ANA **B**EATRIZ **P**EDRIALI **G**UIMARÃES

Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Brunfentrinker Hochgraf

SÃO PAULO

2009

Aos meus pais, que me mostraram a importância da família.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª Dra. Patrícia Brunfentrinker Hochgraf, por ter aberto as portas para que este sonho se realizasse, pela paciência e fundamental colaboração nesta pesquisa. Sua participação na minha caminhada acadêmica é marcante.

À Dra. Silvia Brasiliano, por ter me permitido partilhar da experiência no PROMUD, pelo apoio e ajuda nas orientações.

À toda equipe do PROMUD, por ter me recebido e ajudado na coleta dos dados, especialmente ao psicólogo Ricardo Trapé Trinca pelo incentivo no projeto inicial e à Adriana Trejger Kachani pela ajuda com os trâmites burocráticos e pelo apoio.

À Dra. Vânia Patrícia Teixeira Vianna, por disponibilizar seu material da FES e me orientar na correção deste instrumento.

Ao Dr. Edson Gomes Tristão, chefe do Departamento de Tocoginecologia do Hospital das Clínicas de Curitiba por ter permitido a coleta de dados do grupo controle no seu ambulatório.

Ao meu colega Plínio Marco pela ajuda na análise estatística.

À minha inseparável amiga e sócia Luciana G. de Albuquerque pelo grande apoio emocional e desabafos nos momentos de desânimo e à minha grande amiga Damila Bonato por sempre acreditar na minha capacidade profissional.

Às minhas amigas Anna Karla, Raíssa, Ana Thereza e Fernanda por me hospedarem na sua casa em São Paulo e tornarem minhas viagens mais acolhedoras. Anna Karla, obrigada por todo o apoio e amizade que construímos nestes anos.

Aos meus pais Celso Araújo Guimarães e Maria Cristina Pedriali Guimarães, obrigada por terem me colocado no caminho certo. Não tenho palavras para descrever a importância na minha vida, do carinho, amor, dedicação e incentivo que vocês sempre me deram.

À minha irmã Ana Cecília Pedriali Guimarães Spautz e meu cunhado Cleverton Spautz, pela ajuda no contato com o Hospital das Clínicas de Curitiba e pelo incentivo e carinho que sempre tiveram comigo e por terem aumentado consideravelmente a nossa família. Obrigada à minha sobrinha e afilhada Maria Luísa e às minhas sobrinhas trigêmeas, Ana Clara, Helena e Laura por trazerem tantos momentos alegres e divertidos à minha vida.

Aos meus avós Pedro, Dirce, Olavo e Edazima pelo legado de valores e ensinamentos que levarei para sempre.

A todos meus amigos, colegas de profissão e alunos que durante estes anos participaram e se adequaram aos meus horários para a realização deste trabalho.

A todas as mulheres que participaram deste estudo e confiaram em mim para contarem suas extraordinárias histórias de vida. Sem vocês, este trabalho não existiria.

A Deus e aos meus protetores espirituais. Sei que sempre estão por perto.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.* Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus.*

SUMÁRIO

Lista de Tabelas
Resumo
Summary
1 INTRODUÇÃO 1
2 REVISÃO DA LITERATURA 7
2.1 Alcoolismo feminino 8
2.1.1 Aspectos gerais 8
2.1.2 Prevalência 10
2.1.3 Diferenças de gênero 12
2.1.4 Tratamento 16
2.2 Teoria familiar sistêmica 18
2.2.1 Conceitos gerais 18
2.2.2 Enfoque estrutural 24
2.2.3 Enfoque comunicacional e enfoque estratégico 30
2.2.4 Enfoque transgeracional 35
2.3 Genograma e ciclo de vida da família 38
2.3.1 Conceitos e aplicações 38
2.3.2 Uso do genograma e do ciclo de vida da família no estudo do Alcoolismo 45
2.4 Transmissão transgeracional do alcoolismo 48
2.4.1 Características das famílias alcoolistas 48
2.4.2 O alcoolismo como padrão de repetição transgeracional 57
2.5 Influência genética e ambiental no alcoolismo feminino 62
3 OBJETIVOS 66
3.1 Objetivo geral 67
3.2 Objetivos específicos 67
4 HIPÓTESES 69
5 MÉTODOS 71
5.1 Critérios de seleção da amostra 72
5.1.1 Grupo das pacientes alcoolistas 72
5.1.1.1 Critérios de inclusão 72
5.1.1.2 Critérios de exclusão 73
5.1.2 Grupo controle 73
5.1.2.1 Critérios de inclusão 75
5.1.2.2 Critérios de exclusão 75
5.2 Locais de pesquisa 76
5.2.1 Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) 76
5.2.2 Hospital de Clínicas de Curitiba – Departamento de Tocoginecologia 79
5.3 Instrumentos de coletas de dados 80
5.3.1 Escolha dos instrumentos da pesquisa 80
5.3.2 Descrição dos instrumentos 83

5.3.2.1 Genograma 83
5.3.2.2 *Family Environment Scale* (FES) 88
5.4 Análise estatística 90
5.5 Desenho do estudo e aspectos éticos 91
6 RESULTADOS 93
6.1 Características sociodemográficas 94
6.2 História do uso abusivo de álcool nas diferentes gerações 96
6.3 Tipos de alianças entre os membros familiares ao longo das gerações 97
6.3.1 Alianças na Geração 1 – Companheiro 97
6.3.2 Alianças na Geração 2 – Pai e Mãe 98
6.3.3 Alianças na Geração 3 – Avós 99
6.4 Existência de triangulação nas diferentes gerações 104
6.5 Tipo de fronteiras ao longo das gerações 106
6.6 Distribuição da hierarquia nas diferentes gerações 108
6.7 História de abuso físico, psicológico e/ou sexual nas diferentes Gerações 110
6.7.1 Abuso físico 110
6.7.2 Abuso psicológico 111
6.7.3 Abuso sexual 113
6.8 Frequência de divórcio, recasamento e relacionamento extraconjugal Nas diferentes gerações 117
6.9 História de perdas traumáticas de filhos ou abortos ao longo das gerações 120
6.10 Análise do início do alcoolismo em relação ao momento do ciclo de Vida familiar da mulher alcoolista 121
6.11 Descrição do ambiente familiar na geração da participante com seus Pais e irmãos 123
7 DISCUSSÃO 126
8 CONCLUSÕES 155
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 159
10 ANEXOS 162
11 REFERÊNCIAS 176

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Frequência e percentual dos grupos alcoolista e controle 94

Tabela 2 Dados sociodemográficos 95

Tabela 3 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso de álcool pelo companheiro e pela mãe..... 96

Tabela 4 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo tipo de alianças entre os membros familiares ao longo das gerações..... 101

Tabela 5 Frequência e percentual nos grupos alcoolista e controle segundo tipo de aliança 102

Tabela 6 Existência de triangulação nas diferentes gerações..... 105

Tabela 7 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo fronteira 107

Tabela 8 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo tomada de decisão na família de origem 109

Tabela 9 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso físico, psicológico e/ou sexual na paciente e em sua mãe 114

Tabela 10 Frequência e percentual das participantes e suas mães nos grupos alcoolista e controle que sofreram abuso físico e/ou psicológico segundo o responsável pelo abuso..... 115

Tabela 11 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso sexual sofrido pela avó materna da paciente .. 116

Tabela 12 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo divórcio na família atual..... 117

Tabela 13 Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo relação extraconjugal do avô paterno..... 119

Tabela 14 Frequência e percentual das participantes no grupo alcoolista segundo início do alcoolismo 121

Tabela 15 Frequência e percentual das participantes alcoolistas segundo fase do ciclo de vida – solteira 122

Tabela 16 Frequência e percentual das participantes alcoolistas segundo fase do ciclo de vida – casada 122

Tabela 17 Média, desvio-Padrão e *p*-valor da comparação das médias das subescalas coesão, expressividade, conflito, independência, assertividade, organização, controle e religião nos grupos alcoolista e controle 125

RESUMO

Guimarães ABP. Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 201p.

INTRODUÇÃO: o ambiente familiar tem sido amplamente relacionado ao uso de álcool na literatura. No entanto, poucos estudos abordam esta questão especificamente para famílias de mulheres alcoolistas. Neste trabalho procurou-se comparar aspectos do funcionamento familiar ao longo de três gerações: geração atual (companheiros e filhos), geração dos pais e irmãos e geração dos avós paternos e maternos de mulheres dependentes e não dependentes de álcool, a partir de seus próprios relatos. MÉTODOS: foram estudadas 30 mulheres alcoolistas que frequentavam o Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e 32 mulheres não alcoolistas que frequentavam o ambulatório de ginecologia geral do Departamento de Tocoginecologia do Hospital das Clínicas de Curitiba. Como instrumentos foram utilizados a construção do genograma familiar e a *Family Environment Scale* (FES). RESULTADOS: com relação aos dados sociodemográficos, as alcoolistas eram mais velhas, possuíam maior grau de escolaridade, um número menor de mulheres tinha companheiros e elas tinham menos filhos em comparação às mulheres do grupo controle. Observaram-se várias diferenças com relação à estrutura familiar sempre demonstrando que as famílias das alcoolistas são mais disfuncionais. Com relação às alianças, as alcoolistas possuíam alianças disfuncionais em vários pares de familiares: conflito com a mãe, companheiro e avô paterno, superenvolvimento com o pai e foi verificada a presença de conflito conjugal em todas as gerações. As famílias das alcoolistas se configuraram como superenvolvidas, com presença de triangulação, abuso físico, psicológico e/ou sexual e divórcio. O uso abusivo de álcool foi encontrado também nas mães e companheiros destas mulheres. As mães possuíam ainda o poder de decisão nestas famílias. Ao relacionar o momento de início do uso abusivo com as fases do ciclo de vida familiar, percebeu-se que as mulheres iniciaram o abuso de álcool com seus companheiros e quando os filhos eram pequenos ou adolescentes. Os resultados da FES mostraram diferença nas subescalas coesão, expressividade, conflito, organização e religião entre os grupos, sempre mostrando maior disfunção nas famílias das alcoolistas. CONCLUSÕES: estes achados reforçam a hipótese de que as famílias das mulheres alcoolistas são mais disfuncionais em vários aspectos e que muitos destes padrões disfuncionais são transmitidos ao longo das gerações.

Descritores: Família. Alcoolismo. Mulheres. Relação entre gerações.

SUMMARY

Guimarães ABP. Alcohol dependent women: a study of the transgenerational genogram [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2009. 201p.

INTRODUCTION: the literature has extensively reported the association between family environment and alcohol use. However, few studies have investigated this issue specifically in families of alcohol dependent women. The present study sought to compare aspects of family functioning over three generations: current generation (partners and children), generation of parents and siblings, and generation of paternal and maternal grandparents of alcohol dependent and non-dependent women based on their own accounts. METHODS: there were studied 30 alcohol dependent women who attended the Drug Dependent Women Treatment Center (PROMUD) at Clínicas Hospital Institute of Psychiatry of Universidade de São Paulo Medical School and 32 non-dependent women attending a general gynecology outpatient clinic of the Department of Obstetric and Gynecology at Clínicas Hospital in Curitiba. The study instruments included a family genogram especially constructed for this study and the Family Environment Scale (FES). RESULTS: alcohol dependent women were older and more educated, a smaller number of them had partners, and they had fewer children than controls. Several differences were found in family structure consistently indicating that the families of alcohol dependent women are more dysfunctional. These women established dysfunctional attachments with different family pairs: conflicts with their mothers, partners, and paternal grandfathers; overinvolvement of father and daughter; and conjugal conflicts in all generations. Families of alcohol dependent women are characteristically overinvolved showing triangulation, physical, psychological and/or sexual abuse, and divorce. Alcohol abuse was also found in these women's mothers and partners. Their mothers also held the power of decision in these families. When alcohol abuse was related to the phases of the family life cycle, it was found that these women started abusing alcohol with their partners when their children were little or adolescents. FES results showed differences between both groups studied in the subscales Cohesion, Expressiveness, Conflict, Organization, and Religion indicating that the families of these women were more dysfunctional. CONCLUSIONS: the study findings reinforce the hypothesis that the families of alcohol dependent women are generally more dysfunctional and that many of these dysfunctional behaviors are transmitted through generations.

Descriptors: Family. Alcoholism. Women. Intergenerational relations.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool está presente na história da humanidade desde os tempos pré-bíblicos. Neste período, predominavam as bebidas fermentadas, produzidas artesanalmente. Na virada do século XVIII para o século XIX, após a Revolução Industrial Inglesa, desenvolveu-se o processo de destilação dos fermentados, técnica capaz de aumentar o teor alcoólico. Esta conjunção culminou na produção em grande escala e consequente diminuição do custo das bebidas. É nesta época que o conceito de beber nocivo começa a aparecer na literatura científica como uma afecção clínica (Bordin et al., 2004). Até então os homens eram as figuras centrais neste cenário da dependência de álcool.

