aproximava mais os pais entre si e do próprio (Figura 3 – B), demonstrando uma família mais coesa. Segundo o APGAR Familiar, a família demonstrava ser mais funcional (7 pontos) e o adolescente estava mais satisfeito com o modo como a família reagia aos seus sentimentos, demonstrando a flexibilidade necessária para mudar algumas regras. Aliás, de acordo com o adolescente, este foi o principal motivo para a mudança de comportamen-



to, pois passou a aceitar melhor a surdez dos pais.

Com o início do ano letivo criou novas amizades, com afastamento progressivo do anterior grupo de amigos e deixou de faltar às aulas. Segundo o adolescente, a criação de novas amizades foi crucial para a cessação do consumo. O incentivo às atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis compensaram o «sentimento de perda».

Promoveu-se a manutenção da abstinência do consumo de cannabis através do reforço positivo e a prevenção da recaída através de uma intervenção breve. Para a prevenção da recaída foram identificadas situações de alto risco e os estímulos desencadeantes da vontade imperiosa de consumir, como a proximidade de pessoas que consomem. O adolescente foi incentivado a evitar estas situações e foram ensinadas práticas para lidar com situações de alto risco (respirar fundo, beber água, caminhar, estar com a irmã). Como em todas as consultas foi reforçada a disponibilidade da equipa de saúde em caso de dúvidas ou problemas.

Março de 2016

O adolescente mantinha-se abstinente para o consumo de cannabis, em manutenção há mais de seis meses e mais motivado a nível escolar, com melhoria dos resultados no 2º período escolar. Nesta consulta procurou-se identificar os riscos de recaída e resolução de problemas e reforçou-se os benefícios da abstinência do consumo.

O adolescente negava situações de lapso e sentia-se bem na condição de abstinente do consumo. Manteve-se uma posição empática, com perguntas abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto, num processo interativo que criasse condições para o sucesso terapêutico.

Embora a recaída faça parte do processo de cessação do consumo foram reforçadas diversas estratégias para ajudar o adolescente a não recair, entre elas: evitar as situações de alto risco, abordagens práticas para lidar com as mesmas, reduzir ou eliminar outros comportamentos associados ao consumo (e.g., álcool), plano estratégico para uma eventual situação de lapso e adotar um estilo de vida mais ativo e saudável. Manteve-se uma vigilância semestral e a disponibilidade para receber o adolescente sempre que necessitasse, tendo em conta eventuais intercorrências que justifiquem a realização de consultas suplementares.

COMENTÁRIO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde considera-se adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos.¹² Esta fase é caracterizada por transformações físicas, enriquecimento do repertório afetivo e aumento das capacidades cognitivas. Estas últimas são o resultado do aumento da produção de esteroides sexuais e a consequente organização dos circuitos neuronais e do comportamento. É esta remodelação ocorrida na segunda década de vida que conduz à construção de estratégias para a tomada de decisões, assim como à adoção de novos padrões de comportamento social. Estas transformações ajudam a explicar porque a adolescência é um período crítico de início e agravamento dos padrões de consumo de drogas ilícitas.¹

Estão descritos vários fatores de risco para o início do consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes, incluindo fatores familiares e individuais.¹³ Entre os primeiros estão a supervisão parental inadequada, falta de comunicação, conflitos e tensão familiar, educação parental inconsistente ou severa e história familiar de abuso de álcool ou drogas ilícitas. Entre os últimos encontram-se história pessoal de comportamentos agressivos, abuso físico ou sexual, sexo masculino, caucasiano, adolescente mais velho, dificuldades sociais ou académicas e instabilidade emocional. O caso clínico descrito apresentava vários fatores de risco familiares e individuais, nomeadamente falta de comunicação na família, história familiar de alcoolismo, sexo masculino e adolescente mais velho. Por outro lado, as consequências do consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes incluem acidentes rodoviários, comportamentos sexuais de risco, aumento do número de suicídios e homicídios, problemas de saúde mental e, neste caso em particular, maior taxa de insucesso escolar.¹³

