



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

Filhos de pais com Perturbação do Uso do Álcool e a sua abordagem nos Cuidados de Saúde Primários – Estudo de Caso

Matilde Pontes Gramacho Vieira

Orientado por:

Professora Doutora Cristina Ribeiro

Coorientado por:

Dr^a Sónia Ferreira

JUNHO'2024

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que me acompanharam durante este percurso complexo, mas muito gratificante.

Agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Cristina Ribeiro, por ter sido uma mentora desde antes do início deste trabalho, por ter confiado em mim e por me mostrar a importância desta especialidade tão bonita e essencial na Medicina.

E agradecer à minha Co-orientadora, Dr^a Sónia Ferreira, por me permitir acompanhar durante este ano o seu trabalho, dar-me outras perspetivas sobre o tema e ajudar-me durante todo o caminho percorrido.

Por último, mas não menos importante, agradecer à minha família, mãe, pai e irmã, por estarem sempre presentes e pelo apoio incondicional.

Resumo

Introdução: Pessoas com pais com Perturbação de Uso de Álcool (PUA) têm maior vulnerabilidade de desenvolver comportamentos de risco, pela aprendizagem de determinados padrões relacionais e comportamentais, tais como os consumos. A vivência desta problemática impacta de forma significativa nos descendentes, devido à imprevisibilidade no comportamento parental, à negligência, ao ambiente familiar conflituoso, às dificuldades de comunicação, entre outros. Estes descendentes poderão tornar-se pessoas mais tímidas, com menor autoestima e mais inseguranças. A PUA é um tema muito investigado nas várias áreas que abrange, mas habitualmente estes estudos são direcionados para o indivíduo como singular. Apesar da vasta literatura nesta área, o foco frequentemente não é colocado nos descendentes, mas sim nos progenitores com PUA.

Objetivos: Analisar o desenvolvimento a nível pessoal, familiar, social de uma adolescente, seguida num Centro de Saúde do concelho de Lisboa, filha de uma pessoa com PUA, de modo a delinear estratégias de acompanhamento para estes jovens em Medicina Geral e Familiar.

Metodologia: Apresentação de caso clínico, recorrendo a entrevista, com anamnese detalhada, e contacto com a médica de família. Este foi complementado com a realização de revisão de literatura sobre o impacto da PUA nos descendentes, bem como sobre as boas práticas na abordagem destes casos nos Cuidados de Saúde Primários.

Resultados esperados: Os descendentes de pessoas com PUA necessitarão de um acompanhamento mais especializado, nos Cuidados de Saúde Primários, tendo em conta os seus antecedentes e as alterações/patologias que estas crianças/jovens estão expostas, que representam fatores de risco significativos.

Conclusão: O médico de família está numa posição privilegiada para analisar o utente e a família como um todo, identificando os seus problemas. Deste modo deve garantir a ligação do utente com os outros profissionais de saúde e acompanhar o processo de forma contínua e integrada.

Palavras-chave: Perturbação do uso do álcool, filhos de pais com perturbação do uso do álcool, cuidados de saúde primários

Abstract

Introduction/Contextualization: People with parents with Alcohol Use Disorder (AUD) have a greater vulnerability to developing risk behaviors due to learning certain relational and behavioral patterns, such as substance use. Experiencing this issue significantly impacts the descendants due to unpredictability in parental behavior, neglect, a conflicted family environment, communication difficulties, among others. These descendants may become shyer, have lower self-esteem, and more insecurities. AUD is a widely researched topic in the various areas it encompasses, but these studies are usually directed at the individual as singular. Despite the extensive literature in this area, the focus is often not placed on the descendants but rather on the parents with AUD.

Objectives: Analyze the personal, family, and social development of a teenager, followed at a Health Center in the municipality of Lisbon, daughter of a person with AUD, in order to outline support strategies for these young people in General and Family Medicine.

Methodology: Clinical case presentation, using an interview with detailed anamnesis, and contact with the family doctor. This was complemented by a literature review on the impact of AUD on descendants, as well as on best practices in approaching these cases in Primary Health Care.

Expected Results: The descendants of people with Alcohol Use Disorder (AUD) will require more specialized care in Primary Health Care, considering their background and the changes/pathologies to which these children/young people are exposed, which represent significant risk factors.

Conclusion: The family doctor is in a privileged position to analyze the patient and the family as a whole, identifying their problems. Thus, they must ensure the patient's connection with other health professionals and monitor the process in a continuous and integrated manner.

Key words: Alcohol use disorder, children of people with alcohol use disorder, primary care

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Índice

Introdução.....	6
Os Cuidados de Saúde Primários.....	6
Definição de Perturbação do Uso de Álcool	7
Enquadramento epidemiológico do consumo de álcool no Mundo	9
Enquadramento epidemiológico do consumo de álcool em Portugal.....	9
A comorbilidade na PUA	11
Filhos de pais com PUA	14
Metodologia	17
Descrição do Caso Clínico.....	17
Análise do Caso Clínico	24
Discussão	27
Papel dos Médicos de Família.....	27
Integração de Cuidados	30
Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários	31
Perspetivas Futuras	34
Conclusão.....	38
Bibliografia	40
Anexos	47

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve os Cuidados de Saúde Primários como a entidade que deve conseguir alcançar a maioria da população e dos seus problemas de saúde, ao longo do ciclo de vida do utente. Estes cuidados incluem a prevenção, abordagem da doença aguda, tratamento do episódio e das suas complicações, bem como o acompanhamento de doenças crónicas, tal como a sua reabilitação, realizando uma abordagem abrangente da pessoa, prestando apoio nos cuidados de fim de vida. Devem procurar compreender o contexto, em que cada um se encontra, como o ambiente e funcionamento familiar, a comunidade a que pertence, de modo a planear e procurar a forma mais eficaz e informada de abordar o caso, reunindo um maior conhecimento sobre a pessoa. O objetivo principal deste órgão é reforçar a prevenção primária e secundária, planeando e assegurando as intervenções indicadas para cada doente, ajustadas às suas necessidades.

Atendendo ao perfil dos filhos de pais com perturbação do uso de álcool (PUA) (crianças, jovens e adultos), incidindo principalmente nos jovens, pelo caso clínico descrito neste trabalho, pretende-se descrever princípios de intervenção por parte dos médicos de família, visto que, são estes profissionais de saúde, a par dos enfermeiros de família, que terão um papel privilegiado, pois contactarão em primeiro lugar com os mesmos, idealmente. Em condições ideais, os médicos de família conseguirão identificar os problemas de forma mais precoce, avaliando atempadamente a família como um todo, evitando a evolução para quadros clínicos mais graves. O médico de família está posicionado de forma privilegiada para a realização de intervenções breves, em todos os elementos da família, respeitando o estadio de mudança, em que cada um se encontra, de acordo com o modelo transteórico de mudança (Prochaska e DiClemente, 1984).

Este trabalho tem o objetivo de identificar os riscos e problemas que os filhos de pais com perturbação do uso de álcool (PUA) estão mais propensos a ter ao longo do seu ciclo de vida. Será relatado um caso de uma filha de pai com PUA, procurando-se descrever as consequências desta situação, a nível emocional, comportamental e social, e os recursos da jovem para geri-la, bem como definir o papel da intervenção nos Cuidados de Saúde Primários.

Definição de Perturbação do Uso de Álcool

De acordo com o DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a PUA caracteriza-se por um padrão problemático de uso de álcool, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 2 ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- O álcool é frequentemente consumido em grandes quantidades/por período mais longo do que o planeado;
- Desejo persistente para reduzir ou controlar o uso do álcool;
- Grande parte do tempo é gasto em atividades necessárias para obter/consumir/recuperar dos seus efeitos;
- Uso recorrente de álcool, resultado no incumprimento de obrigações no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais/interpessoais persistentes/recorrentes causados/exacerbados pelos seus efeitos;
- Importantes atividades sociais / ocupacionais / recreativas são abandonadas/reduzidas devido ao seu uso;
- O uso recorrente de álcool é continuado, apesar do conhecimento sobre o problema físico/psicológico, persistente/recorrente que provavelmente foi causado/exacerbado pelo álcool;
- Abstinência:
 - Dois ou mais dos seguintes sintomas, que se desenvolvem após várias horas (4-12h) até alguns dias após a cessação/redução do consumo de álcool:
 - Hiperatividade autonómica
 - Aumento do tremor das mãos
 - Insónia
 - Náusea e vômito
 - Alucinações ou ilusões transitórias (visuais, táteis e auditivas)
 - Agitação psicomotora
 - Ansiedade
 - Convulsões tónico-clónicas generalizadas
 - Ingestão de álcool (ou outra substância como benzodiazepinas) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- Tolerância:

Definida pela necessidade de quantidades acentuadamente maiores de álcool, para atingir intoxicação/efeito desejado ou por um efeito marcadamente diminuído, com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.

- *Craving:*

Forte desejo de beber, afetando os desempenhos escolar e profissional, os cuidados parentais ou responsabilidades domésticas. O indivíduo pode usar o álcool em circunstâncias fisicamente perigosas (conduzir, nadar, operar máquinas), apesar do conhecimento das consequências significativas.

A PUA pode apresentar vários sinais, tais como, incapacidade de reduzir ou interromper o consumo, desenvolvimento de tolerância, levando a um aumento das dosagens para obter o mesmo efeito, sensação física de abstinência com tremores, redução da inibição e falta de coordenação física e da fala.

Tipologia de consumo

De acordo com a OMS, distingue-se diferentes tipos de consumo, tendo em conta a sua gravidade, apesar do DSM-5 ter abandonado estes conceitos, tais como (Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG; 2001):

- **Consumo de risco:** consumo que se persistir pode implicar dano físico ou mental, que não causa perturbação evidente no consumidor, onde deve existir intervenção, para prevenção do aparecimento de problemas.
- **Consumo nocivo:** padrão de consumo que causa danos físicos e mentais, embora não corresponda aos critérios de dependência.
- **Dependência:** Desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, aumento da tolerância ao álcool, sintomas de privação quando o consumo é interrompido, sendo necessário identificar o problema e orientar para tratamento especializado.

O consumo do álcool causa várias patologias médicas e lesões, sendo um dos principais fatores de risco de várias doenças. Na Classification of Diseases of the World Health Organization (WHO) – ICD-10 (Wells, R. H. C. et al, 2011) – estão descritas mais de 40 patologias cujo aparecimento está estritamente relacionado com o consumo de álcool, como as doenças hepáticas alcoólicas, a psicose alcoólica, polineuropatia alcoólica e a gastrite alcoólica.

Para além disso, o álcool contribui para o aumento da mortalidade e da morbilidade de forma muito significativa, é um fator de risco em doenças infecciosas (como o HIV, tuberculose, pneumonia), em doenças oncológicas (da cavidade oral, faringe, laringe, esófago, fígado, colorretal e mama), diabetes, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, fibrilação auricular), doenças hepáticas e pancreáticas, patologia psiquiátrica e trauma accidental e provocado. Este consumo origina também vários problemas sociais, no foro familiar, no trabalho e problemas financeiros (Rehm et al, 2017) (Babor et al, 2022).

Enquadramento epidemiológico do consumo de álcool no Mundo

De acordo com a OMS, a PUA é um fator causal de mais de 200 doenças e lesões, e todos os anos origina aproximadamente 3 milhões de mortes. Para além de todas as suas consequências a nível da saúde, o álcool acarreta consequências significativas sociais e económicas. (*World Health Organization, 2022*)

Em 2016, o consumo de álcool foi responsável por 5,1% das doenças e lesões no mundo. Em 2019, foi o 9º maior fator de risco para morte prematura e incapacidade, e o maior fator de risco entre as idades 25 a 49 anos (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2023*).