É somente a partir da Segunda Guerra Mundial que se observa um significativo aumento nos transtornos relacionados ao álcool na população feminina. Atualmente, associado ao crescente diagnóstico de problemas pelo uso de álcool entre as mulheres, temos que o início do consumo ocorre cada vez mais cedo, aumentando, assim, o risco de dependência. No Brasil, a estimativa de dependentes de álcool atualmente é de 12,3% da população, nos quais 19,5% em homens e 6,9% em mulheres (Carlini et al., 2005). Nasce daí a necessidade de encontrar tratamentos mais eficazes para este subgrupo de dependentes femininas. Diferenças importantes entre o alcoolismo masculino e feminino têm sido relatadas na literatura nacional e internacional quanto ao início do uso (Holmila, Raitasalo, 2005; Wagner et al., 2007) e desenvolvimento da doença (Simão et al., 2002; Müller, 2006), aos fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento

do alcoolismo (Collins, McNair, 2002; Nolen-Hoeksema, 2004), às consequências comportamentais, físicas e psicológicas (Hochgraf, 2001; Nichol et al., 2007), às comorbidades (Wilsnack, Wilsnack, 2002; Brasiliano, 2005) entre outros.

Uma destas diferenças está no ambiente familiar, tema de destaque do presente estudo. O ambiente familiar tem sido amplamente relacionado ao uso de álcool (Natera-Rey et al., 2001; Kuntsche, Kuendig, 2006), embora, ainda existam poucos estudos que procuram identificar interações familiares específicas que influenciam e são influenciadas pelo uso desta substância (Jacob et al., 2001). Faltam principalmente estudos que enfoquem em particular o ambiente familiar de mulheres alcoolistas.

Grande parte dos trabalhos publicados sobre esta temática baseia-se na Teoria Sistêmica, que serve de fundamento para a presente pesquisa. Segundo esta teoria, todas as pessoas que compõem a unidade familiar exercem influência no seu funcionamento (Bowen, 1974). O Enfoque Sistêmico rompe com o pensamento linear simplista de causa e efeito, que, sem dúvida, representa grande obstáculo para a compreensão das diversas patologias (Trindade, Bucher-Maluschke, 2008).

Steinglass et al. (2001) cunharam a expressão “família alcoólica”, procurando com este termo demonstrar que é possível que toda uma família tenha alcoolismo, não no sentido literal que todos os membros consumam álcool, mas que eles em conjunto criam um contexto familiar identificado com o alcoolismo, convertendo o sistema em um sistema alcoólico.

O foco do presente estudo não está tão somente no ambiente familiar das mulheres alcoolistas, mas também na transmissão transgeracional de padrões de interação destas famílias. A dependência química, em particular a dependência de

álcool, parece ter um alto índice de transmissão de uma geração para outra. Esta temática não foi estudada nesta pesquisa pelo prisma da genética que, sem dúvida, contribui para esta síndrome (Kendler et al., 2008; Schukit, 2009), mas pela análise de vários aspectos da estrutura familiar como comportamentos, vínculos, expressão de sentimentos, níveis de conflito entre outros, que procuram verificar a associação destes legados familiares com o desenvolvimento do alcoolismo. Investigações recentes demonstram que vários mecanismos de ordem social, individual e familiar operam em conjunto para o desenvolvimento do alcoolismo. Um aspecto corroborado por todos estes estudos é que a dependência de uma substância psicoativa em uma geração afeta o funcionamento familiar de outra (Pears et al., 2007).

Um instrumento que permite avaliar a transmissão transgeracional de padrões familiares é o genograma. A utilização do genograma parte do pressuposto que a família possui uma história que vai além da família nuclear e envolve a família extensa incluindo várias gerações. O genograma permite traçar um panorama das relações familiares em dois sentidos: vertical (dimensão histórica das gerações) e horizontal (contexto atual da família) (Penso et al., 2008).

Este estudo não pretende, em nenhum momento basear-se em um modelo fechado de família alcoólica e sim como bem relata Schenker (2008) mostrar que certos padrões e vivências são tecidos no cotidiano de cada família, geração após geração, mostrando que determinados comportamentos, atitudes e práticas no interior das culturas familiares dão forma aos seus valores, influenciando o uso de substâncias psicoativas por parte de algum membro da família.

O ambiente familiar foi avaliado pela *Family Environment Scale (FES)*, escala traduzida e validada por Vianna et al., (2007). Os dados da escala foram confrontados com os dados do genograma, o que permitiu a análise estatística dos resultados, para atingir o objetivo principal do estudo que foi comparar vários aspectos do funcionamento familiar (alianças entre os membros, fronteiras, triangulações, hierarquia familiar, presença de violência intrafamiliar, divórcios, recasamentos, relacionamentos extraconjugais, perdas traumáticas, história de uso abusivo de álcool e a relação do alcoolismo com o ciclo de vida familiar) ao longo de três gerações: geração 1 (companheiro e filhos), geração 2 (pais e irmãos) e geração 3 (avós maternos e paternos) de mulheres dependentes e mulheres não dependentes de álcool. A hipótese inicial era de que as famílias das alcoolistas eram mais disfuncionais nos aspectos estudados, além de que estes eram passados de geração para geração.

Pretendeu-se com esta pesquisa ampliar os dados brasileiros sobre o ambiente e funcionamento familiar de mulheres alcoolistas e sua influência ao longo das gerações. Os dados aqui apresentados podem contribuir socialmente, pois poderão ser utilizados para o delineamento tanto de programas de tratamento que envolvam a mulher dependente e sua família, como de programas de prevenção para as futuras gerações destas famílias que possuem o legado do alcoolismo em sua história.

A fim de organizar o estudo do tema, primeiramente foi apresentada uma revisão da literatura sobre o alcoolismo feminino. Depois foram apresentados os conceitos gerais da Teoria Familiar Sistêmica e os conceitos específicos de três enfoques desta teoria, necessários para o entendimento dos resultados: Enfoque Estrutural, Enfoque Comunicacional e Estratégico e o Enfoque Transgeracional. Foram também descritos

os conceitos e aplicações do genograma e do ciclo de vida da família bem como uma analogia destes temas com o alcoolismo. Uma revisão das características das famílias alcoolistas também foi apresentada, levando-se em conta a transmissão transgeracional do alcoolismo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Alcoolismo feminino

2.1.1. Aspectos gerais

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais antigas da história. No entanto, até pouco tempo, o dependente de álcool era avaliado pelo prisma do "modelo moral", baseado na moralidade cristã, dominante por muito tempo. Assim, os alcoolistas eram vistos como pessoas às quais faltava "caráter" ou "força de vontade", incapazes de resistir à tentação de ceder ao álcool. Apesar das críticas recentes a este modelo, ainda existem algumas correntes de pensamento que acreditam que pessoas dependentes de álcool têm falhas morais. Após o fracasso do modelo moral, uma abordagem mais científica da dependência surgiu: o modelo da doença, segundo o qual o alcoolismo é compreendido como uma síndrome (Marlatt, Gordon, 1993; Li et al., 2007).

Este reconhecimento do alcoolismo como uma doença específica só aconteceu no século XIX, época da revolução industrial, permeada pelo crescente hábito de beber, sobretudo na classe trabalhadora. Neste século, também caracterizado pelo início do pensamento científico, começou-se a catalogar e diagnosticar doenças, tarefa que até então cabia à Igreja. Porém, somente no século

XX é que o alcoolismo passa a ser entendido em um contexto mais amplo que leva em conta questões sociais, psicológicas e culturais (Bauer, 1982).

Ao longo dos anos, podem ser identificadas várias mudanças na compreensão do alcoolismo. Uma delas é que este não pode mais ser considerado um problema exclusivo dos homens. Uma das poucas coisas que a população feminina e masculina de alcoolistas compartilham é o estigma social (Bauer, 1982; Wilsnack, Wilsnack, 2002). Apesar de os homens também sofrerem com a discriminação, ela ainda é menor que para as mulheres. Beber, no entanto, é sinônimo de masculinidade, autocontrole, enquanto que para as mulheres o beber é visto como algo incompatível com o papel de mãe e esposa (Wilsnack et al., 2000).

A preocupação em estudar as necessidades das mulheres dependentes de álcool vem aumentando nas últimas décadas. Como consequência, o delineamento de tratamentos e programas de prevenção para esta população tem se diferenciado cada vez mais do modelo clássico do tratamento do alcoolismo voltado às necessidades masculinas (Wilsnack, Wilsnack, 2002). A seguir uma breve revisão da literatura sobre o alcoolismo feminino.

2.1.2. Prevalência

O alcoolismo é um problema de saúde pública em escala mundial e é definido como uma síndrome multifatorial com comprometimentos: físico, mental e social. No Brasil, o percentual estimado de dependentes de álcool é de 12,3%, sendo 19,5% homens e 6,9% mulheres. Com relação ao uso na vida, 83,5% dos homens e 68,3% das mulheres já experimentaram o álcool, revelando que, para cada seis pessoas do sexo masculino que usam álcool na vida, uma fica dependente, para as mulheres esta proporção é de 10:1 (Carlini et al., 2005). Lima et al. (2003) revelam que a prevalência para risco do alcoolismo é de 21,7% para os homens e 4,1% para as mulheres.

Outro estudo que revela a prevalência do consumo de álcool no Brasil em homens é o de Costa et al. (2004). Estes autores mostram que 29,2% dos homens estudados relataram uso abusivo da substância em contraste com 3,7% das mulheres. Também apontam outras diferenças entre os gêneros como a idade. Os homens tendem a aumentar o consumo de álcool conforme a idade avança enquanto as mulheres apresentam maior uso abusivo de álcool em faixa etária mais jovem. Este dado também é observado por Edwards et al. (2005) que relatam que as mulheres mais jovens têm índices maiores de beber excessivo e de problemas com bebida que as mulheres mais velhas.

Em estudo brasileiro recente, Corrêa et al. (2008) relatam como o consumo de álcool vem se modificando entre as mulheres ao longo dos anos. Contrariando suas expectativas, estes autores encontraram que o beber das mulheres está se tornando

muito similar ao dos homens em termos de frequência e quantidade consumida. A hipótese principal destes autores para este fenômeno é que estas mulheres estão se tornando menos conservadoras e tradicionais em seus papéis, se aproximando muito dos papéis sociais desempenhados pelos homens, inclusive quanto aos padrões de consumo de álcool. Estes dados foram corroborados por outra pesquisa realizada com universitários, que também evidenciou que as mulheres estão fazendo uso do álcool tanto quanto os homens. A proporção encontrada para uso de álcool na vida, no último ano e nos últimos 30 dias, foi de 1:1 (Wagner et al., 2007).

Assim, embora o uso e a dependência desta substância ainda prevaleçam ente os homens, vale ressaltar que a cada ano o número de mulheres alcoolistas aumenta (Chang, 2002; Haver et al., 2001; Carlini et al., 2005; Holmila, Raitasalo, 2005).

2.1.3. Diferenças de gênero

São várias as diferenças entre homens e mulheres dependentes de álcool. Estas diferenças já aparecem ao se avaliar os motivos pelos quais cada gênero inicia o uso. Entre as mulheres, fatos negativos e traumáticos na vida como morte, privação econômica e doenças são correlacionadas ao início do uso como estratégia de manejo para estas situações estressantes, enquanto que os homens relatam que a curiosidade e a influência de seus pares são os fatores mais comuns para o início do uso. (Collins, McNair, 2002; Edwards et al., 2005; Holmila, Raitasalo, 2005; Wagner et al., 2007).

Com relação aos motivos que levam as mulheres a pararem o uso, algumas peculiaridades são apontadas. Investigando este tema em alcoolistas moradoras de rua, Nyamathi et al. (2004) apontaram que a percepção do uso como um problema na vida e de que este não está mais trazendo nenhum benefício e o desejo de ter pouco contato com pessoas que também bebem são os principais motivadores para a busca da abstinência.

Os fatores de proteção para o uso abusivo do álcool também são diferentes para as mulheres. A gravidez e a grande participação na vida familiar diminuem o risco de envolvimento com álcool (Collins, McNair, 2002). No mesmo sentido, Nolen-Hoeksema (2004) relata que o estigma social e os diferentes papéis das mulheres na sociedade são fatores de proteção exclusivos das mulheres. Em contrapartida, a baixa autoestima e a história prévia de abuso sexual as coloca em maior risco para o alcoolismo. Com relação aos homens, a busca por novas sensações (*sensation seeking)*, a impulsividade e a presença de comportamentos antissociais são

fatores de risco. Kalichman e Cain (2004) também relatam que o fenômeno de *sensation seeking* está mais relacionado ao alcoolismo masculino.