Este caso não apresentava critérios para consumo considerado de alto risco. O consumo problemático de drogas diz respeito aos aspetos subjacentes à dimensão do problema: a substância, a via de administração, a frequência, os problemas que são imputados direta ou indiretamente ao consumo ou o próprio consumidor. Em particular, o consumo de cannabis frequente e de alto risco refere-se ao consumo diário ou quase diário em pelo menos um dos últimos 12 meses (no caso dos inquiridos à população geral e escolar, aproximadamente o consumo em 20 dias ou mais nos 30 dias que precedem a entrevista).¹⁴



Na consulta com adolescentes, a abordagem dos aspetos psicossociais adquire particular importância e permite conhecer melhor os pontos fortes e fatores de vulnerabilidade pessoal face aos diferentes contextos de vida. Devem ser discutidos vários tópicos, desde a casa, a família e a escola, passando pela alimentação, atividades desportivas e de lazer. É fundamental abordar a sexualidade, o humor, a segurança, a violência e, neste caso em particular, os consumos e adição.¹⁵ Na primeira consulta devem ser utilizadas questões mais neutras, que deverão ser aprofundadas nas consultas subsequentes. Tal como no caso apresentado, para além da acessibilidade facilitada e da flexibilidade no modelo do atendimento, devem ser considerados a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios adolescentes.

Conforme o caso apresentado, em cada consulta deve ser avaliada a motivação para a mudança, de acordo com o modelo transteórico de mudança.¹¹ Na maioria das vezes, a mudança é impulsionada a partir de um processo de ajuda intencional, tornando mais célere e mais eficaz o processo de mudança. A intervenção breve motivacional é considerada uma abordagem de excelência para intervir junto de indivíduos nas fases iniciais de mudança (pré-contempladores e contempladores), podendo ser igualmente utilizada nos estádios subsequentes, no sentido da preparação para a mudança.¹⁶ Neste caso, o adolescente recorreu à consulta em contemplação e passou pelas etapas de preparação, ação e manutenção. Ao longo das várias consultas, as estratégias e os objetivos de intervenção foram ajustados ao estágio de mudança em que o adolescente se encontrava, com o conseqüente sucesso terapêutico.

No entanto, existe o risco de recaída, um problema frequente e que pode ser pontual (lapso) ou contínuo (recaída). A recaída não pode ser considerada um fracasso, mas uma parte do processo de mudança. Estima-se que menos de 5% dos indivíduos nunca recaia após iniciar o processo de mudança, mas a maioria recomeça o consumo durante o primeiro ano e com uma trajetória semelhante entre as diferentes classes de substâncias.¹⁷ Neste caso deverá ser mantido o apoio no sentido de ajudar a prevenir a recaída, uma vez que o processo de mudança é um fenómeno em espiral, pressupondo movimento e evolução, não uma progressão linear.¹⁶

De forma a aumentar as hipóteses de sucesso tera-

pêutico poderia ter sido utilizado o contacto telefónico. Este tipo de contacto, da responsabilidade do médico ou do enfermeiro, promove a adesão ao plano terapêutico, permite avaliar a situação e encoraja o contacto com a equipa em caso de dúvidas ou problemas. Como exemplo, o programa-tipo de atuação em cessação tabágica da Direção-Geral da Saúde,¹⁰ com base num modelo de mudança comportamental, prevê quatro a seis consultas médicas e três a quatro contactos telefónicos a realizar pelo enfermeiro ou pelo médico ao longo do primeiro ano de intervenção. Segundo este programa, o primeiro contacto telefónico deverá ser realizado no dia D (data para deixar o consumo) ou tão próximo quanto possível, e os restantes por volta do segundo e sexto meses e um ano após o dia D. Se não houver necessidade de um novo encontro com o médico, avaliada na consulta prévia, os contactos telefónicos são excelentes meios de congratular o sucesso, discutir as dificuldades e prevenir as recaídas.