Enquadramento epidemiológico do consumo de álcool em Portugal

Na população portuguesa (residentes de 15-74 anos), em cada 10 portugueses, 9 já beberam na vida, 6 nos últimos 12 meses e 5 nos últimos 30 dias. (Balsa et al., 2018)

Quase metade dos portugueses que bebem, fazem-no diariamente, ingerindo essencialmente vinho às refeições (Balsa et al., 2018). Em 2017, 1 em cada 100 portugueses (0,8%) tinha PUA (de acordo com a nomeação passada, tinham dependência alcoólica), tendo esta proporção triplicado no espaço de quatro anos (Balsa et al., 2018). Em 2019, 27 151 indivíduos foram hospitalizados em Portugal Continental, com diagnóstico principal e/ou secundário atribuível ao consumo de álcool (Carapinha et al., 2021).

Tendo em conta o IV Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, realizado pelo SICAD, constata-se que cerca de 43% dos consumidores bebe diariamente, enquanto as percentagens de *binge drinking* e embriaguez severa no último ano são de 10% e 5%, dos 15 aos 74 anos e de 11% e 7% dos 15 aos 34 anos. As percentagens de frequência de *binge drinking* e de consumos de risco ou dependência aumentaram.

Os consumos de álcool estão a aumentar, em populações que anteriormente apresentavam percentagens mais baixas de consumo, como as mulheres e as faixas etárias acima dos 44 anos (SICAD, 2022). E por vezes, ao realizar estes questionários sem especificação de sexo ou idade, a distribuição das percentagens não é demonstrada de forma clara. Podemos perceber um aumento reduzido na população em geral, mas uma diferença mais significativa nestes grupos. O mesmo é observado em algumas regiões do país, como o Arquipélago dos Açores.

Foi realizado um inquérito online sobre Comportamentos Aditivos em Tempos de Covid-19, em 2020, que revelou que 21% dos inquiridos teria aumentado os consumos de álcool. Destes 78% aumentaram a frequência dos consumos, enquanto 22% aumentaram a quantidade em cada consumo e 7% aumentaram o teor de álcool em cada bebida.

Em relação à quantidade de pessoas que estiveram em tratamento no ano de 2021, este aumentou em 4%, face a 2020 (ano com o valor mais baixo desde 2016, devido à pandemia). E o número de readmitidos ultrapassou os pré-pandémicos, atingindo o valor mais elevado, desde 2012.

Em 2021, registaram-se 1014 óbitos associados ao consumo de álcool, 34% atribuídos a morte natural, 32% acidente, 12% suicídio e 4% por intoxicação alcoólica. Existindo um aumento da taxa por intoxicação alcoólica, superior no ano de 2019.

É de enfatizar, no entanto, que Portugal, no RARHA SEAS 2015, foi um dos países com menor prevalência de experiências recentes de efeitos negativos (tal como ser passageiro de um condutor embriagado, envolver-se numa discussão séria, ficar incomodado com pessoas a vomitar e sentir-se inseguro em locais públicos), devido ao consumo de álcool de terceiros (33%). Cerca de 16% dos portugueses tinham vivido na infância e adolescência com alguém com PUA e 7% sentem-se afetados com esta experiência. Estas percentagens não devem ser relativizadas visto que são mais altas do que as anteriormente descritas (SICAD, 2022).

A comorbilidade na PUA

A PUA está muito associada à coexistência de outras doenças do foro psiquiátrico. Patologias psiquiátricas como o abuso de outras substâncias, perturbações de humor, perturbações de ansiedade ou perturbações depressivas são mais prevalentes em pessoas com PUA, comparando à população em geral (Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al, 2004) (Sorensen T et al, 2018). No entanto, a correlação entre ambas não é clara. A explicação para a associação entre estas patologias pode dever-se à partilha de causas genéticas ou ambientais, à partilha de características psicopatológicas semelhantes e juntas formarem um diagnóstico único, ou mesmo ao efeito direto ou indireto da PUA nas outras perturbações (Castillo-Carniglia A et al, 2019).

É comum a relação da PUA com as perturbações de personalidade. Numa meta-análise realizada em 2018, a prevalência de PUA em pessoas com transtorno de personalidade antissocial era de 77%, *borderline* de 52% e outros transtornos de personalidade de 39% (Guy N, Newton-Howes G, Ford H, Williman J, Foulds J, 2018).

Já a prevalência de PUA em pessoas com perturbação depressiva major varia de 27% a 40%, em estudos epidemiológicos nos Estados Unidos da América (Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al, 2003). A idade média de aparecimento destas perturbações é semelhante, no entanto a PUA precede a depressão mais frequentemente (Falk DE, Yi HY, Hilton ME, 2008). Boden e Fergusson, em 2011, referem que a probabilidade de perturbação depressiva major é duas vezes superior, em quem tem PUA. Não é clara a ordem prevalente pela qual ambas as patologias se desenvolvem, devendo ser necessário a realização de uma boa história clínica (Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E, 2008). Por outro lado, o álcool é um depressor do sistema nervoso central, o que pode contribuir para esta correlação, acentuando o quadro depressivo. A associação entre as perturbações do uso de substâncias e a depressão major é a patologia *dual* mais prevalente dentro do abuso de substâncias. Esta associação leva a um o pior prognóstico, sendo essencial que se tratem simultaneamente, e que este tratamento esteja interligado. Deve investigar-se neurobiologicamente os mecanismos de ação envolvidos da patologia *dual* para que se crie melhores estratégias de prevenção e se utilize tratamentos mais eficazes (Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M; 2018).

Tal como foi referido para a perturbação depressiva major, as pessoas com

diagnóstico de perturbação de ansiedade, têm uma probabilidade de 20 a 40% de PUA (Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE., 2015). Para além das patologias referidas, existem outras associadas ao consumo como a perturbação de hiperatividade com défice de atenção, perturbação de stress pós-traumático, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e patologia bipolar.

Foram abordadas comorbilidades predominantemente psiquiátricas, mas como referido anteriormente, o álcool está relacionado a doenças infecciosas, neoplásicas, endocrinológicas, cardiovasculares, hepáticas e pancreáticas, trauma e questões sociais, familiares, laborais e financeiras.

Famílias “alcoólicas”

O indivíduo tem várias etapas que devem ser cumpridas em fases específicas da sua vida, de modo a atingir um desenvolvimento ajustado. E todos estes passos vão ser condicionados por fatores internos à pessoa, tal como, por fatores externos, como o contexto em que o mesmo se insere e o ambiente que o rodeia. É estabelecida uma relação importante entre as fases críticas de transição, ao longo do desenvolvimento, e o surgimento de comportamentos aditivos, como mecanismos mal adaptativos para lidar com as mesmas. Habitualmente surgem muito associados a situações de trauma e experiências negativas. É por isso importante identificar os períodos críticos de desenvolvimento do indivíduo, para que sejam implementadas medidas para prevenir comportamentos de risco, reforçando estratégias de *coping* e desenvolver consciência dos riscos (Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, 2021-2030).

A família é um núcleo de apoio e suporte incondicional, que deve garantir o desenvolvimento dos seus membros. Cada elemento tem várias funções, como dar oportunidade para o crescimento de cada pessoa, fomentando a coesão e o sentimento de pertença; amparar e apoiar qualquer membro e facilitar o processo de inclusão na sociedade. Cada família terá os seus próprios objetivos, influenciados pelo ambiente que os rodeia. Quando ocorrem mudanças nestes núcleos é necessário que a família se readapte, reorganizando-se, quando tal não acontece pode emergir problemas, sintomas ou doenças, nomeadamente fazendo com que se iniciem comportamentos aditivos.

Famílias onde existe um membro com algum abuso de substância, são núcleos em que pode estar comprometida a satisfação das necessidades materiais, sociais, emocionais dos seus membros. É com a família que a criança, principalmente com a mãe, estabelece a primeira relação a nível de socialização, preparando-a para relações de afetividade e trabalho futuras (Alves, Paula 2003).

O consumo abusivo de álcool pela imprevisibilidade ao nível do comportamento da pessoa, torna quem o rodeia inseguro e cria relações entre pares deletérias e sem confiança. Quando é a família que está neste lugar de maior proximidade com a pessoa com esta perturbação, pode ocorrer a inversão de papéis (descendentes assumem mais competências do que seria normal e mais cedo), possibilidade de comportamentos violentos, estigmatização social, insuficientes recursos económicos (habitualmente o outro cônjuge acaba por assumir as responsabilidades) e falta de afeto e supervisão comportamental. Tudo isto pode resultar em alterações de comportamento e perturbações psicológicas ou físicas para a família de alguém com PUA. Por todas as dificuldades que estas famílias passam, e pelas mudanças que o lar está sujeito, existe uma grande deterioração e perturbação da dinâmica familiar, podendo levar a separação ou divórcio, por parte do casal (Alves, Paula 2003).

Nas famílias alcoólicas em que é o pai com PUA, podem emergir diferentes percursos, sendo o primeiro: o afastamento do pai, em que a família procura reorganizar a estrutura familiar sem este elemento; o segundo: a família destrói-se, deixando de existir esta conexão, levando a uma comunicação desorganizada e negativa, sem regras; e o terceiro: uma tentativa de reorganizar a estrutura familiar, sem que o pai seja afastado (Alves, Paula 2003).

Kritsberg, em 1986, descreve diferenças no ambiente familiar, entre uma família saudável e uma família com um membro com PUA. Nesta última existe inerentemente instabilidade, pela imprevisibilidade do comportamento. Numa tentativa de repor a estabilidade, são criadas regras que podem culminar num clima de inflexibilidade, com o intuito de nada mais sair do controlo. Podem criar-se segredos, mas normalmente na tentativa de proteger a família, não pela negação dos comportamentos, tendo a família consciência do problema (Werner A, Malterud K, 2017). Mas estes comportamentos vão construindo uma barreira, impossibilitando comunicação aberta no futuro. Tudo isto culmina num maior isolamento social.

Sabe-se que a PUA está fortemente associada a uma transmissão familiar (Cotton NS, 1979). Estudos realizados com irmãos gémeos e filhos adotados

demonstraram que a transmissão está muito relacionada com fatores genéticos, mas também com fatores ambientais (Verhulst, Neale e Kendler, 2025).

A este nível constata-se a forte influência do consumo no cônjuge, tendo esta maior probabilidade de desenvolver PUA (Kendler et al, 2018). Foram, também, realizados estudos que demonstram que esta transmissão pode ser feita por “contágio”, ou seja, por uma aprendizagem social e uma imitação de padrões (Bandura, 1986).

Neste caso, o médico de família deve questionar a família sobre os consumos, de modo a aferir se existem alguns problemas a este nível. Deve, se existir, identificar o problema familiar, seguindo-se de uma caracterização estrutural da família, percebendo qual a funcionalidade da mesma e qual o apoio e os recursos que tem. Se tiver formação, pode continuar a intervenção com terapia familiar. A caracterização estrutural pode ser feita ao longo do tempo, utilizando uma boa anamnese, e com a realização do genograma (Rebelo L, 2007), a utilização do círculo familiar de Thrower (Marau J, 2007), do ciclo de vida familiar, da classificação de APGAR familiar de Smilkstein e a classificação de Graffar (Rebelo L, 2018).

Filhos de pais com PUA

Os descendentes de pais com PUA estão vulneráveis a várias patologias, condicionadas pelas experiências e pelo ambiente que os rodeou, ao longo do ciclo de vida.

Em 1985, Russel, Henderson e Blume apontam para uma maior vulnerabilidade dos filhos de pais com PUA, estando mais propensos a desenvolver comportamentos aditivos no futuro, perturbações do foro psiquiátrico, principalmente do foro emocional e de comportamento, nomeadamente dificuldades em ajustarem-se à sociedade. Descrevem, também, diminuição da auto-estima.

As filhas mostram um maior sentido crítico para consigo próprias e uma maior probabilidade de desenvolverem síndrome depressivo, criando uma maior sensibilidade para com os problemas dos pais. Os filhos tendem a mostrar-se mais independentes, mais autónomos, sentem menos apoio por parte dos progenitores, e perdem a confiança nos outros, afastando-se. (Russell, Henderson e Blume, 1985).