Até mesmo o local referido para o uso da substância é diferente para os gêneros. As mulheres relatam beber mais em casa, enquanto os homens bebem mais em bares. No entanto, entre as mulheres mais jovens, este cenário tem sofrido mudanças e elas relatam consumir bebidas em bares tanto quanto os homens. Isto se deve ao fato de que culturalmente o beber feminino vem sendo mais aceito pela nossa sociedade. Ao se avaliar quem compra a bebida, também se podem verificar mudanças entre as mulheres mais jovens, que não precisam mais que terceiros comprem a bebida a fim de manter seu problema em segredo (Simão et al., 2002).

Quanto aos efeitos comportamentais decorrentes da intoxicação pelo álcool, os homens tendem a apresentar comportamentos violentos, se envolvendo em brigas e discussões, enquanto as mulheres relatam sentimentos depressivos e de culpa pelo uso excessivo (Nichol et al., 2007). Hochgraf (2001) relata ainda que os homens têm mais problemas legais e profissionais enquanto as mulheres têm mais problemas familiares decorrentes do alcoolismo.

Com relação à violência intrafamiliar, apesar de ambos os sexos estarem sujeitos a esta situação, a prevalência é maior entre as mulheres, já que elas estão mais sujeitas a serem vítimas deste tipo de violência (Simão et al., 2002; Nolen-Hoeksema, 2004).

O desenvolvimento do alcoolismo em mulheres também se dá de maneira diferente, pois elas tendem a desenvolver a dependência mais rapidamente além de começarem a beber mais tardiamente que os homens. Do ponto de vista biológico, as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool devido à menor

quantidade de água corporal em relação à quantidade de gordura. Fato este que é reforçado pela associação a uma menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool. Esta diferença biológica leva à mulher a ter efeitos de intoxicação da substância com o uso de uma menor quantidade em relação à usada pelo homem. Além disso, as complicações clínicas são maiores entre as mulheres. Apresentam maior mortalidade e morbidade, incluindo doenças hepáticas, pancreáticas, miocárdicas, entre outras, mesmo consumindo álcool por um período de tempo menor (Simão et al., 2002; Walter et al., 2003; Holmila, Raitasalo, 2005; Müller, 2006).

Nolen-Hoeksema (2004) lista uma série de complicações físicas decorrentes do alcoolismo entre as mulheres: doenças cardíacas, redução do volume cerebral, redução da fertilidade, deformidades e complicações fetais durante a gravidez, entre outras. Além disso, o álcool produz mais efeitos negativos no funcionamento motor e cognitivo das mulheres. Com relação às doenças sexualmente transmissíveis, Lally et al. (2002) relatam que, em comparação às mulheres não dependentes, as dependentes de álcool são mais suscetíveis a este tipo de infecção.

Outra comorbidade que deve ser destacada como correlacionada à dependência de álcool feminina são os distúrbios alimentares. Brasiliano (2005) em estudo realizado em um centro de tratamento específico para mulheres farmacodependentes relata que 33,75% (n=27) das pacientes tinham transtornos alimentares clínicos e 21,25% (n=17) tinham transtornos alimentares subclínicos, sendo o mais prevalente o transtorno da compulsão alimentar periódica.

Com relação às outras comorbidades psiquiátricas, a depressão é apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do alcoolismo em

mulheres, já que muitas vezes o álcool é utilizado como automedicação para lidar com esta doença (Wilsnack, Wilsnack, 2002). Dixit e Crum (2000) ressaltam que as mulheres alcoolistas com histórico de depressão possuem 2,6 vezes mais chance de desenvolver a doença que mulheres sem histórico de depressão. Hochgraf (2001) aponta ainda que, além da depressão, as mulheres alcoolistas são mais propensas a desenvolverem transtornos ansiosos, enquanto os homens apresentam maior comorbidade com transtornos de personalidade.

Sabe-se que as mulheres com problemas com o álcool são subdiagnosticadas devido tanto ao fato de elas não mencionarem este uso, quanto de os profissionais subestimarem este problema e deixarem de investigá-lo na população feminina (Chang, 1997; Simão et al., 2002). Outra falha no diagnóstico de mulheres alcoolistas está na falta de instrumentos adequados que abordem os padrões e as características específicas desta população (Chang, 1997). Em estudo recente Nichol et al. (2007) apontam para a falta de um instrumento que se adéque às necessidade de ambos os gêneros, já que os sintomas decorrentes do alcoolismo diferem em homens e mulheres.

O reconhecimento destas diferenças é de extrema importância quando se pensa em tratamentos específicos e programas de prevenção para esta população, como mostrado no capítulo a seguir.

2.1.4. Tratamento

O não reconhecimento da doença faz com que grande parte dos dependentes de álcool não busque tratamento específico. Sabe-se que uma abordagem multidisciplinar, que envolva técnicas psicoterápicas, entrevistas motivacionais, prevenção da recaída e tratamento farmacológico, é imprescindível para esta população (Ramos, Woitowitz, 2004). As mulheres alcoolistas, devido ao estigma que muitas vezes sofrem, se sentem culpadas e envergonhadas perante a família e a sociedade, o que as impede de buscar tratamento (Wilsnack, Wilsnack, 2002). Chang (1997) estima que somente uma em cada dez mulheres recebe o tratamento necessário para o seu alcoolismo.

Têm-se percebido que as mulheres possuem algumas necessidades terapêuticas específicas que são fundamentais (Hochgraf, 2001). Uma diferença entre os gêneros é que as mulheres, mesmo tendo começado a beber mais tarde, desenvolvem problemas com o álcool mais rapidamente e chegam ao tratamento com a mesma idade que os homens, Este fenômeno é conhecido como *telescoping effect* (Ávila et al., 2004).

Antigamente pensava-se que as mulheres não aderiam aos tratamentos tão bem quanto os homens. Posteriormente percebeu-se que isso se dava ao fato de não se sentirem à vontade para expor seus problemas em grupos de tratamento mistos. Quando as mulheres passaram a participar de grupos homogêneos, este cenário começou a mudar. Além de aderirem mais ao tratamento, o conteúdo dos temas trabalhados nos grupos terapêuticos também se modificou, adaptando-se à realidade

feminina (Simão et al., 2002). A implantação de creches nos centros de tratamento, a inclusão da discussão de temas como cuidados com os filhos, relação conjugal, orientação sexual e vivência da violência intrafamiliar são algumas das modificações importantes no tratamento da população feminina. Além disso, a existência de distintos grupos em um mesmo tratamento que levam em conta a idade das mulheres também é importante para maior aderência (Saulnier, 2000).

Infelizmente, ainda são poucos os tratamentos voltados para estas necessidades específicas das mulheres dependentes, razão pela qual elas ainda procuram menos tratamento que os homens (Saulnier, 2000; Nóbrega, Oliveira, 2005). Porém, quando as mulheres buscam um tratamento específico, elas tendem a ter uma melhora mais rápida do quadro (Moos et al., 2006; Niv, Hser, 2007).

Os motivos pelos quais as mulheres buscam tratamento também são diferentes em comparação aos homens. O incentivo familiar para a busca de tratamento é apontado como fator importante para ambos os sexos, porém se percebe que os homens recebem mais apoio familiar enquanto as mulheres são apoiadas mais pelas amigas (Nóbrega, Oliveira, 2005). Um dos aspectos que prejudica o tratamento das mulheres alcoolistas é a falta de apoio de seus companheiros. As mulheres que têm um parceiro que também é dependente de álcool procuram menos tratamento, mesmo porque elas muitas vezes iniciam o uso da substância influenciadas por eles (Corrêa et al., 2008).

2.2. Teoria familiar sistêmica

2.2.1. Conceitos gerais

A Teoria dos Sistemas pode ser aplicada sob vários prismas que variam de acordo com a ciência na qual ela está sendo abordada (Hammond, 2002). O grande desafio da Teoria Familiar Sistêmica é propor uma visão que vá além do indivíduo e passe a enxergar o sintoma individual como parte de um contexto de relação, ou seja, aquilo que se manifesta como comportamento de uma pessoa pode ser produto de seus relacionamentos (Magnavita, 2006; Nichols, Schwartz, 2007).

O referencial teórico que fundamenta a Terapia Familiar Sistêmica baseia-se em duas visões da ciência do século XX: a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética (Schwaninger, 2006; Vasconcellos, 2006; Tong, 2007). Ambas guardam estreita relação entre si. Embora criadas por autores distintos, tratam de assuntos que dizem respeito às teorias do conhecimento de modo complementar, intimamente relacionadas. Tendo sua origem na matemática, física e engenharia da década de 40, os teóricos desta época descobriram que estruturas diversas como máquinas, o cérebro humano e o universo possuem uma característica em comum: funcionam como um sistema no qual as partes exercem influência entre si, formando um todo maior. Ainda na década de 40, Ludwig Von Bertalanffy, famoso biólogo, procurou criar uma teoria com a qual se pudesse estudar distintos fenômenos em diferentes áreas do conhecimento, usando o mesmo modelo de referência. Esse modelo passou

a ser conhecido como Teoria Geral dos Sistemas. Esta teoria propõe uma ciência da totalidade, aplicável a todas as ciências com a intenção de unificá-las (François, 2006; Vasconcellos, 2006; Barton, Haslett, 2007; Mulej, 2007; Waldman, 2007; Wulun, 2007; Bertalanffy, 2008). Este autor foi o pioneiro da ideia de que um sistema é mais que a simples soma de suas partes, ou seja, quando as partes de um sistema estão organizadas, surge algo novo, como quando a água surge da interação entre as moléculas de oxigênio e hidrogênio. Desta concepção aplicada à terapia familiar surge o pressuposto de que a família é mais que um simples conjunto de indivíduos e os terapeutas devem focar-se nas interações familiares e não só nas personalidades individualmente (Andolfi et al., 1989; Torres, Pacheco, 2004; Nichols, Schwartz, 2007; Wulun, 2007).

Bertalanffy (2008) era contra a visão mecanicista quando utilizada para os seres vivos, pois acreditava que os sistemas vivos demonstram equifinalidade. A equifinalidade postula que os organismos vivos possuem a capacidade de atingir um objetivo final de formas diferentes, enquanto na visão mecanicista o objetivo final e os meios para atingi-los são fixos. Assim, os organismos vivos são ativos e criativos, trabalham para manter uma organização homeostática, porém não são motivados unicamente a manterem seu *status quo*.

Homeostase é outro conceito importante na visão Sistêmica e é diretamente inverso à morfogênese. Por homeostase entende-se a tendência do sistema em se manter em equilíbrio, o que lhe confere características próprias que mantêm sua identidade (Fishman, 1996). Por exemplo, partindo-se da ideia de que uma família é um sistema, seus valores, crenças e rituais seriam aspectos que caracterizariam esta família mantendo sua identidade ao longo das gerações. A morfogênese é um

conceito que surge para contrapor a ideia de que um sistema sempre funciona em homeostase. Se isto ocorresse, então ele seria considerado estático e rígido, o que não é verdade. A morfogênese é a capacidade de mudança e adaptação que um sistema possui. Um sistema saudável e funcional deve oscilar entre estas duas tendências de acordo com as necessidades. Ilustrando estes dois conceitos dentro do sistema familiar, um exemplo seria o de uma família que está passando por uma mudança em seu ciclo vital. Em uma família com filhos pequenos, existe uma homeostase na qual normas, regras e rituais são estabelecidos pelo casal para um bom funcionamento familiar. Quando esta família passa para outro estágio do seu ciclo, no qual os filhos se tornam adolescentes, esta homeostase já não é tão funcional como antes pois as necessidades da família são diferentes. Nesse momento a família passa por um processo morfogênico, de mudança, no qual são estabelecidas novas regras e normas, para que se estabeleça um funcionamento mais adequado e consequentemente este sistema volte para homeostase até que outras mudanças sejam exigidas ao longo de seu ciclo vital (Nichols, Schwartz, 2007).

A Cibernética, que é o estudo dos mecanismos de feedback em sistemas que se autorregulam, é outro influente modelo da concepção Sistêmica. Criada por Norbert Wierner (1894–1964), matemático e filósofo, que se sentia muito pouco à vontade com a ideia da separação e falta de comunicação entre as diferentes ciências. No âmago da cibernética está o circuito de feedback, conceito utilizado pela engenharia (realimentação ou retroação). Feedback é o processo pelo qual o sistema obtém a informação necessária para manter um curso estável. O feedback inclui informações sobre o sistema com relação ao seu ambiente externo bem como informações sobre a relação interna entre as partes que o constitui. Estes feedbacks

podem ser positivos ou negativos, termos estes utilizados para distinguir os efeitos que possuem no sistema e não se são benéficos ou prejudiciais. O feedback positivo é aquele que confirma que o sistema é funcional (homeostase) enquanto o feedback negativo é aquele que indica que o sistema está se desviando do seu objetivo e sinaliza as correções necessárias (morfogênese) para restabelecer seu equilíbrio (Schwaninger, 2004; Vasconcellos, 2006; Corning, 2007; Nichols, Schwartz, 2007). Sendo assim, a Cibernética, segundo o conceito de movimento de feedback, se baseia na relação entre a estabilidade e a mudança no qual o sistema mantém sua essência ao longo de sua trajetória (Dym, 1987).