A família continua a ser o apoio social mais consistente do indivíduo, existindo uma clara interdependência entre os elementos de um agregado familiar.⁷ Para avaliar a dinâmica familiar do caso descrito foram utilizados os métodos de avaliação mais divulgados entre os médicos de família. Cada método de avaliação tem as suas vantagens e limitações. A título de exemplo, o genograma familiar ofereceu um panorama rápido da posição do adolescente na família e os principais acontecimentos da vida familiar, incluindo informação biomédica e psicossocial, mas poderá estar sujeito ao viés de memória e à relutância em dar informação. Por outro lado, o APGAR Familiar poderá ser um fraco preditor de resultados familiares ao longo do tempo, mas parece ter utilidade em determinadas situações, nomeadamente pela associação significativa com o consumo de drogas ilícitas.¹⁸ Por fim, o Círculo Familiar é particularmente útil quando certos indivíduos têm dificuldade em abordar determinados assuntos, como os adolescentes. No entanto, neste caso em particular, o adolescente teve dificuldade em entender a representação gráfica do círculo que representa a família e os outros círculos que representam a sua própria pessoa e os diferentes membros da família. Foi prestada a ajuda necessária e, após concluída a aplicação do método, o adolescente estava satisfeito com a representação da sua família.



Vale a pena referir que a avaliação familiar foi também um momento de intervenção, pois a devolução da informação permitiu a reflexão sobre a dinâmica familiar e a influência desta na vida do adolescente. Todos os momentos de consulta devem permitir o desenvolvimento da relação médico-paciente pois esta influencia a satisfação dos pacientes com a consulta médica e a adesão aos cuidados promotores de saúde, preventivos ou terapêuticos e a satisfação do próprio médico com a sua atividade profissional.¹⁹ No entanto, devem ser fonte de reflexão algumas das dificuldades encontradas pelo médico de família e que prejudicam a relação médico-paciente, como as exigências informáticas relacionadas com o cumprimento assertivo dos programas de saúde, as imposições ao nível do agendamento das consultas e do tempo disponível para cada uma delas, para além das constantes falhas eletrónicas com as quais os médicos se deparam no seu dia-a-dia. Os pacientes valorizam tanto a competência técnica como a comunicação satisfatória. Na consulta com adolescentes, a qualidade da comunicação torna-se ainda mais importante pela dificuldade em abordar alguns dos assuntos já referidos. Neste caso, os momentos de avaliação familiar permitiram oferecer «tempo» ao adolescente e, desta forma, aplicar um conjunto de competências essenciais em medicina geral e familiar: prestar atenção e compreender o outro, ouvir/escutar, perguntar, sorrir, «ler» emoções, empatia, negociar, análise crítica e contextualização, num modelo clínico integrado.¹⁹

A suspeita de disfunção familiar promoveu uma abordagem holística, que se revelou significativa para um maior bem-estar pessoal e familiar. Por vezes, a visão disfuncional da família pelo adolescente, como neste caso, dificulta a adaptação harmoniosa a esta fase do ciclo de vida. A família com adolescentes exige fronteiras familiares permeáveis ao exterior. Só assim é possível a realização com êxito das tarefas da adolescência, a conquista de autonomia e atingir a identidade sexual através de um processo complexo onde as experiências individuais e de grupo são fundamentais.¹⁵ Por outro lado, a dinâmica familiar pode sair prejudicada quando os pais surdos, muitas vezes considerados uma minoria linguística e cultural,²⁰ lidam com os problemas dos adolescentes ouvintes. A comunicação na família com adolescentes, por defeito difícil, torna-se essencial nestes casos, no sentido de integrar os filhos num mun-