Adolescentes filhos de pais com PUA têm um risco aumentado de apresentação

queixas psicossomáticas, tais como cefaleias, dor abdominal, humor deprimido, insônia inicial ou final, provavelmente interligadas à vivência de stress. É, por isso, importante identificarem-se estes jovens o mais precocemente possível, para que se se inicie intervenção o mais precocemente possível e se diminua as consequências que advêm do uso de álcool. Estas crianças/adolescentes ainda desenvolvem sentimentos de vergonha, culpa, não pertença a um grupo, são estigmatizadas e enfrentam o isolamento. Têm um risco mais elevado de uma pior saúde no geral, e são mais medicadas para a depressão, dificuldades no sono e ansiedade (Ramstedt M, Raninen J, Larm P, Livingston M, 2023) (Syed et al, 2023).

Todos os membros de famílias com indivíduo com PUA estão mais vulneráveis a alterações emocionais, problemas legais, problemas económicos, violência e o aumento da probabilidade do abuso de substâncias. O ambiente nestes lares é conflituoso, pode existir abuso físico e emocional, medo e é dada muita responsabilidade precoce, com uma inversão de papéis entre pais e filhos. São crianças menos estimuladas na infância, sem ajuda nos trabalhos escolares, sem horas de deitar estabelecidas, sem foco nas atividades que são normais nesta fase etária, acabando por ter preocupações que não são as supostas. Estão em modo de sobrevivência, gerando sentimentos de raiva, confusão, abandono e receio constante em relação ao futuro (Lander L, Howsare J e Bryne M, 2013).

É, por isso, essencial que não se foque o tratamento destas famílias apenas na pessoa com PUA, porque a restante família precisará de apoio, para poder mais tarde apoiar a mudança e suportar a recuperação do mesmo (Lander L, Howsare J e Bryne M, 2013).

Apesar destas relações estarem estabelecidas e dos riscos aumentados de patologia, é essencial alertar os médicos de família e os restantes médicos que contactem com estes adolescentes, que tenham conhecimento deste antecedente, questionando sobre o consumo, visto que este costuma ser um assunto escondido e evitado, quer pelos profissionais, quer pelos doentes. É necessário que se estabeleçam as questões que devem ser colocadas, quem deve colocar e como identificar. O médico de família é o único que os consegue seguir durante todo o ciclo de vida (Anda et al, 2002), tendo um papel privilegiado nesta matéria.

Wiers et al (1998) refere que crianças entre os 7-12 anos (ensino primário, quinto e sexto ano) têm opiniões mais negativas sobre o uso de álcool, enquanto os adolescentes têm perceção mais positiva, o que sugere que após o início do consumo,

a resposta dos jovens começa a prevalecer em relação à aversão anterior, sendo por isso necessário informar e refutar as expectativas que estes jovens vão desenvolvendo sobre os efeitos do álcool.

Por outro lado, se este for um problema ainda numa infância precoce, é necessário que se aborde este tema antes do seu eventual começo de experiência de bebidas alcoólicas, sensibilizando para o risco aumentado de desenvolver comportamento aditivo. No entanto, estes jovens que vivem com pais com PUA mostram uma maior capacidade de resolução de problemas, tentam ativamente resolver tudo o que está ao seu alcance, compensando o que não conseguem corrigir. Simultaneamente observa-se que têm uma maior dificuldade em gerir as suas tarefas diárias, acabando por ter menos oportunidades, por não se concentram nas suas próprias vidas, gerando sentimento de impotência. Esta parte explica o acima citado da necessidade de resolução de problemas que são acessíveis (Lacopetti et al, 2019).

Um estudo sueco mostra que jovens entre os 15 e os 16 anos, com pais que consomem álcool, numa escala mais grave, têm um maior risco de saúde precária, relações sociais deficientes e escolaridade insuficiente (Berg L, Bäck K, Vinnerljung B, Hjern A, 2016). No entanto, estes problemas também acontecem quando o consumo de álcool é moderado, o que se subentende que não existe um limite claro para quando o mesmo começa a influenciar os filhos. Estudos anteriores também sugerem que consumos de álcool mais baixos estão associados a um risco de queixas psicossomáticas (Lund IO, Skurtveit S, Handal M, et al, 2019).

Ainda assim, crianças e jovens com exposição mais grave (cinco ou seis problemas relatados) estão constantemente em maior risco de uma condição de vida mais precária (Ramstedt M, Raninen J, Larm P, Livingston M, 2023).

Metodologia

Para a realização deste trabalho recorreu-se à análise de um estudo de caso, com o objetivo de analisar o desenvolvimento a nível pessoal, familiar, social de uma adolescente, seguida num Centro de Saúde do concelho de Lisboa, filha de uma pessoa com PUA, de modo a analisar e delinear a melhor estratégia de acompanhamento para estes jovens em Medicina Geral e Familiar. Foi obtido consentimento informado, livre e esclarecido, dado por escrito pela utente e pelo progenitor, uma vez ser menor de idade. Foi explicado o objetivo do trabalho e a possibilidade de desistir do processo, sem qualquer penalização para a própria.

Descrição do Caso Clínico

Identificação:

O caso clínico apresentado corresponde a uma adolescente do sexo feminino, com 17 anos, caucasiana, natural dos Açores e residente em Lisboa desde os 4 anos. Pertence a uma família nuclear na fase VI do Ciclo de Vida de *Duvall*, com uma pontuação global de 3 de acordo com a classificação de APGAR familiar de *Smilkstein* (Figura 1 – Anexos), o que remete para uma família com disfunção acentuada, e de classe social baixa, de acordo com a classificação de *Graffar*. É a segunda filha de uma fratria de dois, mas ambos os pais tiveram filhos noutros relacionamentos, a mãe uma filha e o pai cinco filhos. No Círculo Familiar de *Thrower* (Figura 2 - Anexos), a adolescente colocou-se à mesma distância do seu irmão e da sua mãe, não considerando atualmente nenhum dos dois muito próximos (Figura 1). Após deixar de viver com o irmão, sentiu que se afastaram, apesar de perceber que este é o único que experienciou o mesmo que adolescente (apesar de haver uma maior identificação ao mesmo, pelo que vivenciaram). Descreve uma relação estável com a mãe. O facto de não viver com esta fá-la sentir maiores dificuldades em comunicar, não abordando com a mesma facilidade aspetos da sua vida. Considera o seu pai mais distante, depois do internamento para desintoxicação alcoólica, e devido à instabilidade vivenciada, em contexto familiar, despoletada pela doença do pai. No entanto, verifica-se uma tentativa de reaproximação. Este círculo demonstra uma família dispersa, o que afetará a qualidade da comunicação entre os seus elementos.

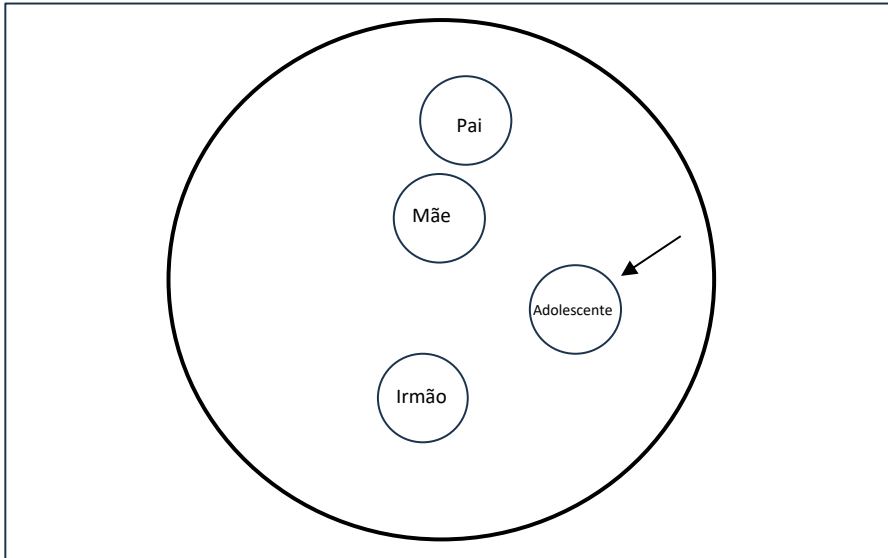


Figura 1. Círculo familiar de *Thrower*. A seta assinala a adolescente.

A adolescente apresenta bom desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor. Está a completar o décimo segundo ano de escolaridade no curso de Artes Visuais. Reside, neste momento, num apartamento de autonomização da Santa Casa da Misericórdia, com duas jovens, recebendo um subsídio para todas as suas despesas/necessidades. Viveu até outubro de 2021 com os pais e irmão. Nesta altura enfrentaram problemas financeiros graves, o que levou a perda da casa e à mudança para casa dos avós maternos com os pais, até abril de 2023, quando por intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) foi para um apartamento de autonomização. Foi referenciada para estes serviços após ida ao Serviço de Urgência, por comportamentos auto lesivos.

A CPCJ é uma instituição oficial, não judiciária, com autonomia funcional, que visa promover os direitos dos menores de idade, prevenindo ou terminando situações suscetíveis que possam afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento. E os apartamentos de autonomização são locais, com a cooperação do Instituto de Segurança Social, onde jovens residem e convivem, sendo apoiados na sua integração e transição para a vida adulta. Procuram proporcionar um ambiente contendor, com acompanhamento regular de profissionais, facultando condições de progressiva autodeterminação e responsabilização, onde os jovens podem continuar a desenvolver competências sociais e pessoais, que lhes facilitarão a transição adequada a uma vida adulta mais autónoma, segura e integrada.

Antecedentes Pessoais:

Como antecedentes pessoais apresenta asma controlada, cumprindo apenas terapêutica em SOS (sem necessidade de terapêutica há vários meses). Relativamente a antecedentes psiquiátricos, destaca-se perturbação depressiva e perturbação de ansiedade generalizada, diagnosticadas no início de 2022; história de comportamentos auto lesivos, com último episódio a datar agosto de 2022, com necessidade de intervenção do serviço de urgência. Acompanhada em consulta de psiquiatria, na Clínica da juventude - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, de 3 em 3 meses) e em consulta de psicologia, na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, de 3 em 3 semanas. Paralelamente é acompanhada, desde o início de 2023, no centro de saúde atual, na área de Lisboa, com última consulta há 2 meses. Anteriormente sem médico de família atribuído, noutra centro de saúde na área de Lisboa. Refere acompanhamento pelo médico de família apenas nas consultas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Está medicada com sertralina, uma vez ao dia, e olanzapina, em SOS. Tomou inicialmente sertralina e quetiapina. Nega hábitos alcoólicos e toxicofílicos, refere consumo tabágico em ambiente social. Nega cirurgias e internamentos.

Antecedentes familiares:

Desconhece patologias dos avós maternos, ambos vivos.

Os avós paternos faleceram. O avô paterno tinha antecedentes de PUA e de neoplasia do estômago (falecimento em 2022) e avó materna com neoplasia do pâncreas (diagnosticada em 2019) e neoplasia do pulmão (diagnosticada em 2022), faleceu em 2023. Os avós paternos tiveram 11 filhos, dos quais três têm diagnóstico de PUA.

Mãe, 46 anos, com diagnóstico de perturbação depressiva major e perturbação de ansiedade generalizada, medicada com sertralina, trazodona e sedoxil. Seguida no centro de saúde desde 2023, altura em que a filha também começou a ser seguida, e onde o marido é acompanhado desde 2014. É acompanhada na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica (UTRA), na Consulta de Psiquiatria e Psicologia.

Tia materna com perturbação psiquiátrica não especificada, com má relação com mãe.