Transpondo estes conceitos da cibernética para o sistema familiar, o feedback positivo seria, por exemplo, a capacidade de a família continuar funcionando como uma unidade coesa apesar de passar por conflitos ou crises. Porém, nem sempre é saudável para uma família resistir à mudança, então o feedback negativo seria justamente a propriedade de se reajustar diante das mudanças dos membros da família. A Cibernética passa também a dar grande importância para a comunicação (Corning, 2007). Um sistema vivo está sempre nesta contínua luta para encontrar seu equilíbrio e a cada novo esforço para que isto ocorra, novas informações são adquiridas e comunicadas entre suas partes (Dym, 1987).

Muitos autores passaram posteriormente a aplicar tanto os conceitos da Teoria Cibernética quanto os da Teoria Geral dos Sistemas no entendimento de várias patologias. Dym (1987) relata que todo sintoma físico deve ser diagnosticado aplicando-se os princípios da teoria Cibernética a fim de verificar não só os aspectos biológicos da doença no indivíduo, mas todo seu contexto como pensamentos, comportamentos, emoções e relações interpessoais deste indivíduo doente. Já

Raymond et al. (1993) aplica o processo comunicacional da Cibernética para o entendimento de famílias anoréxicas. Até mesmo estudos recentes sobre o mapeamento genético estão utilizando as bases sistêmicas (Rolland, 2006). Magnavita (2006) procura fazer uma análise da psicopatologia de uma forma mais unificada, enquanto Schweitzer et al. (2007) analisam o sistema familiar de pacientes psiquiátricos sob esta ótica.

A transposição destas duas teorias para a análise da família foi feita pelo antropólogo Gregory Bateson, dando origem a diversos avanços na compreensão do universo familiar e direcionando o trabalho terapêutico para um campo novo e rico. De acordo com esta junção feita por Bateson, a família começa a ser compreendida como um sistema aberto que interage com o meio, estabelecendo troca de matéria, energia e informação. Desta descrição de família pode-se extrair a ideia de sistema, que pode ser entendido como uma organização de partes numa interação dinâmica. Esta definição de sistema sugere que ele é diferente de um mero agrupamento de elementos. Um sistema é composto por partes, sendo que cada uma delas cumpre uma função a fim de manter um equilíbrio que leve à sua estabilidade. Para que um sistema exista, as partes que o formam devem interagir. Em um mesmo sistema existem duas tendências: uma, considerando o sistema no seu todo, à autonomia; a outra, considerando as partes do sistema, à integração. Estas duas tendências foram denominadas por Arthur Koestler de as “duas faces de Jano” – Jano é um deus romano configurado por duas faces voltadas a direções opostas. A esses subconjuntos nos quais se observa simultaneamente a tendência à autonomia e à integração, Koestler denominou de Hólon (do grego Hólos = todo e on = parte). O hólon é considerado a unidade básica de um sistema e traduz a unicidade dos

elementos que compõem o universo. Analisada a família como um sistema, ela pode ser vista como um todo constituído de partes que interagem de forma específica. Em cada membro de uma família pode ser identificada a tendência à autonomia e a tendência à integração; ele é visto como parte de um sistema maior, ao qual se integra e se relaciona com outras partes (Capra, 1993; Bertalanffy, 2008).

Na análise da família como um sistema, consideram-se os indivíduos como um subsistema. O indivíduo mantém sua identidade ao mesmo tempo em que integra um grupo. Cada indivíduo pode pertencer a mais de um subsistema dentro da mesma família: p. ex., o mesmo filho que integra um subsistema com os irmãos, e outro subsistema com os pais (Minuchin, 1990).

Ao longo dos anos, desenvolveram-se diferentes escolas que utilizam os conceitos básicos da Teoria Familiar Sistêmica na abordagem familiar, cujos enfoques estão interligados. O Enfoque Comunicacional, com ênfase na troca de informações e suas consequentes interpretações, bases estas sugeridas pela Cibernética. Decorrente do Enfoque Comunicacional surge o Enfoque Estratégico. Já o Enfoque Intergeracional avalia as mudanças e influências do funcionamento familiar ao longo das gerações e o Enfoque Estrutural avalia como uma família se estrutura e quais as consequências desta no funcionamento saudável das relações. A seguir será apresentada uma breve descrição de cada um destes enfoques, já que o presente estudo engloba todos eles.

2.2.2. Enfoque estrutural

O criador do enfoque estrutural, Salvador Minuchin, acreditava que a mudança deveria envolver a organização familiar, ou seja, a partir da reorganização da estrutura familiar, dos papéis que cada membro ocupa na família, as experiências de cada indivíduo também se modificam. A família é vista como um grupo social natural, que governa as respostas de seus membros. Sua organização e sua estrutura qualificam as experiências de seus membros. Com base neste princípio, o enfoque estrutural propõe uma visão da patologia totalmente diferente da visão clássica de que ela pertence somente ao indivíduo que a possui. Nesta visão a patologia pode estar no paciente, em seu contexto social, bem como na interação entre si. A partir deste conceito, a terapia estrutural se baseia em três principais axiomas. A vida psíquica de um indivíduo não é inteiramente um processo interno, já que ele vive em um contexto no qual influencia e é por ele influenciado. Todo indivíduo está inserido em um contexto familiar ao qual deve adaptar-se. Suas ações são governadas pelas características deste sistema, ele responde aos estresses deste, bem como pode contribuir para causar estressores. Quando se aborda um indivíduo, o todo deve ser considerado. O segundo axioma postula que as mudanças em uma estrutura familiar contribuem para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos membros do sistema. E o terceiro postula que quando o terapeuta trabalha com um paciente ou com sua família, ele se torna parte do sistema, caracterizando um novo sistema, o sistema terapêutico (Minuchin, 1990).

Para Minuchin e Fishman (1990), a estrutura familiar está sempre mudando de acordo com a necessidade das fases de seu ciclo vital. Por exemplo, uma família com filhos pequenos não irá se estruturar da mesma forma que uma família com filhos adolescentes ou com filhos sendo lançados para a vida adulta, pois cada uma destas fases do ciclo vital necessita de diferentes formas de estrutura a fim de que as tarefas destas fases sejam cumpridas de uma forma funcional. Para estes autores, a família é um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação, os quais sofrem mudanças não só ao longo do ciclo vital da família como também ao longo da história. Hintz (2001) aponta para o fato de que atualmente as famílias têm-se estruturado de forma diferente das famílias de antigamente. Hoje, a formação familiar clássica (pai, mãe e filhos) não é tão comum na sociedade. Segundo esta autora, somente 32% das famílias americanas atualmente possuem esta configuração. A hierarquia destas famílias também tem sido distribuída de forma mais equilibrada entre os subsistemas. Não se vê mais tanto aquela família onde a figura de maior poder é a paterna. Hoje o subsistema decisório pertence ao casal. Estas novas estruturas familiares (família monoparental, família recasada) não implicam necessariamente em famílias disfuncionais, e sim em novas configurações influenciadas pela sociedade e pelos valores atuais.

A estrutura familiar não é somente a forma como as pessoas estão agrupadas, é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Tanto os subsistemas dentro do sistema, quanto o sistema em relação aos outros sistemas, necessitam de fronteiras para proteger sua diferenciação e coesão. Quando duas pessoas se unem com o fim de constituir uma família, precisam diferenciar-se das famílias de origem de ambos

para constituir um sistema familiar próprio. Precisam estabelecer fronteiras para que a família extensa (pais, irmãos, primos, tios etc.) e outros elementos de seu suprassistema (amigos, colegas de trabalho) não interfiram em seu relacionamento. Quando duas pessoas se casam, cada uma delas traz consigo uma bagagem própria formada por suas experiências de vida, pelos valores provenientes de suas famílias e de sua história pessoal, precisando de um espaço novo para negociar estas diferenças sem a intermediação de terceiros. O casal precisa construir um conjunto de regras e valores próprios, formando assim um novo conjunto de partes em interação. Essas novas regras e valores caracterizam as fronteiras internas de uma família. As fronteiras externas caracterizam-se pelas relações com outros sistemas, como amigos, colegas de trabalho e colegas de escola. As fronteiras são, portanto, necessárias para proteção e manutenção da integridade do sistema. Para que possam funcionar, devem ser nítidas e flexíveis, permitindo trocas com o meio e até mesmo sua modificação quando necessário (Minuchin, 1990; Minuchin, Fischman, 1990).

As fronteiras, segundo o enfoque estrutural, podem ser de três tipos: nítidas, nas quais existe interação entre os subsistemas intrafamiliar e extrafamiliar, os quais definem até onde cada um pode ir e quem faz parte dos subsistemas. Difusas, nas quais há influência externa na definição e formação do sistema, não estabelecendo limites claros, permitindo que todos invadam o espaço de todos; e rígidas, nas quais a influência de outros subsistemas é praticamente inexistente, não existindo proximidade entre os membros, tanto dentro da família como fora dela. Dependendo de como se dá a estruturação das fronteiras de uma família, podem surgir dois tipos de famílias disfuncionais (Minuchin, 1990).

O primeiro tipo é denominado família Emaranhada ou Aglutinada que tem como característica a formação de fronteiras difusas. Estas famílias possuem algumas peculiaridades, como pequena distância emocional entre os membros (qualquer acontecimento é conhecido por todos), grande apoio mútuo, e prontidão para responder pelas dificuldades de cada membro. Os pais são excessivamente zelosos, as crianças são intensamente amadas e figuras centrais da família. As vivências dentro da família são muito intensas e os filhos têm dificuldade em se desligar desta família de origem e crescer para a vida adulta, sendo muito dependentes dos pais. São famílias que giram em torno de si mesmas (Minuchin, 1990).

O segundo tipo de família com disfunção de fronteiras é conhecido como família Desligada e se caracteriza por ter fronteiras rígidas. Esta família tem as seguintes características: existe uma excessiva distância emocional entre os membros, não se consegue mobilizar apoio de uns aos outros quando necessário, existe pouco afeto e proteção entre eles, as pessoas ignoram o que se passa com as outras e só depois de muito estresse os membros percebem que há algo errado com alguém. As fronteiras com o meio externo são muito abertas, a independência dos filhos fica mais fácil, mas a proximidade e o pertencer ficam limitados (Minuchin, 1990).

Além das fronteiras, outro elemento que forma a estrutura de uma família é a hierarquia. Um sistema é uma estrutura hierarquicamente organizada em níveis, sem que isto signifique que os elementos tenham maior ou menor importância dentro do sistema. O que eles têm são funções diferenciadas, e algumas destas funções estão, às vezes, mais diretamente relacionadas à manutenção da vida do sistema. A hierarquia é necessária para a organização e funcionalidade do sistema. Nesta

organização existe o subsistema decisório que comanda, determina, organiza funções, papéis e regras. Na família atual, ele é representado pelos pais (Minuchin, 1990).

Hintz (2001) faz uma interessante análise da hierarquia ao longo da história e relata que atualmente a hierarquia está muito mais diluída entre os subsistemas, não existindo mais aquela família patriarcal, onde o pai era o membro de maior poder. Hierarquicamente, pai e mãe têm função de cuidar, educar, proteger. Isto lhes confere poder, porém não maior importância.

A organização de um sistema é regulada por um código de regras, que rege o funcionamento de qualquer elemento do sistema. Quando o poder está distribuído incorretamente (filhos decidem mais que os pais) ou quando o subsistema decisório (pais) não desempenha sua função, podemos dizer que a família é disfuncional quanto à sua hierarquia.

As alianças são outro elemento que formam a estrutura familiar. As alianças são os vínculos criados entre os membros de uma família e podem ser de três tipos: amigáveis, nas quais existe um grau de envolvimento saudável entre os subsistemas, permitindo aproximações e afastamentos nas horas certas; débeis, nas quais existe distância entre as pessoas e o vínculo é frágil (estas alianças são encontradas nas famílias desligadas), e de superenvolvimento, nas quais existe proximidade excessiva entre as pessoas (são encontradas nas famílias aglutinadas ou emaranhadas). Das alianças entre os membros também podem surgir algumas patologias. Na triangulação, cada um dos pais exige que o filho tome partido de um dos lados e, sempre que isto ocorre, o outro lado se sente atacado. Neste caso, o filho se sente paralisado cada vez que faz um movimento na família, pois este é habitualmente

definido como um ataque por um dos lados do casal. Já no desvio, outra patologia das alianças, a negociação do estresse conjugal é feita através do filho, ou seja, o casal reforça qualquer comportamento inapropriado do filho a fim de desviar o conflito conjugal e manter uma falsa estabilidade. O desvio dos pais pode assumir a forma de agressão ao filho, definindo-o como a fonte dos problemas da família, ou ainda definir a criança como doente, fraca e precisam se unir para cuidar dela. A terceira patologia das alianças é denominada coalizão, no qual um dos pais se une ao filho rigidamente contra o outro (Minuchin, 1990).