do mais amplo e encorajá-los a terem sucesso escolar.¹³ O presente caso chama a atenção para o papel do médico de família na contextualização de sinais e sintomas, muitas vezes inespecíficos, e na abordagem familiar, usando as várias ferramentas de avaliação. Só desta forma é possível ampliar a informação, aumentar as hipóteses de prevenção, melhorar a capacidade de diagnóstico e reforçar a relação médico-paciente, contribuindo para o sucesso terapêutico.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece à Dra. Cidália Camarinha pela revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório anual 2013: a situação do País em matéria de drogas e toxicodependências [Internet]. Lisboa: SICAD; 2014 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/72/Relat%C3%B3rioAnual_2013_A_Situa%C3%A7%C3%A3o_do_Pa%C3%ADs_em_mat%C3%A9ria_de_drogas_e_toxicodepend%C3%Aancias.pdf
2. Feijão F, Lavado E, Calado V. Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas: ECATD/2011 [Internet]. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência; 2012 [cited 2016 Jun 4]. Available from: https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/ECATD-2011_16Nov_1.pdf
3. Feijão F. Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências: ECATD-CAD/2015 [Internet]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2016 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/ESPAD-PT_%20ECATD-CAD-2015.pdf
4. European Commission. Young people and drugs: flash Eurobarometer 401 [Internet]. Brussels: European Commission; 2014 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_401_en.pdf
5. Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral – Portugal 2012 [Internet]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2014 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPhaPG%202012.pdf
6. Christie-Seely JE. A diagnostic problem and family assessment. *J Fam Pract.* 1986;22(4):329-39.
7. 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
8. Agostinho M. Ecomapa [The ecomapa]. *Rev Port Clin Geral.* 2007;23(3):327-30. Portuguese
9. Direção-Geral da Saúde. Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool: norma n.º 030/2012, de 28/12/2012, atualizada em 18/12/2014. Lisboa: DGS; 2014.
10. Direção-Geral da Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica: circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007. Lisboa: DGS; 2007.



11. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984. ISBN 9780870944383
12. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions – Fact sheet no. 345 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [updated 2016 May; cited 2016 Jun 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
13. Ali S, Mouton CP, Jabeen S, Ofoemezie EK, Bailey RK, Shahid M, et al. Early detection of illicit drug use in teenagers. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(12):24-8.
14. Ribeiro C, Carapinha L, Guerreiro C, Lavado E. Estimativa do consumo problemático/de alto risco de drogas [Internet]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências SICAD; 2014 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/146/EstimativaConsumoProblematicoAltoRiscoDrogas.pdf
15. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS; 2013.
16. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão [Internet]. Lisboa: SICAD; 2013 [cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_DESTAQUES/Attachments/3/Linhas_de_Orientacao%20para_a_intervencao%20em_dissuasao.pdf
17. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011; 6:17.
18. Yaphe J. Is the Family APGAR dead? A reappraisal of family assessment tools in Portugal. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29(1):14-5.
19. Ramos V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar [Internet]. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008 [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://www.apmgf.pt/websites/apmgf/A%20Consulta%20em%207%20passos.pdf>
20. Padden CA, Humphries TL. Inside deaf culture. Cambridge: Harvard University Press; 2006. ISBN 9780674022522

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bruno Santos Maia
Av. Bernardino Machado, 310 2Dto. 4480-657 Vila do Conde

Recebido em 19-06-2016

Aceite para publicação em 14-09-2017

ABSTRACT

CANNABIS USE IN ADOLESCENCE: CASE REPORT

Introduction: The illicit use of drugs has increased among adolescents. These are a risk group and cannabis is the drug preferentially used. Drug abuse is a clinical indication for family assessment. The aim is to alert illicit drug use in adolescence and emphasize the importance of family assessment and brief intervention by the family doctor.

Case description: A 18-year-old adolescent male, belonging to a nuclear family at stage V of the Duvall cycle and middle social class, living with his parents with deafness and a 14-year-old sister. Family history of alcoholism. Initiated cannabis use at age 16 and regular use motivated school failure. In April 2015 with complaints of irritability and loss of motivation, associated with lack of concentration. Complaints were justified by the revolt in relation to deaf parents. In Family Circle, the adolescent put his sister in the center of the family and parents apart. According to the Family APGAR, it was a family with moderate dysfunction. It was decided not to intervene with family because it was not considered a high-risk situation and to not go against the adolescent will. Advice was provided to drug abuse, adapted to the stage of change. In September 2015 stopped using cannabis, remaining abstinent in March 2016 and more motivated at school. The maintenance of abstinence and prevention of relapse were promoted.

Comment: The family continues to be the most consistent social support. The family dynamics can be prejudiced when parents, especially deaf, deal with the problems of adolescents, increasing the risk of illicit drug use. The family assessment and evaluation of the motivation for change by the family doctor are essential because only in this way is possible to improve doctor-patient relationship and chances of therapeutic success.

Keywords: Illicit drugs; Cannabis; Adolescent; Family.