Pai (53 anos) com PUA, com início de consumos de bebidas alcoólicas por volta dos 20 anos. Ainda nos Açores, aos 30 anos é encaminhado para consulta de

Psiquiatria, conseguindo cessar os consumos até 2014. Durante este processo vem para Lisboa, altura em que recomeça porque perde o emprego. Começa a ser seguido nesta altura pela médica atual, abordando os consumos alcoólicos e solicitando ajuda para os cessar. A médica pede seguimento para consulta de alcoolismo, à qual falta por sentir que não necessita. Refere ter cessado consumos até 2018/2019, sendo que em 2021 volta à médica de família, para que esta o referencie novamente para consulta de Psiquiatria. Começou a frequentar as consultas, mas sem grande efeito, após saber o diagnóstico de neoplasia da mãe, e do diagnóstico do pai, que falece em 2022. Ex-fumador, cessou consumos há cerca de 15 anos. Antecedentes de patologia osteoarticular, contratura de Dupuytren (tratado cirurgicamente), perturbação depressiva e ideação suicida. A médica de família refere acompanhamento regular durante os últimos 10 anos, quer por patologia orgânica (descritas anteriormente), quer para procura de ajuda para a PUA. No início de 2022, após um episódio de confusão e desorientação na rua, é internado na UTRA.

A UTRA é composta por uma área em ambulatória, com várias valências, um programa de hospitalização parcial - área de dia, grupos semanais e programa de reabilitação cognitiva, consultas de Psicologia, Terapia Familiar e Psiquiatria. A área de dia destina-se a utentes que já realizaram a desintoxicação alcoólica e tem como objetivo a prevenção de recaídas e a implementação de um projeto de vida sem álcool. Contém também uma clínica de internamento, vocacionada para intervenções que visam a desabituação alcoólica. O programa terapêutico é definido tendo por base o perfil de necessidades do utente, sendo a duração da intervenção variável, em função da evolução do utente. A área de intervenção abrange toda a área de atendimentos do ULS São José, estando também aberta à população fora de área. É desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional.

Tio paterno com diagnóstico de neoplasia do estômago e PUA. Outro tio paterno com diagnóstico de PUA.

Irmão, 21 anos, com antecedentes de asma.

Tem mais 6 irmãos, um da mesma mãe e de outro pai, e 5 do mesmo pai, mas mãe diferente (cujos 4 são da mesma mãe e 1 de mãe diferente), não se relacionando com nenhum dos mesmos.

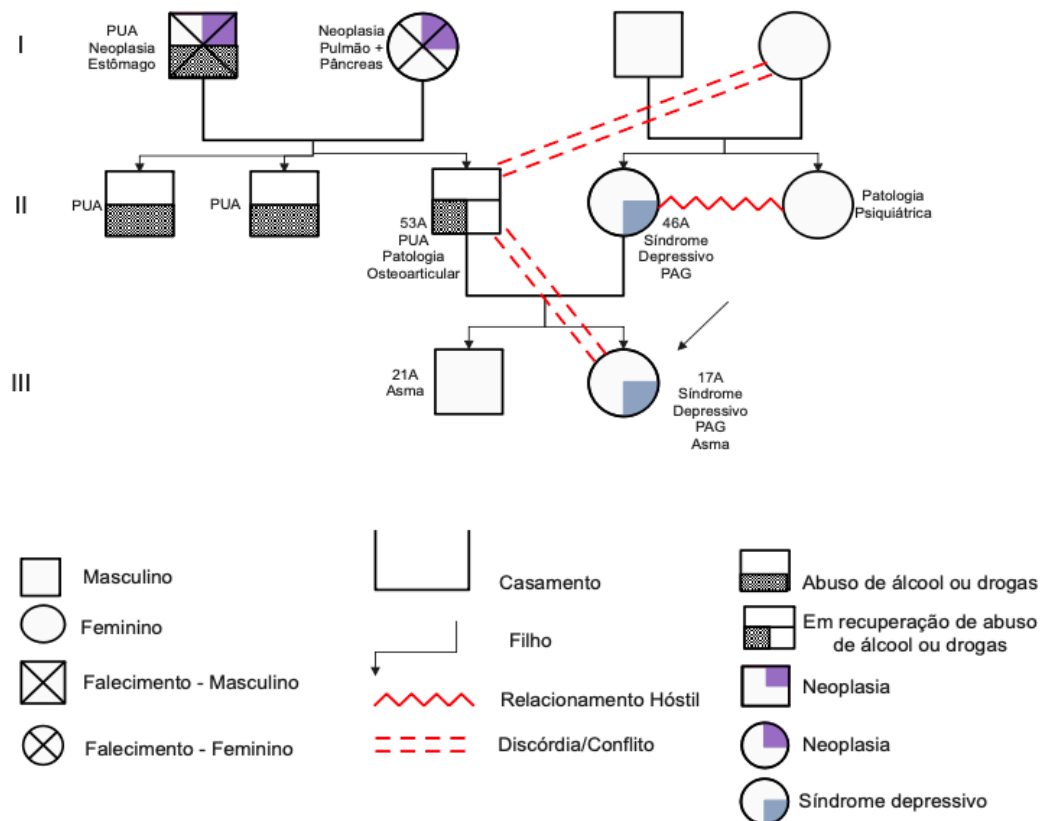


Figura 2. Genograma familiar.

História da Doença Atual:

Até 2018

A adolescente começa por partilhar que vivia com os seus pais e o seu irmão, tendo uma relação próxima com a família, principalmente com o pai. Refere uma infância normal, negando até aqui situações de abuso físico. Sempre viu o pai a consumir bebidas alcoólicas, mas que esse consumo nunca o afetou visivelmente, nem à família.

2019 - 2021

A partir de 2019, a avó paterna teve um diagnóstico de neoplasia, que levou a um aumento do consumo, por parte do pai. A adolescente apresentava uma relação muito próxima com o mesmo, mas que após aumento do consumo de álcool, piorou bastante, culminando com um afastamento. Após este aumento da ingestão de bebidas

alcoólicas, o ambiente familiar tornou-se menos coeso, começaram a existir muitas discussões entre o pai e a mãe, o pai saía muitas vezes de casa para consumir bebidas alcoólicas, chegando a casa mais chateado e causando um ambiente nocivo. A jovem refere que nesta altura, sempre que os pais discutiam, tinha a necessidade de intervir para apaziguar os conflitos, nem sempre bem-sucedida, sentindo que piorava a situação, mas não o conseguia evitar.

2021

O ano começou com a continuação de um ambiente instável e coincidiu com a transição para o 10º ano, mudando de escola. Antes deste ano refere que tinha um grupo de amigos, boas notas e uma vida social dentro da normalidade. Refere um pior rendimento escolar, coincidindo com o agravamento do estado clínico do pai, e consequentemente um agravamento da situação financeira, que culmina com a perda da casa em que viviam. O que motiva a ida para casa da avó materna, com os seus pais, sendo que o irmão mais velho (já maior de idade), assume a sua independência. Começa a sentir-se mais triste, com menos confiança, uma maior insegurança e incerteza. Sente-se sozinha, sem vontade de desabafar com alguém, muito magoada e deprimida. Mas como a vida de todos à sua volta também estava muito desregulada, evitava abordar os seus problemas. A relação entre os pais e os avós maternos era muito conflituosa e negativa. A avó materna pressionava muito o pai para que saíssem de casa, gerando várias discussões, assumindo a adolescente um papel protetor, para com o pai. Passou a sair menos de casa para não o deixar sozinho, intrometendo-se nas discussões entre os dois. O avô materno assumia uma postura passiva, não concordando com as atitudes da mulher, mas sem tomar um partido.

A partir deste ano começaram os episódios auto lesivos, sem nunca revelar este problema a ninguém. Refere que o irmão soube, mas não falaram sobre esse assunto. Consegue desabafar com este porque sente que é o único que sabe o que se passa com a família e são muito próximos, mas nunca abordaram este problema. Até aqui, sem necessidade de cuidados médicos, assumiu uma postura muito resguardada e escondida para que as pessoas não se apercebam do seu problema.

2022

A situação piorou bastante até que o pai, no início de 2022, após um episódio de confusão e desorientação na rua, tomou consciência da necessidade de ajuda, por não se conseguir manter sóbrio, realizando um internamento de um mês no Hospital Psiquiátrico de Lisboa, começando a ser acompanhado pela UTRA, iniciando sessões

individuais semanais e familiares mensais.

Apesar da melhoria significativa do pai, no fim das férias de verão em 2022, revelou a existência de um episódio de automutilação mais grave. Sentia que a sua vida “estava a desabar” (sic) e que “já não aguentava mais” (sic), teve de ser socorrida por uma ambulância e, a partir daqui, por ser menor, foi sinalizada para a CPCJ. Após este episódio, começou acompanhamento psiquiátrico e psicológico, 3 em 3 meses e, 3 em 3 semanas, respetivamente, iniciando medicação com sertralina e quetiapina.

Após o seguimento nas consultas e com a melhoria clínica do pai, tem menos pensamentos de tristeza, sente-se mais segura, mais confiante na escola e na sua vida em geral, já não tem necessidade em intervir em situações conflituosas (no entanto, estas diminuíram após o tratamento). Não teve mais impulsos de realizar comportamentos lesivos. No entanto, não atribui essa melhoria à medicação, mas sim ao acompanhamento e à manutenção da sobriedade do pai. Revela, também, que a relação com o pai está a melhorar, estando mais próximos.

2023

Em abril de 2023, começou num programa para jovens, e mudou para um apartamento de autonomização, com mais duas jovens. A transição para esta casa não foi fácil, por se sentir sozinha. Apesar de saber que estava mais estável, não estava habituada a estar sem a família, e sem a presença de mais gente em casa com quem pudesse conviver. Os pais durante estes meses, conseguiram sair de casa da avó, mas ela manteve-se neste apartamento. Diz ter começado a cozinhar mais nova, porque os pais chegavam tarde do trabalho, mas era algo que gostava e fazia para o irmão. Refere nunca ter existido falta de satisfação das necessidades básicas. E agora é ela que cozinha para si, trata das tarefas diárias e gere o seu dinheiro.

Durante este processo todo, nunca sentiu necessidade de contar estes acontecimentos à médica de família, não pelo julgamento, mas sim pelo receio do afastamento da família. A médica de família tem conhecimento do estado do pai, mas a utente refere que nunca abordou o assunto, apenas tem conhecimento da sua patologia psiquiátrica porque renova o receituário. No entanto, sabemos que a médica de família só a segue desde 2023, mas acompanha o pai há mais tempo, está informada sobre o seu tratamento e sobre a sua sobriedade.

Em relação à sua educação e ao ambiente na escola, como já foi referido, o 10º ano foi um ano muito difícil, pelo internamento do pai, pelos problemas que existiam em

casa, a mudança de casa e de escola. Refere que sempre foi tímida, com pouca autoestima, mas que após este processo tudo se tornou mais difícil, principalmente com o *Covid 19*, com o levantamento da obrigatoriedade da máscara, pois esta era encarada como uma proteção. Refere uma grande tristeza. Revela ter algumas inseguranças com o seu corpo, mas refere que nunca agiu de forma alguma de modo a alterar o seu aspeto físico. Mantém uma alimentação equilibrada, e não tem comportamentos de anorexia ou bulimia. O 11º e o 12º ano estão a correr melhor, tem notas mais altas, tem o seu grupo de amigos e considera que se dá bem com todos. Quer continuar os estudos, designadamente seguir Design na Faculdade em Lisboa.

Análise do Caso Clínico

Estamos perante um caso de uma adolescente de 17 anos, a aproximar-se da vida adulta, que lidou com PUA do pai, durante a sua adolescência, fase esta do ciclo de vida com uma grande vulnerabilidade e cheia de desafios por si só.