Para se compreender a estrutura de uma família, todos estes elementos precisam ser verificados.

2.2.3. Enfoque comunicacional e enfoque estratégico

Como a terapia estratégica surgiu da teoria das comunicações, optou-se por abordá-las em conjunto no presente estudo. É da teoria Cibernética que surge a preocupação com a comunicação aplicada às máquinas. A preocupação era com a incerteza em prever a transmissão de mensagens entre o comunicante e o receptor. O problema fundamental da comunicação era o de reproduzir exatamente, ou pelo menos de forma aproximada, a mensagem enviada. Nesta época a preocupação com o significado e a semântica da comunicação não era levada em conta já que se tratavam de máquinas (Corning, 2007).

A transição da comunicação utilizada nas tecnologias para o entendimento da comunicação em sistemas vivos para a semântica não foi nada fácil. Heinz von Foerster (1966–1995) deu grande importância para o tema das informações nos sistemas vivos. Este autor percebeu que a informação para os seres humanos só passa a ter um significado quando em contato com a cognição humana e sua consequente interpretação do que é captado através dos órgãos do sentido. Nasce então uma grande problemática no estudo da comunicação humana que é o significado da informação que cada indivíduo percebe (Corning, 2007).

Para Watzlawick et al. (1967), a comunicação humana tem suas bases em alguns axiomas. O primeiro deles postula que é impossível não comunicar. Toda atividade, inatividade, palavras ou silêncio, possui uma mensagem que influencia os demais e faz com que eles por sua vez também respondam a esta comunicação. Sendo assim, qualquer comunicação implica em um compromisso, que por sua vez

define uma relação, ou seja, uma comunicação não transmite somente uma informação, mas também define um comportamento. O biólogo Tom Stonier, em 1990, afirmava que a informação existe e não necessita ser percebida para existir, não necessita de uma inteligência que a interprete para existir, a comunicação simplesmente existe (Corning, 2007). O segundo axioma apresentado por Watzlawick et al. (1967) gira em torno do conceito de metacomunicação. Este conceito se baseia na relação existente entre o relato e a ordem. O relato transmite os dados da comunicação enquanto a ordem seria o entendimento desta. A metacomunicação seria uma comunicação clara, com um entendimento correto do que realmente se quer expressar. O terceiro axioma postula que a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes, ou seja, a partir do que pontuamos ser o início de um evento é que comunicamos. Por exemplo, em um casal, umas das partes pode se irritar porque o outro é muito passivo. Então a comunicação de irritação é pontuada e justificada por uma contingência (passividade do outro). Outro axioma seria o da comunicação digital e analógica. Toda comunicação possui aspectos verbais ou analógicos, que contêm a semântica, mas não uma sintaxe adequada para uma definição não ambígua da natureza das relações, bem como aspectos não verbais ou digitais, que contém uma sintaxe lógica extremamente complexa e poderosa, porém carente de semântica nas relações. A combinação destas duas linguagens é essencial para uma comunicação saudável. E o último axioma descrito pelo autor: todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença. Na comunicação simétrica, os dois lados refletem o comportamento um do outro (alegria-alegria, tristeza-tristeza) caracterizando a

igualdade, já a característica da comunicação complementar está na diferença, na qual o comportamento de um parceiro complementa o do outro.

Pode-se dizer que o enfoque nos aspectos da comunicação na terapia familiar já é consensual. Uma vez que a comunicação é o veículo do relacionamento, no qual as pessoas fazem uso da linguagem para influenciarem umas às outras, isto não poderia deixar de receber a devida atenção (Heatherington, Friedlander, 1990; Nichols, Schwartz, 2007).

Tendo em vista esta relevância, muitos autores incluem a comunicação como chave no estudo com famílias. A maioria dos instrumentos desenvolvidos para o estudo com famílias inclui o tema comunicação (Beavers, Hampson,1990).

Como citado anteriormente, foi das teorias da comunicação que surgiu posteriormente a terapia familiar estratégica ou terapia de solução de problemas. Kubacki (1994) demonstra bem esta relação quando escreve sobre a maneira de se compreender a ação comunicacional. Este autor resgata três princípios básicos da teoria da comunicação descrita por Habermas (1984–1988): o direito de concordar ou não está interligado com a capacidade de escolha e interações coercitivas, a motivação para chegar a um consenso na resolução de um problema; e a consonância e dissonância entre pensamentos, sentimentos e ações. Este autor descreve que as ações estratégicas do terapeuta estão diretamente ligadas ao modo como um sistema se comunica diante destas bases.

O Enfoque Estratégico foi desenvolvido a partir do projeto de Bateson sobre a esquizofrenia, no qual comportamentos e sintomas da família são entendidos como uma forma de comunicação de que algo maior no sistema está disfuncional, uma tentativa da família de solucionar as dificuldades de interação (Nelson, Figley, 1990).

A partir desta visão, o enfoque estratégico evoluiu para três modelos distintos: modelo de terapia breve, terapia estratégica de Haley e Madanes e modelo sistêmico de Milão. A peça central dos terapeutas estratégicos foi o conceito de circuito de feedback positivo, no qual muitas vezes as famílias fazem escolhas adequadas para resolverem seus problemas, porém são mal aplicadas. A partir do momento em que o problema persiste, tentam simplesmente aumentar a "dose do mesmo remédio" aplicando as mesmas tentativas em maior escala, o que faz com que entrem em um "ciclo vicioso". Na terapia estrutural breve, a abordagem do problema é bastante simples: identificam-se os circuitos de feedback positivo que mantêm o problema, determinam-se as regras que sustentam estas interações e encontra-se uma maneira de mudar estas regras, e o foco está no problema e na sua consequente solução (Szykula, 1987; Nelson, Figley, 1990; Hoo, 1997; Nichols, Schwartz, 2007).

Omer (1991) define claramente o termo estratégia considerando que este é utilizado em três níveis de generalização: o primeiro deles considera a estratégia como um planejamento para resolver um problema e atingir uma meta. O segundo nível é traçar uma "fórmula geral" que sugira soluções para diversos tipos de problema e o terceiro se refere à disciplina ou modo de pensar estrategicamente.

Jay Haley acrescenta posteriormente a importância do foco na estrutura hierárquica da família, acreditando que a perturbação de um indivíduo é diretamente proporcional ao número de hierarquias defeituosas nas quais ele está inserido. Cloe Madanes também enfatizava o aspecto funcional do problema, principalmente as operações que envolviam pais e filhos, nos quais os filhos muitas vezes desenvolvem um problema na tentativa de encobrir, ou até mesmo proteger os pais de problemas maiores (Nichols, Schwartz, 2007). A partir destes conceitos, o enfoque estratégico

contribui muito com técnicas para a terapia familiar sistêmica. O pensamento estratégico não é meramente uma nova abordagem terapêutica, mas uma prática baseada em três principais componentes: as melhores maneiras de se atingir o foco do problema, maneiras de lidar com a resistência e maneiras de lidar com a cooperação (Hoo, 1987; Omer, 1991).

Uma boa definição da terapia estratégica é ditada por Patterson (1987) que a define como uma terapia com foco na solução de problemas vistos de maneira interativa, ou seja, não só o sujeito, mas o sistema em que está inserido é causa do problema. Tentar achar o responsável é perda de tempo, já que são as relações que precisam ser trabalhadas.

A teoria das comunicações foi a primeira e uma das mais importantes formas de tratamento familiar. Derivada desta, o enfoque estratégico com suas diferentes abordagens compartilha o foco centrado no problema, visando uma mudança nas sequências de comportamento. O insight e o entendimento são deixados de lado para dar lugar às mudanças na interação entre os membros da família. Sendo assim, a simplicidade da terapia estratégica está no foco da mudança e nos familiares que estão diretamente envolvidos no problema. (Coyne, 1987; Nichols, Schwartz, 2007).

2.2.4. Enfoque transgeracional

O que diferencia o enfoque transgeracional dos outros enfoques é a preocupação com acontecimentos passados que influenciam o desenvolvimento de uma família. Os pioneiros da terapia familiar se preocupavam somente com a família nuclear e não com uma história de relações mais amplas. Em 1940, o psiquiatra Murray Bowen, adepto do pensamento sistêmico, descreve uma teoria que se baseia na explicação de como uma família, com uma rede multigeracional de relacionamentos, molda a interação entre individualidade e proximidade a partir de seis conceitos interligados: diferenciação do *self*, triângulos, processo emocional da família nuclear, processo de projeção familiar, processo de transmissão multigeracional e posição de nascimento entre irmãos. Através destes conceitos, Bowen vai além de afirmar que o passado influencia o presente e passa a especificar o caminho ao longo do qual os processos emocionais são transmitidos através das gerações (Costa, Pereira, 2003; Nichols, Schwartz, 2007).

Sem dúvida, o conceito de maior interesse para este estudo é o processo de transmissão multigeracional que descreve a transmissão da ansiedade de geração a geração. Um bom desenvolvimento familiar existe quando os membros da família são diferenciados, a ansiedade é baixa e os parceiros têm um bom envolvimento emocional com suas famílias de origem. Muitas pessoas que possuem problemas de relacionamento familiar acreditam que ao saírem de casa estão deixando os problemas para trás, porém todos estes assuntos não encerrados são observados em outros relacionamentos que venham a ter, ou seja, a maioria das pessoas não

consegue evitar a recorrência destes conflitos em novos relacionamentos, o que faz com que estas características sejam perpetuadas ao longo das gerações. E não somente os conflitos são passados de geração para geração, mas também o tipo de relação de apego aprendida na família de origem. Geralmente o apego emocional entre parceiros íntimos fica parecido com o que cada um tinha na sua família de origem (Nichols, Schwartz, 2007).

Boszormenyi-Nagy e Spark (2003) relatam que, em algumas famílias, pode-se facilmente reconhecer alguns temas que se repetem nas gerações e para que se possa entender quais temas estão influenciando a vida atual de um indivíduo, a investigação de informações passadas, incluindo recordações que as pessoas possuem de familiares já falecidos é crucial. Sendo assim, a estruturação de um sistema se manifesta através de algumas normas de organização ou rituais, por exemplo, como a família cuida dos membros doentes, como comemoram aniversários etc. Estes rituais são mantidos ao longo dos anos e influenciam os membros do sistema que tendem a repetir este aprendizado. Este fenômeno é denominado na literatura como “lealdade invisível”. Assim este pacto de lealdade com os rituais, normas e valores da família é visto como uma obrigação mesmo que estes comportamentos sejam considerados destrutivos.

Vale ressaltar que a transmissão transgeracional compreende esta travessia de uma geração à seguinte destes legados, rituais e tradições e que este fenômeno pode ser consciente ou inconsciente (Lisboa et al., 2007). Para Costa e Pereira (2003), a evolução de um sistema familiar durante gerações pode explicar muitas dificuldades que a família enfrenta e que são consideradas esforços de reparação no

sentido de corrigir, controlar, defender-se e apagar antigos e perturbadores paradigmas relacionais ligados à família de origem.

O enfoque transgeracional é utilizado no entendimento de muitas patologias. Coco e Courtney (1998) relatam que a transmissão de uma patologia transcende gerações e afeta padrões de comportamento da família.

Dentre os terapeutas bowenianos destacam-se Mônica McGoldrick e Betty Carter que acrescentaram a este enfoque dois conceitos importantes: a influência da etnicidade e das diferenças de gênero ao longo das gerações nas diferentes famílias. Em 1999, estas autoras descreveram o ciclo de vida familiar como um processo de expansão, contração e realinhamento do sistema de relacionamentos para suportar o desenvolvimento dos membros da família. A observação do ciclo de vida familiar é uma técnica de extrema importância neste enfoque, pois se acredita que o estresse familiar é maior e o aparecimento de sintomas é visto com maior frequência nestas fases de transição. Outra técnica igualmente relevante é o genograma, que permite a visualização de uma família ao longo das gerações. Assim a transmissão da ansiedade ao longo das gerações pode ser vista sob dois prismas: o vertical, que inclui padrões de relacionamento e funcionamento (atitudes, expectativas, tabus, rótulos, valores), e o horizontal, que inclui a ansiedade produzida pelo estresse na família conforme ela avança no tempo ao longo do ciclo de vida, seja este estresse previsível ou não (Nichols, Schwartz, 2007).

A transmissão transgeracional do alcoolismo é o foco principal do presente estudo. Nos capítulos seguintes será dada ênfase especial para o tema baseada na literatura nacional e internacional.

2.3. Genograma e ciclo de vida da família

2.3.1. Conceitos e aplicações

O genograma começou a ser utilizado na prática clínica a fim de verificar fatores de risco para problemas futuros de relacionamento familiar e possui utilidade não só no tratamento, mas também na prevenção das mais diversas disfunções familiares. É amplamente citado na literatura como sendo um instrumento que, comparativamente às entrevistas e anamneses clássicas, possibilita uma visão mais completa da situação na qual um paciente se encontra.