Neste caso, a utente encontra-se na etapa dos 10 aos 24 anos, subetapa dos 15 e os 19 anos, que se caracteriza por uma transformação física, biológica, intelectual, psicológica, social e emocional constante e rápida. É uma fase de construção de autonomia, consolidação de identidade e desenvolvimento da intimidade. Nesta fase há uma maior identificação ao grupo de pares, exercendo uma influência significativa nos comportamentos a adotar, superior à da família, podendo existir uma maior vulnerabilidade para desenvolverem comportamentos de risco, nomeadamente consumos. É uma fase que põe à prova a autoestima e autoconfiança, sendo estas essenciais para que a adolescente consiga tomar as suas decisões, perspetivar o seu futuro (percurso escolar e ingresso no mundo do trabalho). Simultaneamente é um período em que já não se sente criança, tendo mais responsabilidades e menos regalias, embora não seja ainda considerado um adulto, com autonomia, o que pode desencadear algumas dificuldades em se ajustar a esta realidade, podendo desenvolver reações depressivas. Nesta altura o adolescente procura experiências estimulantes, testando os seus limites e com necessidade de corresponder às expectativas dos outros, para ser aceite (Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, 2013-2020).

Como referido no início deste trabalho, os filhos de pais alcoólicos têm um maior

risco de consumo de álcool, o que neste caso não se observa. Identifica-se uma certa repulsão em relação ao álcool, pelo impacto que o mesmo causou no seu agregado familiar. No entanto, evidencia-se algum impacto dos consumos do progenitor, verificando-se o diagnóstico de perturbação depressiva e perturbação de ansiedade generalizada, quer na utente, quer na mãe da utente. Estes dados demonstram que o facto de viver com pessoa com PUA torna o ambiente familiar mais instável, imprevisível e problemático, aumentando o risco dos familiares desenvolverem patologias psiquiátricas, sendo a ansiedade e a depressão muito frequentes (Russell, Henderson e Blume, 1985) (Lander L, Howsare J e Bryne M, 2013).

Estamos perante uma adolescente com baixa autoestima, que se isolou em termos sociais, afastando-se dos amigos. Apesar de considerar que tinha um grupo coeso, nunca desabafou sobre os seus problemas, nem mesmo com o namorado, o que pode estar associado ao medo e a vergonha, em abordar os segredos da família, com medo do julgamento e das implicações que teria esta situação, nomeadamente o ser retirada aos pais. É importante ressaltar que o afastamento dos pais, principalmente do pai com PUA, tem implicações no bem-estar da filha. Por outro lado, o foco nos consumos, habitual nestas famílias, pode ter levado a alguma negligência em relação às necessidades desta. E, por isso, a adolescente deixou de procurar apoio na família.

O ambiente em casa é descrito como conflituoso, com visíveis problemas financeiros. Os filhos tiveram de começar a assumir responsabilidades precoces.

Denota-se um acompanhamento tardio da situação, principalmente para a jovem, iniciando-se apenas com entrada do pai para o internamento e após os seus comportamentos autolesivos. Após o tratamento do pai, das sessões familiares no programa de tratamento deste, e do seguimento da utente, a relação familiar melhorou, nomeadamente com o próprio pai, conseguiram reestruturar alguns aspetos da família, reintegrando o pai. Isto reforça que o tratamento e a abstinência do indivíduo com PUA é um elemento protetor na formação de uma família saudável, com membros saudáveis.

O médico de família pode assumir várias abordagens no contexto desta família, procurando identificar vulnerabilidades e patologias, despoletadas pela PUA, analisando a sua dinâmica, para que se diminuam fatores de risco e doenças recorrentes. Destaca-se a estabilização da situação clínica do pai, estando abstinente, sem sintomatologia depressiva, tendo retomado a sua atividade laboral. Apesar da sua evolução positiva é necessário manter a vigilância contínua.

Na entrevista a adolescente foi questionada acerca dos seus hábitos alcoólicos

(e de outras substâncias), e foi aplicado o AUDIT-C, com uma pontuação de zero, pelo que neste momento percebe-se que sente repulsa ao álcool. É fundamental manter a sensibilização para os riscos destes consumos, de modo a prevenir comportamentos problemáticos no futuro. É necessário estar atento às relações que a adolescente vai estabelecendo, porque pode repetir padrões familiares. Seria importante existir uma maior articulação, incluindo a psicóloga e o psiquiatra, para que a abordagem seja melhor direcionada para problemática da jovem e para que sejam prestados melhores cuidados. O rastreio de uso de qualquer outra substância é necessário ao longo das consultas, para que seja possível uma atuação precoce.

Por outro lado, nesta família, existem vários casos de neoplasia, pelo que o médico deve estar atento a sinais de alarme, realizar os rastreios recomendados e monitorizar a adesão aos cuidados primários.

Foi abordado adicionalmente na entrevista, se a utente apresentava algumas vezes sintomas psicossomáticos (comuns nestas situações), como cefaleias, dores abdominais, agravamento da asma (que já era um antecedente da mesma). Referiu ter ocasionais cefaleias, e dores abdominais, mas não associa à situação do pai. Esta informação foi corroborada pela médica de família, tendo sido apenas observada uma consulta do dia com queixa principal de cefaleias, não sendo claro se os consumos do pai foram a causa atribuível a estes sintomas.

Como abordado anteriormente no capítulo sobre as famílias “alcoólicas”, esta família beneficiaria de uma abordagem familiar. Smilkstein, em 1984, sugeriu quatro situações onde é fundamental fazer uma avaliação familiar: quando o paciente vai pela primeira vez ao médico; quando o problema implica mudança de papéis na família; no caso de acontecimento negativo afetar a família, como doença crónica; ou quando a história clínica sugere disfunção familiar. Neste caso, parece que a componente familiar está na origem dos problemas da adolescente. Após esta análise é mais fácil planear a intervenção mais adequada, tendo em conta o apoio que a família possui. Parece-nos evidente que a articulação dos vários recursos, podem beneficiar esta jovem e a família, podendo o médico de família facilitar este processo. Em última instância pode ser necessário intervir com toda a família, sendo a Terapia Familiar uma opção viável, para o caso de o médico de família ter formação ou encaminhar para outro profissional especializado.

Discussão

Após a análise do caso descrito, pode estabelecer-se uma relação entre as patologias e experiências negativas da adolescente com a doença do seu pai, PUA.

A adolescente começou a sentir-se mais triste, mais insegura, com uma menor confiança e menos autoestima. Não desabafa com ninguém, não quer ser mais um problema na vida da família, e inicia comportamentos autolesivos. Estes dados corroboram o facto de viver com pessoa com PUA torna o ambiente familiar mais instável, imprevisível e problemático, o que aumenta o risco de os familiares desenvolverem diversas patologias, principalmente psiquiátricas.

Apesar da franca mudança que ocorreu na vida da utente do caso clínico, esta nunca falou sobre estes sentimentos, nem com sua Médica de Família. Por este motivo, só começa a receber tratamento após o internamento do pai e a visita às urgências pelo episódio de autolesão. Percebe-se que tratamento e a abstinência do indivíduo com PUA é uma das variáveis que mais ajuda na recuperação da família. Este caso clínico leva-nos a questionar se, para os jovens cujos pais nunca receberam tratamento, se alguma vez lhes foi oferecida ajuda. E, por isso, é essencial, estar atento a estes fatores de risco e perceber como deve ser a abordagem destas pessoas nos Cuidados de Saúde Primários e quando é necessária a referência para os cuidados de saúde mais especializados.

Papel dos Médicos de Família

A maioria das consultas em Medicina Geral e Familiar são em resposta a doenças crónicas, em comparação com doença aguda, sendo assim possível realizar um modelo de intervenção aberto. A compreensão da doença passa não só pela dor ou pela sintomatologia sentida, mas também pela forma como o doente reage à mesma, dentro do seu meio familiar e social. Deve começar-se por identificar o problema, definir o paciente, colocar a hipótese sistémica e definir um plano de intervenção. Neste âmbito, pode ser necessário a entrevista familiar, em que o médico deve ser uma pessoa equidistante a todos os elementos, sem estabelecer alianças com um dos membros (Laginha, 2007).

Esta entrevista deve ser realizada em casos específicos, como a utilização excessiva de consultas pelo agregado, novos diagnósticos ou dificuldade de controlo de doença crónica, doenças relacionadas com hábitos ou estilos de vida, dependências, dificuldade de comunicação na família, ou conflito familiar grave. Deve consistir num tempo de acolhimento, com posterior definição do problema, interação com a família e redefinição do problema (Laginha, 2007).

Quando ocorre um acontecimento de vida stressante, a vida do utente/pessoa tem de se readaptar, tal como a da família. A capacidade de adaptação familiar é então posta à prova, e se não superarem as adversidades, origina-se uma crise familiar. Se a crise progredir, sem resolução, estamos perante disfunção familiar (de la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM, 2014). Os sintomas da não superação de fatores de stress manifestam-se em todos os membros da família, principalmente por problemas de comunicação e relação na família. O conceito de funcionalidade familiar é difícil de medir pela sua complexidade, logo é avaliado de forma subjetiva. O modelo de *Olson* (Caeiro, 1991) avalia este parâmetro pela capacidade de adaptação (habilidade do sistema familiar em mudar a sua estrutura de poder, relações de papéis e regras de relacionamento), o nível de coesão familiar (grau de autonomia individual e ligação emocional, existente entre os seus membros) e a comunicação (que é facilitadora dos processos de mudança).

No geral, a intervenção nos filhos de pais com PUA inicia-se apenas depois dos filhos começarem a apresentar alguma sintomatologia, nomeadamente perturbação depressiva, insucesso escolar, abuso de substâncias, problemas relacionais, quando deveria ser preventiva. Habitualmente o tratamento dos pais apenas acontece quando o consumo é abusivo e existem comportamentos de risco que põem o próprio em risco ou terceiros, e nunca numa fase inicial ou intermédia (Emshoff, J.G., Anyan, L.L., 1989)

No entanto, os tratamentos dos pais com PUA diminuem a exposição dos filhos ao conflito parental, beneficiando indiretamente do tratamento. Quando os mesmos são bem sucedidos estão associados a reduções significativas do desajuste emocional dos descendentes (Rounsaville et al, 2014).

A prevenção primária que deve ser implementada com os filhos de pais com PUA deve incluir formas de redução de stress, desenvolvimento de autoestima, competências sociais e providenciar um sistema de suporte social forte. Price e Emshoff (1997) descrevem um modelo de prevenção primária, o “modelo sociocultural” que é focado no desenvolvimento de *skills*, nos jovens. Utilizando por exemplo *roleplay*

(treinando como agir em certos cenários), feedback positivo, dando ferramentas para impedir “*peer pressure*”, tentando evitar comportamentos aditivos no futuro. Crianças mais novas até à adolescência podem culpabilizar-se pelos consumos dos pais e esta deve ser uma questão trabalhada. Para além disso, quando estes jovens começam a realizar as suas próprias atividades, tentam alcançar a perfeição, de forma a tentar que a sua autoestima aumente. A procura constante pela perfeição, faz com que exista mais frustração, pois procuram alcançar objetivos cada vez mais difíceis.

As crianças e jovens têm muito receio de pedir ajuda quando estão a enfrentar uma situação de desconforto, perigo, pela omissão que existe no seio familiar e pela pressão que lhes é imposta para não partilharem estes assuntos com terceiros, pelo receio da separação e institucionalização (Dies R.R, Burghardt K, 1991).

Devemos estar atentos a alguns sinais, como a assiduidade e pontualidade na escola, reduzido cuidado higiénico ou na roupa vestida, instabilidade emocional, imaturidade, conflito com outros colegas, isolamento, problemas académicos, ou queixas físicas como cefaleias ou dores abdominais (Price AW, Emshoff JG, 1997)

Percebeu-se que os filhos de pais com PUA quando são informados sobre o risco de ingerirem bebidas alcoólicas, bebem em muito menos quantidade comparativamente àqueles que não têm essa informação (Kumpfer, K.L. 1989).

Esta ainda é uma patologia que causa muito estigma, pelo que estes jovens não querem ser associados ao abuso do álcool, pelo que evitam estes contextos e estas entrevistas clínicas (Dicicco et al, 1984). Se esta entrevista fosse com um médico que conhecessem e que garantisse o sigilo médico e a confidencialidade poderia ser mais fácil (Werner A, Malterud K, 2017). A PUA é uma patologia que está exposta a muito preconceito, não sendo tratada como outra patologia frequente, tal como as restantes perturbações do uso de substâncias. Tendo isto em conta, existe uma tendência para esconder este problema. Um aspeto que poderia contribuir para a diminuição do estigma seria passar a utilizar o termo “pessoa com perturbação do uso de álcool” em vez de “alcoólico”, e utilizar “pessoa em recuperação de perturbação do uso do álcool” em vez de “alcoólico em recuperação”. E o mesmo se pode fazer com os “filhos de pais alcoólicos”, utilizando “filhos de pais com perturbações de abuso de substância” (CPSUD) ou “filhos de cuidadores com perturbação de uso de substância” (CCSUD) (Appleseth, H.S., Moyers, S.A., Crockett-Barbera, E.K. et al, 2023).

O facto de os pais não conversarem ativamente com os seus filhos acerca do seu dia a dia, dos seus sentimentos e das suas preocupações, a par de muitas

mudanças e sentimentos enfrentados na juventude, faz com que os jovens se sintam abandonados ou vulneráveis. Uma comunicação aberta reduz problemas futuros. Estes jovens sentem-se pouco apoiados, quer pelos pais, quer por outros adultos presentes na sua vida. É essencial que exista uma pessoa paciente, empática, sensível, compreensível, com quem possam confiar e que lhes preste apoio. De acordo com os jovens do estudo, e dado que os pais são um dos problemas com os quais os filhos têm de lidar, a comunicação com alguém fora do seio familiar pode ajudar (Werner A, Malterud K, 2017).

Integração de Cuidados

O médico da família, tal como descrito anteriormente, tem o papel de conhecer a família, conseguindo caracterizar melhor os antecedentes médicos, sociais, ambientais, e tornar a sua consulta num ambiente de confiança e segurança, pelo acompanhamento dado ao longo do ciclo de vida. Em média, o médico dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) vê cada utente quatro vezes por ano, 65% dos utentes têm consulta pelo menos uma vez por ano e 90% pelo menos uma vez em cinco anos, tornando-se assim o profissional de saúde que terá mais proximidade (Wilson JM, Junger G., 1988). Serão estes médicos os responsáveis pela gestão de medicações, pelo encaminhamento para as consultas das diferentes especialidades, quando se justifica, e por agilizar a comunicação entre os diferentes tipos de cuidado.

No caso descrito, percebe-se que o acompanhamento da adolescente foi muito tardio, apesar do conhecimento, por parte da médica de família da PUA do pai. Neste agregado, a Médica de Família não acompanha todos os membros desde a mesma data, o que pode explicar esta falta de seguimento.

Após a identificação do problema e do plano estabelecido para a adolescente que deve ser o mais precoce possível, a Medicina Geral e Familiar deve ser o elo que estabelece os contactos com todos os outros profissionais de saúde, para que a informação esteja agrupada e que acompanhamento não deixe de existir.

Tendo em conta, o caso clínico apresentado, e visto que os maiores problemas relacionados com o tema incidiram sobre a saúde mental, é importante perceber como devem ser abordadas estas questões nos adolescentes. Em Portugal, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, norma 010/2013) são referidas as

“Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”, um documento que explica quando referenciar e o que fazer quando o médico de família ou outro médico se apercebe da existência de certas patologias da área da saúde mental. Dentro destas patologias, os adolescentes devem ser referenciados quando existe incapacidade para lidar com problemas quotidianos, somatização, humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional, ansiedade excessiva, insónia grave e persistente, alterações do pensamento, restrição alimentar, por exemplo. É necessário perceber se são sintomas ligeiros ou moderados, e quando o justifica o médico dos cuidados de saúde primários pode implementar estratégias de intervenção comunitária (familiar, escolar e social), antes da referenciação, e reavaliar 3 meses depois. A adesão por parte da família à consulta é um aspeto crucial e deve ser abordado sempre (Marques C, Cepêda T, 2009).

Este ano, 2024, foi, também, criado pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental um relatório sobre a “Reforma da Saúde Mental em Portugal: 3 anos de transformação”, que inclui uma proposta de integração de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental. Esta integração sempre constituiu um aspeto consensual das políticas de organização dos serviços de saúde mental, mas não existia um modelo universal de articulação. Esta coordenação planeia organizar, por exemplo, um sistema de registo de informação de saúde mental nos CSP, criando um código de consulta no SClínico e alertas automáticos para pessoas sem vigilância ativa ou psicofármacos prescritos há mais de três meses sem reavaliação, a criação de programas de intervenção psicossocial nas doenças mentais comuns nos agrupamentos de centros de saúde, que está contemplado no PRR (Plano de Recuperação e Resiliência) e a inclusão de instrumentos psicométricos de rastreio e avaliação breve em áreas chave e partilha e análise de indicadores de saúde mental nas equipas de CSP e Saúde Mental. Esta proposta de integração de cuidados tem como objetivo principal garantir o acesso de todos os utentes a cuidados no âmbito da Saúde Mental e definir trajetos e itinerários que devem ser seguidos e que garantam um acompanhamento mais adequado (Xavier M et al, 2024).

Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários

Neste caso clínico não se observa consumo de álcool, mas quando este existe

sabe-se que as Intervenções Breves são eficazes na diminuição dos consumos dos utentes, mesmo nas condições reais de trabalho dos médicos de família (Bertholet N et al, 2005). Estas baseiam-se na entrevista motivacional e duram entre cinco a dez minutos e podem decorrer em três ou quatro sessões com o objetivo de reduzir o consumo de álcool (Ribeiro C, 2010). Num estudo de Stern et al (2007) sobre intervenções breves no abuso de substâncias, nos Cuidados de Saúde Primários, é referido que os jovens sentem que a entrevista com o médico ou o profissional de saúde é menos intrusiva e incomodativa, do que com os próprios pais ou algum adulto familiar, por entenderem que estas questões fazem parte de um protocolo da consulta. Os adolescentes referem apreciar panfletos com informação adicional à consulta ou com identificação de outros locais de pesquisa para utilização futura.

No entanto, é referido por parte dos profissionais de saúde que o tempo de consulta é muito reduzido para realizar uma intervenção, mesmo que breve. Destacam, também, a dificuldade dos adolescentes em estabelecer uma relação de confiança. Para combater a falta de tempo da consulta poderia marcar-se uma consulta adicional após identificar os jovens de risco. E a partir da consulta inicial, reencaminhá-los para as restantes consultas que podem ser benéficas (Stern et al, 2006)

Os médicos de família relatam dificuldades na gestão de problemas relacionados com o consumo de álcool, consideram-se pouco preparados e que o seu discurso não tem efetividade (Anderson P et al, 2003). É, por isso, importante oferecer formação nesta área para que os profissionais de saúde se sintam mais seguros e abordem este tema com maior confiança e mais vezes (Anderson P et al, 2004).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, preconiza, na entrevista ao adolescente, entre os 10 e os 19 anos, nos Cuidados de Saúde Primários, a utilização do acrónimo HEADS (Goldenring e Cohen, 1985) inicialmente, que depois foi aumentado para HEEADSSS. Nesta entrevista deve ser garantida uma acessibilidade facilitada, flexibilidade, privacidade, confidencialidade e aplicação do consentimento livre e esclarecido. Analisando as questões mais importantes da entrevista para o tema estudado neste trabalho, no primeiro H (*home*) do acrónimo, onde são feitas perguntas sobre casa e família, conseguimos perceber como se organiza o agregado familiar, como é o relacionamento entre membros, com quem o utente se sente mais próximo e perceber se a dinâmica familiar é saudável ou não. No D (*drugs*), há oportunidade para questionar sobre os consumos, não só do próprio, mas também, dos amigos e da família, se os mesmos o fazem em casa, e se existem familiares que estejam em

tratamento ou estiveram. No segundo S do acrónimo (*suicide*), é possível introduzir o tema da saúde mental, percebendo se o adolescente se sente mais triste, chateado, se dorme bem, se já pensou em comportamentos auto lesivos, se se sente sozinho, se começou com comportamentos de risco para se sentir mais calmo ou melhor. Com esta entrevista detalhada, realizada ao longo da adolescência, é possível apurar as questões mais importantes desta fase de mudança. É essencial não deixar de questionar (DGS, norma 010/2013).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), agora Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD) criou uma Rede de Referência/Articulação neste âmbito. Esta rede indica-nos que enquanto apenas existem sinais de alarme, perturbações do comportamento, consumo de baixo risco ou de risco e doenças crónicas diversas, estes casos devem ser abordados por parte dos CSP e pelas suas unidades funcionais ou por equipas especializadas nos CAD, enquanto com consumo nocivo, dependência, policonsumo já terão de ter cuidados de saúde especializados realizados por unidades de alcoologia, áreas de dia, centros de resposta integradas. Enquanto os cuidados necessários puderem ser feitos a nível dos CSP, deve realizar-se prevenção seletiva e indicada, deteção e intervenção precoce, intervenção breve e programas de intervenção continuada (SICAD, 2013).

Ainda no âmbito da PUA, existe em Portugal, a norma da DGS sobre Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool, que a partir da pontuação do questionário AUDIT (Figura 3 – Anexos), identifica qual o tipo de intervenção necessário em cada caso (DGS, norma nº 030/2012).

E a Direção Geral da Saúde criou, desta vez mais direcionado para os adolescentes, uma norma para o Diagnóstico de Consumo de Substâncias e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens. Para o diagnóstico clínico, recomenda a utilização do questionário “*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*”, designado abreviadamente por ASSIST (Figura 4 - Anexos). Se existir abuso de substâncias, comportamentos de risco e nocivos, deve realizar-se uma intervenção breve (médica, psicológica e social) nos Cuidados de Saúde Primários; se se verificar dependência de substâncias, referenciar para as equipas locais de tratamento dos comportamentos aditivos e dependência, Pedopsiquiatria ou Psiquiatria. Se, no entanto, o jovem tiver patologia mental prévia, já deve ser seguido nos serviços de Pedopsiquiatria ou Psiquiatria, e deve ser criado um plano individualizado para o mesmo

(DGS, norma nº 036/2012). E ainda, a norma Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens, que é mais direcionada para o Serviço de Urgência (DGS, norma nº 035/2012).

Tendo em conta, todas estas normas criadas em Portugal para a abordagem destes jovens, que lidam com pais com PUA e que desenvolvem posteriormente PUA ou que desenvolvem outras patologias, é importante nunca deixar de abordar os jovens em consulta. É essencial reforçar junto dos pais que o álcool é um fator de risco muito prevalente e que pode causar inúmeras patologias, exemplificando-as, e que as crianças/jovens com o contacto direto ou indireto estão mais vulneráveis. Diretamente, pela observação e possível replicação e, indiretamente, pelas questões que a mudança do ambiente no seio familiar pode causar na formação da sua identidade. O mais importante é estar atento aos fatores de risco e conseguir rastrear estes casos da melhor maneira e de uma forma precoce, e para isso, seria importante a aplicação de outros testes nas consultas de seguimento.

Perspetivas Futuras

Apesar das ferramentas existentes em Portugal referidas anteriormente, considera-se fundamental incluir nas consultas a aplicação de questionários, de modo a rastrear filhos com pais com PUA mais facilmente. Existem questionários criados que não estão validados em Portugal, mas seriam ferramentas úteis para utilização nas consultas de vigilância de Medicina Geral e Familiar. É essencial que no futuro se proceda à sua validação. Neste trabalho, serão abordados o CAST-6 (Hodgins et al, 1993) (Elgán et al, 2021) e o *family* CAGE (Frank, Graham, Zyzanski e White, 1992).