Dentro do pensamento sistêmico, o genograma é o instrumento que possibilita ao profissional um entendimento mais amplo da patologia, pois; ajuda a verificar quais fatores estão contribuindo para a existência de determinado sintoma familiar; permite uma melhor visualização do processo de adoecer; facilita o planejamento terapêutico; e, possibilita à família, uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de sua doença, pois quando o terapeuta e a família analisam conjuntamente a história de evolução familiar, a condição atual muitas vezes passa a fazer sentido. O genograma permite ainda fazer uma previsão de quais indivíduos estão mais propensos a desenvolver problemas futuros devido ao sistema no qual estão inseridos, bem como ter uma noção das repetições dos processos (Rogers, Cohn, 1987; Friedman, 1988; Rogers, Rohrbaugh, 1991; Moysés et al., 1999; Hockley, 2000; Rocha et al., 2002; Costa, Pereira, 2003; Simpionato et al., 2005).

O genograma pode ser utilizado também como um instrumento para diagnóstico clínico. Like et al. (1998) acreditam que as informações familiares de um paciente colhidas com a construção do genograma podem ser úteis na elaboração do diagnóstico sistêmico, já que possibilita o entendimento dos mecanismos pelo qual a doença foi produzida e ajuda a entender porque o paciente apresenta determinado sintoma no estágio do ciclo de vida em que se encontra.

O genograma é usado não só na prática clínica, mas também para entender como uma família está organizada, como se dão as relações entre as pessoas, quais são seus papéis e conflitos. O genograma proporciona um quadro trigeracional da família e seu movimento através do ciclo de vida, é um retrato gráfico da história e do padrão familiar mostrando a estrutura básica, a demografia, o funcionamento, os relacionamentos da família e os padrões de repetições de comportamentos, valores e patologias ao longo das gerações (Jones, 1997; Moysés et al., 1999; García et al., 2000; Frame, 2000; McGoldrick, Gerson, 2001; Holtslander, 2005).

McGoldrick e Gerson (2001) relatam que um dos aspectos importante que pode ser observado no genograma é a idade de todos os membros da família. Este dado serve como ponto de partida para a compreensão das transições de uma família. Pode-se identificar se os filhos se casam tarde ou cedo ou nunca deixam o lar (indicando uma dificuldade dos membros da família de se diferenciarem e crescerem).

Costa e Pereira (2003) constroem uma boa definição do estudo transgeracional através do genograma:

> Ao estudar a extensão do atual contexto familiar, o terapeuta pode avaliar a relação dos atores imediatos entre si no drama familiar, assim como sua relação com o sistema maior, e avaliar também a força e vulnerabilidade da família em relação à situação global. Como consequência, incluímos no genograma todo o elenco de atores e um resumo da situação familiar.

O genograma é citado ainda como instrumento em estudo genético que procura verificar repetição de determinadas doenças nas diferentes gerações familiares (Daly et al., 1999).

Como dito anteriormente, o genograma permite uma visão da família ao longo de seu ciclo de vida. A primeira fase do ciclo de vida de uma família é o casamento, ou o recasamento (quando após uma separação, um indivíduo se casa novamente dando origem a uma nova constituição familiar). Nesta fase o genograma mostra a união de duas famílias separadas, indicando o lugar de cada cônjuge em seu próprio ciclo de vida familiar. Para começar uma nova família, ambos os parceiros devem chegar a um acordo com suas famílias de origem (pais, irmãos, tios, avós etc). Através do genograma, obtêm-se dados sobre como os cônjuges estão conectados às suas famílias de origem bem como o papel que cada um ocupa. Por exemplo, quando os pais não aprovam o casamento ou quando um dos cônjuges compete com a família do outro (McGoldrick, Gerson, 2001).

No caso de famílias nas quais existe recasamento é importante observar a existência de triangulações. As famílias recasadas são formadas de uma maneira diferente, pois envolvem as perdas da primeira família. Existem pelo menos dois triângulos previsíveis no genograma de famílias recasadas: o primeiro deles é a relação dos dois novos cônjuges com o cônjuge anterior, ou a lembrança do primeiro

cônjuge; o segundo tipo de triangulação se dá entre os novos cônjuges e os filhos do casamento anterior (McGoldrick, Gerson, 2001).

Passando a fase do casamento, a nova família transita para a fase de famílias com filhos pequenos. Aqui o grande desafio do casal está em os pais assumirem a responsabilidade de criar os filhos ao mesmo tempo em que têm de manter o relacionamento entre homem e mulher. No genograma podem ser obtidas informações importantes sobre esta fase, por exemplo: estressores que a tornam particularmente difícil, circunstâncias que cercam o nascimento de um filho e que podem colocar uma criança em uma posição especial dentro da família e sem dúvida o tipo de relação no triângulo mãe-pai-criança (Relvas, 2000).

Para McGoldrick e Gerson (2001), é o nascimento do primeiro filho, mais do que o próprio casamento, que marca a transição para uma nova família. Segundo estes autores, é importante a verificação da existência de estressores que possam coincidir com o nascimento dos filhos (morte, crise do casal, doenças etc.). Quando existem perdas ou eventos traumáticos nesta fase, deve-se explorar seu possível efeito sobre a continuidade do ciclo de vida desta família já que estes acontecimentos exigem uma reorganização familiar. O movimento da família através do ciclo de vida pode ficar paralisado diante de um evento traumático e o genograma permite traçar o efeito de todas as perdas ao longo do tempo. Nesta fase do nascimento dos filhos pode-se observar também a relação entre irmãos bem como o ciúme e ressentimentos que os membros mais velhos podem vir a sentir com a chegada de um novo membro na família.

Quando os filhos atingem a fase da adolescência fica caracterizada uma nova fase do ciclo de vida familiar: família com filhos adolescentes. A tarefa desta fase é a

de preparar a família para uma mudança qualitativa no relacionamento entre as gerações uma vez que os filhos não dependem mais tanto dos pais. O genograma revela triangulações desta fase bem como padrões intergeracionais que podem predizer com que grau de facilidade a família se ajustará. É na fase da adolescência que os filhos começam a se interessar mais pelos eventos que acontecem fora da família (amigos, escola). Neste momento, o genograma mostra o tipo de envolvimento existente nas famílias, se é fácil ou difícil para os pais permitirem o início da busca da independência de seus filhos (McGoldrick, Gerson, 2001).

Passada a fase da adolescência, a família entra na fase conhecida como "lançamento dos filhos" ou "ninho vazio". Este é o período em que os filhos deixam a casa para serem independentes. Antigamente, esta fase se misturava com a fase do casamento, mas atualmente muitos passam por um período em que são adultos solteiros.

Para Relvas (2000), esta fase é a base do ciclo de vida da família moderna e é crucial para as outras fases que estão por vir. Pular esta fase ou prolongá-la pode afetar todas as futuras transições de ciclo de vida. Através do genograma pode-se verificar o tempo de duração desta fase assim como os fatores que contribuem para retardar a saída dos filhos de casa.

Passa-se então para a fase da "família no estágio tardio da vida" ou "velhice". Durante esta fase, a família deve chegar a um acordo com a mortalidade da geração mais velha, enquanto os relacionamentos devem ser modificados na medida em que cada geração avança um nível na hierarquia do ciclo de vida. E todos os relacionamentos precisam ser reordenados.

Algumas dificuldades podem ser encontradas nesta fase, em especial para as mulheres que mais frequentemente são as cuidadoras e tendem a viver mais que seus companheiros. Uma destas dificuldades é o sentimento de solidão (McGoldrick, Gerson, 2001).

O genograma nesta fase revela aspectos importantes como o filho a quem foi delegado o cuidado dos pais que envelhecem e as crises e os triângulos em que os irmãos se envolvem ao manejar estas responsabilidades. Quando morre o último progenitor, os relacionamentos entre os irmãos tornam-se independentes pela primeira vez; os conflitos e rompimentos neste momento refletem triângulos com os pais vindos de fases do ciclo de vida muito anteriores, especialmente com relação a quem foi o filho favorecido na infância (McGoldrick, Gerson, 2001; Relvas, 2000).

García et al. (2000) relatam que estudar a estrutura familiar juntamente com o ciclo de vida possibilita um conhecimento não só de quem constitui a família, que tipos de vínculos a unem, quem mora na mesma casa, mas também permite investigar as relações e funções de cada membro na família e entender a saúde de seus membros neste contexto específico.

As informações de um genograma podem ser obtidas através de entrevista com um ou vários membros de uma família e para sua construção são utilizados símbolos padronizados universalmente (Anexo A) (McGoldrick et al., 1999).

Como o genograma é um gráfico padronizado destas histórias, algumas informações importantes podem ficar de fora, por isso ele deve ser sempre acompanhado de uma entrevista ou com o membro da família que se quer abordar ou com a família toda. Segundo Liossi et al. (1997), um genograma típico é construído

durante uma sessão de 50 minutos com o paciente ou com toda a família. As perguntas selecionadas dependem do objetivo do terapeuta ou do pesquisador.

Segundo Torres e Pacheco (2004), a construção do genograma se dá em três níveis básicos que estão interligados: o primeiro é o traçado básico da estrutura familiar, ou seja, a descrição gráfica utilizando os símbolos universais (Anexo A) da estrutura da família. O segundo nível é o registro da informação familiar (idades, ordem de nascimentos, falecimentos, profissões, ofícios) e o terceiro nível é a descrição das relações familiares.

A análise do genograma geralmente é realizada de acordo com temas. A adaptação dos membros da família às fases do ciclo de vida é uma categoria de análise que deve ser avaliada, ou seja, se observa como os membros da família se adaptam às etapas do ciclo vital. Os temas familiares que se transmitem de geração para geração, os conflitos emocionais, o estilo de resolução de conflito, maus-tratos físicos como uma expressão de controle, tudo isso pode ser avaliado e interpretado possibilitando a percepção das alianças entre os membros, por exemplo, a relação de superenvolvimento entre mãe e filho (Torres, Pacheco, 2004).

Ao final da entrevista do genograma o pesquisador dispõe da história completa familiar da paciente através de um retrato gráfico (Anexo B).

2.3.2. Uso do genograma e do ciclo de vida da família no estudo do alcoolismo

A avaliação das famílias alcoólicas deve incluir o entendimento dos seguintes pontos: em qual geração da família está o indivíduo que bebe (avô, pai, filho); qual é o lapso de tempo entre o início dos primeiros sinais de alcoolismo e a procura da família por tratamento; em que estágio do alcoolismo está o bebedor e em que fase de ajustamento adaptativo ao beber está a família (interação conjugal tensa em resposta ao beber, isolamento social da família, comportamento familiar, se o cônjuge está sendo o responsável pelas tarefas funcionais e paternas) (Krestan, Bepko, 2001; Costa, Pereira, 2003).

É importante ainda distinguir a fase em que se inicia o uso do álcool. O beber de início tardio (em fases mais avançadas do ciclo de vida) provoca uma menor agressão à família que o beber de início precoce. Este prejudica severamente a capacidade da família de realizar as transações normais do seu ciclo vital. A influência do álcool em cada fase do ciclo de vida familiar pode ser resumida na tabela a seguir (Krestan, Bepko, 2001).

Fase do ciclo vital	Principais desafios da fase	Influências que o álcool pode provocar
Adulto jovem solteiro	Diferenciar-se da família de origem	• Repetição do alcoolismo no jovem adulto • Casamento com um alcoolista • Rompimento com a família de origem • Dificuldade de passar pelo seu próprio ciclo vital • Dificuldade de escolha ocupacional • Repetição do padrão familiar alcoolista na nova família a ser constituída pelo jovem • Sentimento de incapacidade perante a vida.
Casamento	Colocar limites na família de origem de ambos os lados	• Distorção de regras e papéis conjugais • Conflito conjugal • Competitividade entre os cônjuges • Infidelidade • Busca da independência através do álcool • Distorção de papéis sexuais.
Família com filhos pequenos	Educar os filhos dando regras, limites e afeto	• Problemas escolares • Dificuldades de aprendizagem • Delinquência dos filhos • Pais negligentes • Abuso sexual e físico • Distorção de papéis familiares (filhos assumindo responsabilidades dos pais) • Sentimento de raiva, culpa e tristeza nas crianças • As crianças se tornam retraídas e submissas • Família centrada no álcool e não nas crianças.
Família com filhos adolescentes	Ofertar modelo, permitir autonomia, dar regras e limites aos filhos	• Uso de álcool pelos adolescentes • Promiscuidade sexual e gravidez indesejada nas meninas • Conflitos familiares • Conflitos do adolescente com relação à sexualidade e

		adequação do papel sexual • Dificuldades escolares • Anorexia e bulimia.
Lançamento dos filhos para a vida adulta/ninho vazio	Permissão dos pais para saída dos filhos, reorganização conjugal	• Evitação da intimidade do casal • Crise conjugal • Depressão nas mulheres • Divórcio.
Família no estágio tardio da vida/velhice	Lidar com perdas, passar poder para os mais jovens	• Isolamento e distanciamento dos filhos • Uso do álcool como forma de suprimir conflitos conjugais • Dificuldade no relacionamento familiar • Diminuição da qualidade de vida do idoso.