O CAST-6 (*Children of Alcoholics Screening Test*) é o questionário com 6 perguntas (Figura 5 - Anexos), desenvolvido a partir do 30 CAST, que é composto por 30 questões. Foi testado e provou que é tão válido como o original. Foram propostos dois *cut-offs*, inicialmente 3 respostas “sim”, mas foi estudado com 2 respostas “sim”.

1. Já pensaste que um dos teus pais tinha um problema com as bebidas alcoólicas? Sim / Não
2. Alguma vez pediste a um dos teus pais para deixar de beber bebidas alcoólicas? Sim / Não

3. Já discutiste com um dos pais quando estavam a beber bebidas alcoólicas? Sim / Não

4. Alguma vez ouviste os teus pais a discutir quando um deles estava alcoolizado? Sim / Não

5. Já tiveste de vontade de esconder ou de vazar uma garrafa de bebida alcoólica dos teus pais? Sim / Não

6. Alguma vez desejaste que um dos teus pais deixasse de beber? Sim / Não

Elgán et al (2021) diz que o *cut off* de 2 seria mais inclusivo em alguns grupos etários, como os adolescentes. E que mulheres respondiam mais vezes que os pais tinham problemas com álcool em comparação com homens, por isso, pode ser necessário diferentes *cut offs* para os diferentes sexos.

O outro teste possível é o *the family CAGE* (Frank, Graham, Zyzanski e White, 1992). O CAGE é um dos questionários mais utilizados para rastrear o consumo abusivo de álcool. E foi adaptado para que fosse possível avaliar o consumo de álcool dos pais a partir das respostas dos filhos (Figura 6 - Anexos).

1. Achas que o pai / a mãe deve beber menos bebidas alcoólicas?

2. O pai / a mãe fica chateado/a quando se aborda a quantidade de álcool que bebe?

3. O pai / a mãe sente-se culpado/a devido aos seus consumos de bebidas alcoólicas?

4. Alguma vez o pai / a mãe bebeu álcool de manhã ao acordar para o ajudar a acordar?

O *family CAGE* é um questionário rápido (3 minutos), que com um *cut off* de dois ou mais pontos é um teste com sensibilidade e valor preditivo negativo altos e uma especificidade moderada. Na experiência clínica da utilização deste teste, os adolescentes expressaram alívio pela oportunidade de abordar este assunto. Tratando-se de consultas onde existe sigilo médico-doente, se o doente não quiser que este assunto seja falado com os restantes familiares, o médico de família tem apenas de oferecer ajuda a quem está na consulta. A aplicação deste questionário tem como pontos positivos o facto de corroborar a história de consumo de álcool que outros membros da família já possam ter referido, para diminuir os falsos negativos que resultam da negação, chegar a pessoas com PUA que não recorrem aos centros de

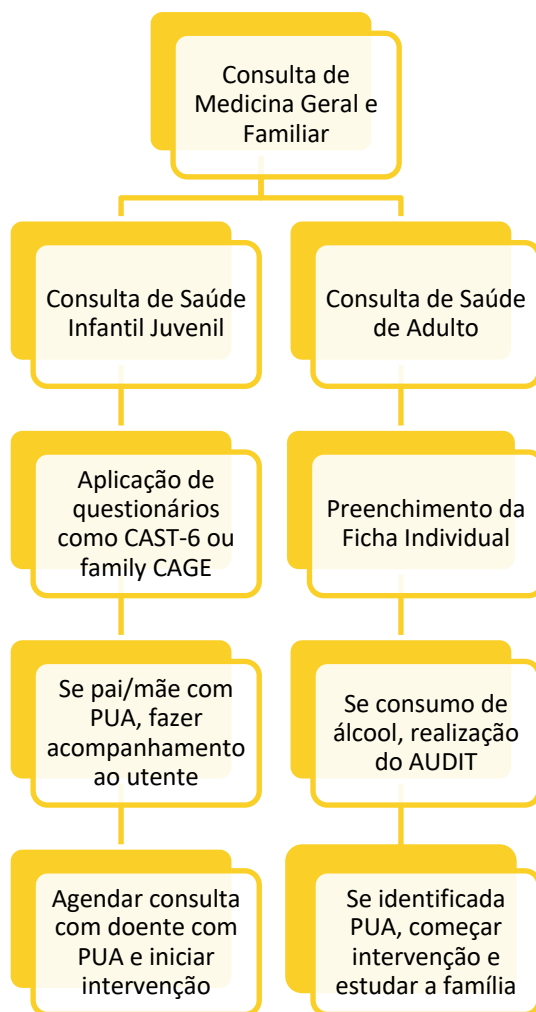
saúde ou a hospitais e para intervir em doentes que não têm PUA, mas têm familiar com a perturbação e precisam de ajuda.

A diferença entre o CAST-6 e o *family* CAGE é que o CAST-6 é mais indicado para identificar consequências no comportamento dos filhos de pais alcoólicos e não tanto para diagnosticar perturbação do uso de álcool no seio familiar.

Se se identificar que um dos pais ou ambos tiverem comportamentos de risco, utilização abusiva de álcool, devemos encaminhar esta adolescente/jovem para as devidas consultas, tal como psicologia, psiquiatria, ou de qualquer outra patologia que possam estar a enfrentar, e se os pais não derem essa abertura para o filho obter ajuda, o médico de família deve criar um ambiente onde esta ajuda possa ser oferecida. Para além disso, podemos sempre fazer alguma intervenção com os pais, abordar o problema e percebendo a fase em que se encontra para desenhar a intervenção mais indicada para os mesmos, tendo em conta modelo transteórico de mudança (Prochaska e DiClemente, 1984).

Na intervenção com jovens com progenitores com PUA, podia seguir-se duas abordagens, como ilustra o Fluxograma 1. A primeira, recorria-se aos questionários, referidos anteriormente (CAST-6 ou *family* CAGE), em consultas de Saúde Infantil, de modo a facilitar a identificação destas situações, se identificadas, começar seguimento do adulto, realizando a abordagem correta pela norma de Detenção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool (DGS, norma nº 030/2012). Na segunda abordagem inicia-se com a identificação e caracterização do consumo abusivo de álcool de um pai / mãe, através de entrevista ou do questionário AUDIT, entrevistando os filhos posteriormente, de modo a avaliar o impacto do consumo na vida dos mesmos e analisar a necessidade de encaminhamento. Paralelamente deve-se manter a intervenção com o utente com PUA, visto que a paragem do consumo melhora significativamente as consequências causadas pelo mesmo.

Fluxograma 1. Exemplo de abordagem de intervenção na Consulta dos Cuidados de Saúde Primários.



Para além da validação de questionários como os descritos, é importante a realização de mais estudos sobre o tema, visto que não existem em Portugal, e o nosso país tem uma elevada prevalência de PUA. Também seria benéfico, a existência de momentos de reflexão no ensino pré-graduado e pós-graduado onde são apresentados casos clínicos semelhantes deste género, para a consciencialização dos profissionais de saúde sobre o tema.

Este trabalho foi submetido para a Revista da Associação Portuguesa de Adictologia e será apresentado no Evento Científico da Associação de Medicina Geral e Familiar, do grupo de estudos de comportamentos aditivos, em Fátima, a realizar-se em novembro.

Conclusão

A Medicina Geral e Familiar é a especialidade mais transversal nos cuidados médicos, por prestar cuidados desde o nascimento até ao falecimento. O médico de família acompanha, tal como o nome indica, a família num todo. Está numa posição privilegiada para analisar o utente e a sua família, identificando os seus problemas. Deste modo deve garantir a ligação do utente com os outros profissionais de saúde e acompanhar todo o processo de enfermidade.

Sendo o álcool o 9º maior fator de risco para morte prematura e incapacidade no Mundo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2023), é importante identificar e prevenir todas as consequências que advêm do mesmo. Existe muita literatura sobre os malefícios do álcool, mas são principalmente sobre relacionados com o consumidor.

As famílias das pessoas com PUA sofrem com este consumo. Os filhos de indivíduos com PUA são pessoas com uma maior probabilidade de desenvolver a doença no futuro, apresentando um risco mais significativo de perturbações psiquiátricas, como perturbações de personalidade, perturbação depressiva major ou perturbações de ansiedade generalizada. Por vezes, podem estabelecer relações patológicas semelhantes às relações que observaram e lidaram na infância e juventude. Têm uma autoestima mais reduzida, maior dificuldade em pertencerem a grupos e podem isolar-se (Russell, Henderson e Blume, 1985). No entanto, poderão apresentar uma maior resiliência, mas sempre em contrapartida de um sentimento de impotência, o que pode fazer com que tenham objetivos elevados, que quando não conquistados, tragam uma maior frustração (Lander L, Howsare J e Bryne M, 2013).

Por tudo o que é dito anteriormente, é essencial perceber que crianças ou jovens têm maior vulnerabilidade em desenvolverem fatores de risco, sendo necessário intervir precocemente.

No caso clínico apresentado, o acompanhamento começou muito tarde, depois da vida da adolescente ter sofrido muitas alterações major, apesar da Perturbação do Uso do Álcool estar descrita há vários anos e a utente já apresentar alterações físicas e psicológicas, que não foram observadas por nenhum profissional de saúde até à sua ida ao Serviço de Urgência, por um episódio de comportamento autolesivo.

O papel do médico de família será rastrear estes jovens numa fase precoce, visto

que os consumos podem trazer mudanças para os filhos, podendo ser necessário proceder ao seu encaminhamento para os especialistas indicados, mantendo a comunicação entre todos e a coordenação, principalmente, neste caso, com psicólogos e psiquiatras.

Após análise do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, das normas da Direção Geral da Saúde, da Rede de Referência no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências e, ainda, de Relatórios relativos à Saúde Mental quer em adultos como em crianças e jovens, são demonstrados os passos preconizados em Portugal que se devem tomar para o rastreio e para abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Apesar de não serem orientações específicas para perceber se os pais destas crianças/adolescentes têm PUA, direcionam através da entrevista ao adolescente, como com a utilização do acrónimo HEEADSSS, para questões de hábitos de consumo de substâncias na família. Para além disso, como foi estabelecido o risco aumentado de PUA ou consumo de outras substâncias no futuro nestes jovens e o risco aumentado de perturbações do foro psiquiátrico, é importante seguir as restantes indicações para as quais já existem normas.

Para esta identificação precoce foram criados, noutros países, questionários simples e rápidos, como o CAST-6 (Hodgins et al, 1993) (Elgán et al, 2021) e o *family CAGE* (Frank, Graham, Zyzanski e White, 1992), que ainda não foram validados em Portugal, mas seriam uma ferramenta útil.

Os Cuidados de Saúde Primários podem analisar e intervir na família como um todo, caracterizando a mesma e utilizando as ferramentas conhecidas pela especialidade, para que o tratamento seja conjunto, integrado e com a inclusão de todo o agregado familiar, sendo a Terapia Familiar uma das soluções disponíveis.

Bibliografia

Alcoolismo Paterno e Comportamento/Rendimento Escolar dos Filhos - contribuição para o seu estudo – Dissertação de Mestrado Universidade do Porto Faculdade de Medicina 2003 Ana Paula Teixeira Alves

Anda et al. (2002). Adverse childhood experiences alcoholic parents and later risk of alcoholism and depression. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 53(8), 1001–1009.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Ensing M, Grol R, Heather N, et al. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international Collaborative Survey. *Alcohol Alcohol*. 2003;38:597-601

Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol*. 2004;39:351-6.

Appleseth, H.S., Moyers, S.A., Crockett-Barbera, E.K. et al. Language considerations for children of parents with substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 18, 28 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00536-z>

Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.

Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral.

Bandura A (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Berg L, Bäck K, Vinnerljung B, Hjern A. Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds-a Swedish national cohort study. *Addiction*. 2016 Oct;111(10):1795-803. doi: 10.1111/add.13454. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27178010; PMCID: PMC5089658.

Bertholet N, Daepfen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*.

2005;165:986-95

Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011; 106: 906–14.

Caeiro RT. Registos clínicos em medicina familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.

Carapinha, Ludmila e Guerreiro, & Catarina. (2021). Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual.

Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019 Dec;6(12):1068-1080. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30222-6. Epub 2019 Oct 17. PMID: 31630984; PMCID: PMC7006178.

Cotton NS (1979) The familial incidence of alcoholism: a review. *J Stud Alcohol*. 40:89–116.

Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 14–18.

de la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM. La dimensión familiar em atención primaria. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editors. *Atención primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia 7ª ed.* Barcelona: Elsevier; 2014. p. 63-84. ISBN 9788490227657

Direção Geral da Saúde. Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto. Norma 030/2012. 28/12/2012. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-do-alcool-no-adulto/> Acedido a 26/03/2024.

Direção Geral da Saúde. Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens. Norma 035/2012 de 30/12/2012 atualizada a 17/07/2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-da-intoxicacao-alcoolica-aguda-em-adolescentes-e-jovens.pdf> Acedido a 30/05/2024.

Direção Geral da Saúde. Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens. Norma nº 036/2012 de 30/12/2012 atualizada a 21/08/2014. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-de-policonsumos-e-intervencao-breve-em-adolescentes-e-jovens.pdf> Acedido em: 30/05/2024

DICICCO, L.; DAVIS, R.B.; HOGAN, J.; MACLEAN, A.; AND ORENSTEIN, A. Group experiences for children of alcoholics. *Alcohol Health & Research World* 8:20–24, 1984.

DIES, R.R., AND BURGHARDT, K. Group interventions for children of alcoholics: Prevention and treatment in the schools. *Journal of Adolescent Group Therapy* 1(3):219–234, 1991.

EMSHOFF, J.G., AND ANYAN, L.L. From prevention to treatment: Issues for school-aged children of alcoholics. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism: Volume 9. Children of Alcoholics*. New York: Plenum Press, 1989.

Falk DE, Yi HY, Hilton ME. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94: 234–45.

Frank, Scott H., Graham, Antonnette V., Zyzanski, Stephen J., White, Sybil. Use of the Family CAGE in Screening for Alcohol. *Problems in Primary Care. Arch Fam Med/Vol 1*. Novembro 1992. DOI: 10.1001/archfami.1992.04190010062006

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 807–16.

Guy N, Newton-Howes G, Ford H, Williman J, Foulds J. The prevalence of comorbid alcohol use disorder in the presence of personality disorder: systematic review and explanatory modelling. *Personal Ment Health* 2018; 12: 216–28.

Hodgins, Maticka-Tyndale, El-Guebaly, West. The cast-6: Development of a short-form of the children of alcoholics screening test. *Addictive Behaviors*, Volume 18, Issue 3, 1993, Pages 337-345, ISSN 0306-4603, [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(93)90035-8).

Iacopetti C, Londi I, Patussi V, Sirigatti S, Cosci F. Life events, coping styles, and psychological well-being in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26:157–166. <https://doi.org/10.1002/cpp.2338>

Kendler KS, Lönn SL, Salvatore J, Sundquist J & Sundquist K (2018) The Origin of Spousal Resemblance for Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry*. 75:280–286.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095–105.

Kritsberg Wayne (1986). *The Adult Children of Alcoholics Syndrome: From Discovery to Recovery*. Personal Development Series. Health Communications.

KUMPFER, K.L. Promising prevention strategies for high-risk children of substance abusers. *OSAP High Risk Youth Update* 2(1):1–3, 1989.

Laginha Teresa. *Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral* 2007;23:331-6.

Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1–13.

Laura Lander, Janie Howsare & Marilyn Byrne (2013) *The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice, Social Work in Public Health*, 28:3-4, 194-205, DOI: 10.1080/19371918.2013.759005

Lund IO, Skurtveit S, Handal M, et al. Association of constellations of parental risk with children's subsequent anxiety and depression: findings from a HUNT survey and health registry study. *JAMA Pediatr* 2019;173:251–9.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Editado também como livro impresso em 2014. ISBN 978-85-8271-089-0 Artmed, 2014.

Marau J. O desenho infantil e o círculo familiar 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

Marques C, Cepêda T. *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação nacional para a saúde mental. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa, 2009 – 52 p.*

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023). *Alcohol's Effects on Health*. World Health Organization. (2022, May 9).

Numan Raza Syed, Joakim Wahlström, Sara Brolin Låftman, Johan Svensson, Perceived parental alcohol problems and psychosomatic complaints among adolescents in Sweden, *Addictive Behaviors Reports*, Volume 17, 2023, 100491, ISSN 2352-8532, <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100491>.

Personality Characteristics of Children of Alcoholics + Russell, M., Henderson, C, &

Blume, S. B. (1985). *Children of alcoholics: A review of the literature*. Buffalo: New York State Division of Alcoholism and Alcohol Abuse, Research Institute on Alcoholism.

Price AW, Emshoff JG. Breaking the cycle of addiction: prevention and intervention with children of alcoholics. *Alcohol Health Res World*. 1997;21(3):241-6. PMID: 15706776; PMCID: PMC6826802.

Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984. ISBN 9780870944383

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), norma 010/2013 da Direção Geral da Saúde, 1 de Junho de 2013

Ramstedt M, Raninen J, Larm P, Livingston M. Children with problem-drinking parents in a Swedish national sample: is the risk of harm related to the severity of parental problem drinking? *Eur J Public Health*. 2023 Apr 1;33(2):312-316. doi: 10.1093/eurpub/ckad022. PMID: 36794630; PMCID: PMC10066494.

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

Rebelo L. editor. *A família em medicina geral e familiar: conceitos e práticas*. Lisboa: Almedina; 2018. ISBN 9789724073132

Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112:968–1001.

Ribeiro, Cristina. *Medicina Geral e Familiar e a Abordagem do Consumo de Álcool – Detecção e Intervenções Breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. Doutoramento em Medicina. Maio 2010.

Rounsaville D, O'Farrell TJ, Andreas JB, Murphy CM, Murphy MM. Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addict Behav*. 2014 Jul;39(7):1168-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017. Epub 2014 Mar 15. PMID: 24727114; PMCID: PMC4019326.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório anual 2013: a situação do País em matéria de drogas e toxicodependências [Internet]. Lisboa, 2014 [cited 2024 April 6]. 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%AAscias.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências [Internet]. Lisboa, 2013 [acedido 30/05/2024]. Disponível em: https://www.sicad.pt/pt/intervencao/RedeReferenciacao/Documents/rededeReferencia%C3%A7%C3%A3o_16_09_2013.pdf

Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Medicine*, Fall 1984, 2 (3): 263-78.

Sorensen T, Jespersen HSR, Vinberg M, Becker U, Ekholm O, Fink-Jensen A. Substance use among Danish psychiatric patients: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry* 2018; 72: 130–16.

Stern SA, Meredith LS, Gholson J, Gore P, D'Amico EJ. Project CHAT: a brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Mar;32(2):153-65. doi: 10.1016/j.jsat.2006.07.009. Epub 2006 Nov 22. PMID: 17306724.

Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*. 2018 Jan 1;30(1):66-76. English, Spanish. doi: 10.20882/adicciones.868. PMID: 28492960.

Tobias H. Elgán, Anne H. Berman, Nitya Jayaram-Lindström, Anders Hammarberg, Camilla Jalling & Håkan Källmén (2021) Psychometric properties of the short version of the children of alcoholics screening test (CAST-6) among Swedish adolescents, *Nordic Journal of Psychiatry*, 75:2, 155-158, DOI: 10.1080/08039488.2020.1812000

Verhulst B, Neale MC & Kendler KS (2015) The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med*. 45:1061–72.

Wells, R. H. C., Bay-Nielsen, H., Braun, R., Israel, R. A., Laurenti, R., Maguin, P., & Taylor, E. (2011). CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP.

Werner A, Malterud K. How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(1):42-49. doi:10.1177/1403494816680802

Wiers RW, Gunning WB, Sergeant JA: Do young children of alcoholics hold more positive or negative alcohol-related expectancies than controls? *Alcohol Clin Exp Res* 1998,

22:1855–1863.

Wilson JM, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968. Cited by Morrell D. Epidemiology in general practice. Oxford: Oxford University Press; 1988. p. 37-9

World Health Organization [Acedido em 13/05/2024]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>, 2019.

Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44

Anexos

A P G A R	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	-	-	-
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	-	-	-
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	-	-	-
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	-	-	-
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	-	-	-

O utente selecciona uma das três respostas, a que correspondem as seguintes pontuações:

- Quase sempre ⇨ 2 pontos
- Algumas vezes ⇨ 1 ponto
- Quase nunca ⇨ 0 pontos

O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional; de 4 a 6, uma família com moderada disfunção; de 0 a 3, uma família com disfunção acentuada.

Figura 1. APGAR familiar de Smilkstein *in* Registos Clínicos em Medicina Familiar, Rui Trabucho Caeiro, 1991.

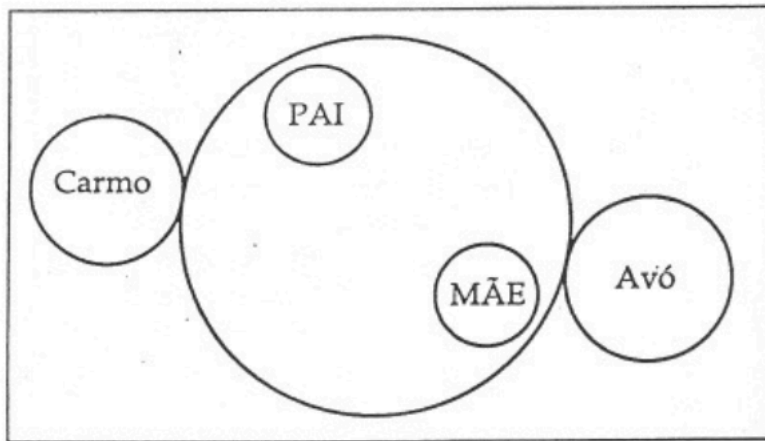


Figura 5. *Círculo Familiar de Thrower*

Exemplo:

MÉDICO (*desenhando o círculo*): – Carmo, isto aqui é a sua família. Desenhe outros círculos representando os diferentes membros da sua família ou outras coisas ou pessoas que lhe sejam próximas.

Da análise desta representação, ressalta que a Carmo se coloca a si e à avó, exteriores à família e que os pais, embora dentro, se encontram afastados.

Após concluída a representação pelo entrevistado, deve-se questioná-lo sobre o significado que atribuiu ao desenho que acaba de fazer:

- 1º – Está contente com a representação que fez da sua família?
- 2º – Se não está, como gostaria que fosse?
- 3º – No caso de precisar de ajuda a quem recorreria?

Figura 2. Exemplo de Círculo familiar de Thrower *in* Registos Clínicos em Medicina Familiar, Rui Trabucho Caeiro, 1991.

QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

No caso de auto preenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.

AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? 0 = nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semana 4 = quatro ou mais vezes por semana	<input type="checkbox"/>
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? 0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais	<input type="checkbox"/>
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? 0 = não 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>
	10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? 0 = não	<input type="checkbox"/>

Figura 3. Questionário AUDIT (versão portuguesa retirada de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-de-alcool.pdf>) in Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014 da Direção Geral da Saúde.

Table 1. The six CAST-6 items.

-
1. Have you ever thought that one of your parents had a drinking problem?
Yes/No
 2. Did you ever encourage one of your parents to quit drinking? Yes/No
 3. Did you ever argue or fight with a parent when he or she was drinking?
Yes/No
 4. Have you ever heard your parents fight when one of them was drunk?
Yes/No
 5. Did you ever feel like hiding or emptying a parent's bottle of liquor?
Yes/No
 6. Did you ever wish that a parent would stop drinking? Yes/No
-

Figura 6. Questionário para avaliação de filhos de pais alcoólicos - CAST-6 (Elgán et al, 2021).