Além da visualização da família ao longo do ciclo de vida, o genograma pode informar os tipos de relações entre os membros da família em que existe uso de álcool, como quais rituais familiares estão vinculados ao álcool bem como qual é a influência desta droga nos problemas familiares de diversas ordens (Barreras et al., 2005).

Zuse et al. (2002) utilizam o genograma na prática com usuários de álcool e afirmam que este instrumento não serve apenas como mapa gráfico da estrutura familiar mas também ajuda na previsão de futuros eventos de forma que se possa realizar um trabalho de prevenção a longo prazo.

2.4. Transmissão transgeracional do alcoolismo

2.4.1. Características das famílias alcoolistas

A família pode ser tanto um fator protetor de qualquer tipo de doença mental como pode se transformar em um fator de risco para o desenvolvimento de várias disfunções. Porém, isso não quer dizer que a estrutura familiar de um indivíduo, por si só, vá determinar esse desenvolvimento (Nicastri, Ramos, 2001).

O que se observa nas famílias de usuários de álcool e drogas é que geralmente existe uma mãe superprotetora, apegada e permissiva com o dependente, enquanto o pai é visto como distante, desapegado e ausente e que também bebe demasiadamente (Stanton et al., 1999; Guimarães, 2002; Costa, Pereira, 2003) Este padrão é visto para dependentes do sexo masculino, já que para as mulheres o progenitor que é apegado e superprotetor tende a ser o pai enquanto que a mãe é ausente (Steinglass et al., 2001).

Em recente estudo, Suchman et al. (2006a) avaliaram a relação entre mãe e filha em mulheres alcoolistas e relataram que as mulheres que percebiam a própria mãe como não cuidadora e intrusiva tinham mais chance de desenvolverem o alcoolismo e consequentemente perdiam também com mais frequência a guarda de seus próprios filhos.

A presença de uma mãe também alcoolista na história de vida de mulheres alcoolistas é fator a ser ressaltado. Mães dependentes de álcool e/ou drogas são

menos responsivas às necessidades emocionais de seus filhos, mais provocativas, intrusivas e ameaçadoras, expressam sentimentos ambivalentes de amor-ódio pelos filhos e são intolerantes (Suchman et al., 2004; Conners et al., 2006). Crianças que convivem com mães alcoolistas estão expostas a uma série de impactos negativos na vida: negligência, abusos e problemas de comportamento (Tracy, Martin, 2007).

Jester et al. (2000) avaliaram a influência do uso de álcool materno na qualidade do ambiente familiar de crianças em idade escolar. Estes autores consideram que o beber materno está associado com um ambiente familiar com baixa coesão e organização e grande incidência de violência doméstica. Suchman et al. (2006b) concluem que mães alcoolistas precisam ser estimuladas a resgatar a qualidade na relação com seus filhos que na maioria das vezes são encaminhados para lares adotivos por falta de cuidados.

Ademais, no caso do alcoolismo feminino, quando a mulher estabelece uma relação positiva com um pai alcoolista, o índice da transmissão transgeracional da doença é maior (Johnson, Leff, 1999). Domenico e Windle (1993) apontam que um grande número de mulheres alcoolistas é filha de pai alcoolista. Estas mulheres aprendem com a convivência familiar que o álcool é uma forma de lidar com seus conflitos. Quando, na idade adulta, elas apresentam problemas de baixa autoestima, depressão, baixa satisfação com relação ao convívio marital e familiar, ou seja, se veem diante de conflitos, usam o álcool como forma de lidar com eles.

A presença de um pai alcoolista é apontada como um fator de risco para o estresse familiar. Chassin et al. (1991) relatam que o alcoolismo paterno está mais vinculado ao desenvolvimento de sintomas externalizantes nos filhos

(comportamento antissocial) enquanto que o alcoolismo materno está mais vinculado ao desenvolvimento de sintomas internos.

Inúmeros são os estudos que correlacionam a forma como os pais educam seus filhos com a dependência de drogas na adolescência. Choquet et al. (2008) relatam que a falta de controle dos pais está mais associada à dependência de drogas em meninas. O apoio emocional proporcionado pelos pais também parece ser uma prática educativa que influencia mais as meninas, ou seja, as que nunca receberam apoio emocional dos pais foram consideradas como tendo alto risco para dependência de drogas no estudo. Além disso, estes autores afirmam que as meninas necessitam de um apoio maior da família como fator de proteção para dependência de drogas, enquanto os meninos necessitam de um apoio maior de seus pares, sugerindo que aparentemente as meninas respondem mais ao ambiente familiar (Griffin et al., 2000).

Outro aspecto bastante interessante quando se aborda a questão da população feminina adolescente é o papel materno. Shek (2005) deixa evidente esta importância quando relata que a relação com a mãe exerce um papel importante no desenvolvimento de comportamentos antissociais, inclusive no uso de drogas em meninas, porém não em meninos. Em geral, o dependente químico tem uma ligação muito forte com o progenitor do mesmo sexo e eles costumam ser tão próximos, que a relação pode se tornar patológica. Portanto, tanto o distanciamento quanto a proximidade patológica são fatores de risco para as dependências, o que seria de se esperar, pois nos dois casos a adolescente não é ouvida nem compreendida (Steinglass et al., 2001). Farrell e White (1998) também abordam a questão do vínculo materno e paterno em adolescentes dependentes de drogas e relatam que uma

relação conflitiva entre adolescente e mãe está bastante vinculada à dependência de drogas nesta fase, ao passo que uma boa relação com o pai é um fator protetor.

O monitoramento parental, ou seja, o interesse que os pais demonstram em relação à vida cotidiana dos filhos, como saber quem são seus amigos, que lugares frequentam, se eles têm um bom desempenho na escola, são importantes práticas educativas, que influenciam a dependência de drogas na adolescência. As mães tendem a monitorar de modo diferenciado meninas e meninos, monitorando mais as filhas que os filhos, o que as protege mais do abuso de drogas (Griffin et al., 2000; Webb et al., 2002; Gomide, 2004).

Outro estudo que aborda o tema do monitoramento parental é o de Yen et al. (2007), que indica que a supervisão parental inadequada (vigilância e ordens excessivas e/ou falta de regras e limites) está estreitamente associada ao abuso de drogas na adolescência. Além desta prática educativa, estes autores abordam a questão de como os pais reagem ao abuso de drogas dos filhos. Relatam que, quando os adolescentes percebem que os pais consideram normal o seu abuso de drogas, isso tem uma influência bastante negativa no processo de dependência destes adolescentes. Estes pais não conseguem ser efetivos com relação à disciplina de seus filhos por considerar o abuso de drogas um fenômeno normal e esperado entre os adolescentes. Segundo Huebner et al. (2005), a dependência de tabaco em meninas também está associada a um monitoramento parental inadequado.

A família possui um papel crucial na dependência de drogas na adolescência e pouco monitoramento e cuidados por parte dos pais estão associados à dependência de drogas nesta população (De Micheli, Formigoni, 2004; Guimarães et al., 2009).

A falta de disciplina e de limites é frequentemente encontrada entre os adolescentes dependentes de drogas. Schenker e Minayo (2003) relatam que pais de dependentes de drogas têm dificuldade em transmitir normas e limites para seus filhos. Estas famílias parecem possuir uma inabilidade para criar e educar seus filhos o que resulta em vínculos familiares precários. Sem esta relação de confiança e afeto entre pais e filhos, o adolescente não aceita a autoridade e o estabelecimento de regras dos pais. Estas autoras identificam as seguintes características básicas das famílias de adolescentes dependentes de drogas: conduta insatisfatória da família, negligência, disciplina e monitoramento parental inadequados (pais que não se interessam pelas atividades diárias de seus filhos), irritabilidade dos pais e processos familiares que envolvem interações baseadas em ameaças e medo (coerção).

Muitos estudos demonstram não só a influência dos pais, mas também dos irmãos no desenvolvimento da dependência química na adolescência. Um fator importante, principalmente para meninas, é a relação com irmãs mais velhas. O modelo destas irmãs é tão importante quanto o dos pais e, nos casos em que os pais não cumprem com seu papel de cuidadores, as irmãs mais velhas têm responsabilidade ainda maior de passar modelos saudáveis para estas meninas.

East e Khoo (2005) relataram que para meninas com pais separados criadas somente pela mãe ter uma boa relação com irmãs mais velhas parece diminuir o risco de envolvimento com drogas na adolescência.

A influência das irmãs também pode colocar estas meninas em risco, já que elas podem ter irmãs mais velhas que fazem uso abusivo de drogas. Dick et al. (2000) observaram que meninas com irmãs mais velhas nestas condições tinham maior envolvimento com drogas na adolescência. Outro estudo que aborda a questão

da influência das irmãs no uso de drogas é o de Malcon et al. (2003), estes autores encontraram forte relação entre uso de tabaco pelas adolescentes e suas irmãs como modelo para início do uso de drogas.

Os alcoolistas são frequentemente considerados pela família como pessoas dependentes e inadaptadas que necessitam de proteção intensa já que não assumem suas responsabilidades. Sendo assim, quando o dependente começa a assumir suas responsabilidades e conquistar seus objetivos (arrumar um emprego, iniciar um tratamento), a família acaba "boicotando" este processo criando uma crise (separação, outro filho desenvolve um sintoma). Diante disso, o dependente retoma sua situação anterior de dependência da substância e da família, ou seja, não só o dependente tem dificuldade de se separar da família de origem e crescer, mas a família também tem dificuldades para permitir que este membro siga seu caminho (Stanton et al., 1999).

Outra questão familiar importante é a influência da existência ou não de um parceiro ou cônjuge. Relacionamentos afetivos estáveis e significativos estão frequentemente associados a bom prognóstico dos pacientes em geral, assim como a pressão exercida pelo cônjuge para a busca do tratamento parece ser uma fonte de motivação para os pacientes (Castel, 1997).

Hochgraf (1995) observou que o fato de as mulheres alcoolistas terem um companheiro estável melhora a aderência ao tratamento. Uma questão apontada pela autora é que a qualidade do relacionamento é mais importante que o fato de ter ou não um companheiro, ou seja, relacionamentos satisfatórios com boa comunicação estariam relacionados com um melhor prognóstico do alcoolismo.

Nas famílias nas quais a mulher é dependente de álcool, uma peculiaridade

com relação ao companheiro é a de que eles raramente buscam ajuda para a mulher e, em comparação às esposas de alcoolistas, tendem mais a negar o problema. O companheiro de uma mulher alcoolista tende também a ser menos paciente e aceitar menos o problema (Krestan, Bepko, 2001).

É importante ainda ressaltar que a forma como uma família se organiza é fator de risco para o desenvolvimento da farmacodependência. Penso e Sudbrack (2004) compreendem que, nas famílias em que existem relações de triangulação, em que os filhos assumem papéis que deveriam ser desempenhados pelos pais, estes acabam por preencher vazios na relação conjugal ou na família. Este tipo de organização familiar tem forte influência no envolvimento do adolescente com atos infracionais e abuso de substâncias psicoativas, pois é desta forma que estes filhos passam tanto a buscar alívio para as tensões criadas pelos papéis que assumem, como constroem a própria identidade.

Nas famílias em que um ou ambos os pais são alcoolistas, é típico os filhos mais velhos, especialmente as filhas, assumirem a responsabilidade dos pais e ficarem sobrecarregadas com o desempenho de vários papéis (Krestan, Bepko, 2001).

Sudbrack (2001) relata que, quando um sistema familiar encontra dificuldades para adaptar-se às novas exigências sejam elas internas ou externas, esta dificuldade se expressa através do comportamento inadequado de um dos membros da família. Este sintoma desenvolvido por um único indivíduo serve para denunciar a necessidade de mudanças. Por exemplo, o abuso de substâncias psicoativas de um filho pode estar escondendo outros problemas maiores dentro do sistema familiar.

Sendo assim, a visão sistêmica entende que o tratamento somente do indivíduo portador do sintoma não resolve a questão. O abuso de substâncias psicoativas deve ser

entendido como sintoma-comunicação que encontrará sentido quando houver um entendimento de toda a dinâmica familiar (Schabbel, 2001).

Um tema que não se pode deixar de abordar quando se fala em famílias de alcoolistas é a questão da violência intrafamiliar. No caso do alcoolismo feminino, existe uma forte conexão entre dependência e violência, principalmente nas relações conjugais. Chait e Calvo (2005) relatam que mulheres farmacodependentes são mais propensas a se envolverem em situações de violência e maus-tratos. Segundo estes autores, muitas mulheres alcoolistas fazem uso da substância como forma de lidar com maus-tratos físicos e psicológicos sofridos principalmente na relação conjugal. A mulher dependente de álcool tem uma relação conjugal conflituosa, o índice de divórcio entre mulheres alcoolistas é maior que em mulheres não alcoolistas, e geralmente seu parceiro também faz o uso indevido da substância, mantendo assim um relacionamento pautado no uso da substância (Kaufman, 1996).

A transmissão da violência parece caminhar junto com a transmissão do alcoolismo. Em famílias nas quais o álcool é visto como um padrão de repetição, o abuso físico, psicológico e sexual também é um padrão que se repete nas gerações (Sher, 1997).

Outros estudos apontam para a relação entre violência intrafamiliar e dependência de drogas na adolescência. Kaplan et al. (1998) relatam que adolescentes que foram abusados fisicamente têm 19 vezes mais chances de desenvolver dependência química, sendo que esta chance é igual tanto para meninas como meninos. A violência intrafamiliar, seja física, psicológica e/ou sexual, na adolescência está também relacionada a outras afecções como ansiedade, depressão, entre outras.

Meninas dependentes de drogas com frequência relatam sofrer maus-tratos na

família. É interessante notar que as meninas em geral percebem como pior o abuso psicológico (humilhações, xingamentos, agressões verbais) que o físico, diferentemente dos meninos que relatam sofrer mais com o abuso físico que o psicológico. Além de perceberem o abuso psicológico como sendo pior, as meninas também relatam que o fato de presenciarem muitas situações de brigas e violência em casa influencia o uso de drogas (Guimarães, 2004).

2.4.2. O alcoolismo como padrão de repetição transgeracional

A repetição de temas no processo histórico entre as gerações às vezes se mostra através de temas de sucesso, temas de fracasso, doenças, fugas, suicídios, modelos de funcionamento, proximidade e afastamento, abandono, separações e divórcios e alcoolismo. Nesta trajetória, vão se encontrando as tensões, o impacto dos eventos traumáticos, as dores mantidas vivas com as perdas e mortes não resolvidas que são conservadas no presente e continuam no futuro de uma família (Zuse et al., 2002). Uma questão importante quando se fala de alcoolismo e família é a transmissão transgeracional desta doença. O álcool parece ser um tema que se repete em diferentes gerações nas famílias que apresentam este problema (Silva, Formigoni, 1999).

Segundo Steinglass et al. (2001), as consequências da incorporação do alcoolismo como tema de vida nas famílias são muitas. O álcool provoca efeitos em vários níveis cognitivos como linguagem, memória, entre outros, refletindo na forma de comunicação entre as famílias, que acabam desenvolvendo outras formas não verbais de comunicação que são facilmente passadas de geração para geração.

Como a identidade de uma família representa, na maioria das vezes, valores e crenças herdadas de gerações anteriores, o alcoolismo tem a capacidade de converter-se em um problema central nesta identidade familiar e passar a ser um princípio organizador para todos os tipos de condutas na família em questão (Sudbrack, 2001).

Para Steinglass et al. (2001), os filhos aprendem a importância que o álcool tem na vida deles em festas, férias e comemorações, tudo é sempre construído ao

redor do uso desta substância. Se o álcool é um componente importante nestes rituais, a mensagem para os membros que crescem nesta família é, supostamente, que a continuidade da identidade familiar nas gerações seguintes só pode ser assegurada se o alcoolismo também for perpetuado. Os rituais e rotinas familiares são comportamentos que se repetem diariamente em uma família e o nível de interrupção causado pelo uso de álcool por parte de algum membro da família nesta rotina é um grande indicador de como o álcool influencia o funcionamento familiar. Haugland (2005) avaliou este impacto nas rotinas familiares de pais alcoolistas e verificou que além do clima familiar ser negativamente afetado nos rituais diários (refeições, comemorações etc), as mães destas famílias acabam desenvolvendo um papel compensatório, tornando-se superenvolvidas com seus filhos, porém muito irritadas nesta relação. Isto tudo acaba gerando uma baixa qualidade afetiva no dia a dia destas famílias.

Um fenômeno conhecido nas famílias de alcoolistas são as transições entre os momentos de “bebedeira” e os momentos “secos”. Boyer (1989) descreve bem este ciclo e afirma que, quando o membro alcoolista bebe, as interações familiares tendem a ser intensas e caóticas, mas existe contato entre os membros. Nas fases “secas” as pessoas ficam geralmente cautelosas, desconfiadas, esperando a próxima etapa da “bebedeira”. Nesta fase aparece o momento da culpa e remorso do membro alcoolista que temporariamente estabelece uma relação mais positiva com a família. Quanto mais um indivíduo está inserido nesta dinâmica, mais ele vai estabelecendo uma relação de intimidade com a inconstância, tendo dificuldade de estabelecer interações estáveis.

Barnard e McKeganey (2004) em estudo de revisão comentam sobre o impacto do problema parental do uso de álcool e drogas na família nestes momentos de uso e não uso da substância. Eles relatam que, durante os períodos de intenso uso, as crianças, principalmente as mais novas, ficam sem os cuidados básicos como alimentação, higiene, segurança, além de serem negligenciadas também com falta de afeto. Este tipo de relação oscila nos momentos em que os pais estão fazendo uso da substância e tende a melhorar nos momentos em que não fazem uso dela.

Para Krestan e Bepko (2001), o alcoolismo representa tipicamente uma sequência progressiva de eventos que podem continuar através de várias fases sucessivas do ciclo de vida familiar. O alcoolismo tanto interrompe a realização das tarefas desenvolvimentais quanto pode ser uma resposta a estresses impostos pelas diferentes fases do ciclo vital.

Uma característica comum às famílias com problemas com álcool é o fato de muitas vezes os membros familiares não correlacionarem os problemas diários com o uso de álcool. Estes problemas podem ser diversos, variando de prejuízos no trabalho, infidelidade conjugal, problemas no desempenho escolar dos filhos a sintomas psíquicos como depressão, ansiedade, entre outros. Quando o incesto e maus-tratos físicos estão presentes em uma família, o alcoolismo deve ser um diagnóstico presumível. Familiares de alcoolistas e usuários de drogas têm grande tolerância ao uso da substância no dia a dia e acabam não enfrentando o problema como algo sério e problemático, o que faz com que a droga integre a vida diária destas famílias (Orford et al., 2001).

Existe na literatura uma série considerável de evidências que mostram que as crianças que crescem em um lar no qual um dos pais é abusador de álcool possuem

um alto risco para o desenvolvimento de transtornos de conduta, que provavelmente venham a se manifestar, na fase adulta, também na forma de alcoolismo. (Chassin et al., 1991; Velleman, 1992a; Velleman, 1992b; Price, Emshoff, 1997; Sher, 1997; Johnson, Leff, 1999).

A transmissão transgeracional desta síndrome é um tema de estudo frequente na literatura nacional e internacional. Pais que fazem uso de alguma droga servem de modelo tanto para meninos quanto para meninas na experimentação e no início do contato com álcool e outras drogas (Kilpatrick et al., 2000; Adalbjarnardottir, Raffnson, 2001; Björkqvist et al., 2004; Walden et al., 2007; Scholte et al., 2008).

Segundo Walden et al. (2007), adolescentes com pais usuários de drogas apresentam um índice muito maior de uso de nicotina nesta fase. Pélissolo et al. (2001) relatam que o uso de ansiolíticos e hipnóticos entre as adolescentes está extremamente vinculado ao uso destes medicamentos pelos pais, principalmente pelas mães no caso das meninas. Estes autores enfatizam a importância da relação mãe-filha na transmissão do uso indevido de medicamentos.

As mães são apontadas ainda como modelos influentes para as meninas no início do hábito de fumar (Björkqvist et al., 2004).

Outro estudo que aborda este tema é o de Li et al. (2001), que aponta que adolescentes dependentes de drogas, quando comparados a jovens que não usam drogas, tendem a perceber a família muito mais envolvida com o uso de álcool e outras drogas. Em recente estudo brasileiro, Malcon et al. (2003) demonstraram a influência do modelo da mãe no hábito de fumar entre adolescentes. Diez (1998), em uma pesquisa com adolescentes que investigou a influência do modelo dos pais no consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes, relatou que os filhos de pais que

bebem abusivamente não aprendem a beber de maneira controlada e acabam se tornando abusadores de álcool na adolescência.

Guiot et al. (1999) também relatam que os pais devem mostrar aos filhos, através de modelo, qual o limite saudável do beber. Em seu estudo, estes autores observaram que adolescentes que fazem uso abusivo de álcool pertencem a famílias que também fazem uso abusivo da substância e têm pais que não ensinam pelo modelo o limite esperado de um beber social.

Nestas famílias nas quais o álcool assume uma importância central, a abstinência da substância é um objetivo necessário, mas não suficiente. A abstinência deve ser mantida para que as relações familiares possam ser tratadas. Neste tipo de família, conhecida como “família alcoólica”, avaliar os comportamentos que mantêm o beber se torna mais importante do que fazer hipóteses sobre a causa deste comportamento (Steinglass et al., 2001).

Como a família alcoólica acaba incorporando esta identidade enquanto grupo, todos os membros do sistema são afetados, não só o dependente. Toda a família fica com a autoconfiança abalada e o grupo como um todo desenvolve um mecanismo de negação do problema a fim de se defenderem contra o reconhecimento da crescente falta de controle que ocorre em nível emocional e funcional (Steinglass et al., 2001).

Enfim, quanto maior for o contato do indivíduo alcoolista com familiares, amigos e parceiros também usuários de álcool, maior será a presença deste problema na vida cotidiana da pessoa, o que influi diretamente na identidade familiar a ser construída ou mantida pelo indivíduo em gerações futuras (Steinglass et al., 2001).

2.5. Influência genética e ambiental no alcoolismo feminino

Sabe-se que o alcoolismo é muito mais frequente nas famílias de alcoolistas que na população em geral. Alguns estudos têm revelado que a influência dos genes pode explicar 50% da vulnerabilidade para o alcoolismo (Johnson, Leff, 1999; Silva, Carvalho, 1999; Schukit 2009).

Para Sloan et al. (2008), o alcoolismo é uma doença complexa resultante de uma variedade de influências genética, social (fatores de risco aos quais o indivíduo está suscetível) e ambiental (p.ex. consumo de álcool). Estes autores relatam que a arquitetura genética para o alcoolismo pode ser definida pelo: 1) número de genes direta ou indiretamente envolvidos, 2) variação interindividual destes genes, 3) magnitude e natureza de efeitos genéticos específicos. Esta arquitetura genética é bastante complexa. A interação gene - gene resulta em uma grande variedade de proteínas que por sua vez também interagem resultando em características bioquímicas e fisiológicas que, na presença de certos fatores ambientais, podem resultar em alcoolismo.

Além dos fatores citados anteriormente, algumas características genéticas foram identificadas como fortemente vinculadas ao alcoolismo. A primeira delas e a mais citada na literatura é a vermelhidão da pele após consumo de álcool, que está associada ao baixo risco para uso excessivo da substância e consequentes problemas relacionados a ela. A segunda característica, baixa resposta aos efeitos de intoxicação do álcool, está vinculada ao aumento do risco para o alcoolismo já que é grande a probabilidade de o indivíduo aumentar seu consumo a fim de obter as mesmas

sensações de intoxicação. Uma terceira característica está ligada à impulsividade e ao descontrole comportamental. A quarta característica está vinculada a alguns distúrbios psiquiátricos como transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos de ansiedade que podem estar vinculados ao aumento do consumo de álcool (Schukit, 2009).

Silva e Carvalho (1999) relatam que, apesar das diferenças metodológicas, os estudos com gêmeos monozigóticos e dizigóticos sugerem a existência de fatores genéticos na predisposição ao alcoolismo. Porém estes estudos possuem muitas limitações, pois o controle da influência do ambiente nos gêmeos é muito difícil de ser feito. Em estudos realizados em casos de adoção nos quais se comparam filhos de alcoolistas criados por famílias adotivas e filhos de alcoolistas criados por seus pais biológicos, os resultados nos dois grupos mostraram que a proporção de alcoolistas era aproximadamente a mesma, sugerindo que os fatores genéticos seriam mais importantes que os ambientais na predisposição individual ao alcoolismo.

Alguns estudos correlacionam as suscetibilidades genéticas do indivíduo para o abuso de álcool e drogas com suas percepções do ambiente familiar. Estes estudos relatam que a suscetibilidade genética para o abuso de substâncias está associada com menor percepção da moralidade religiosa e da coesão familiar, mostrando que estes aspectos familiares são importantes no desenvolvimento do abuso, mesmo em pessoas que apresentam suscetibilidade genética para a doença (Jang et al., 2000; Jang et al., 2001).

Em investigação recente, Kendler et al. (2008) relatam que, para nicotina, álcool e maconha, os fatores do ambiente familiar têm influência crítica no início do uso na adolescência, perdendo importância gradualmente ao longo da fase adulta. Em

contraste, os fatores genéticos possuem pouca influência no uso de substâncias psicoativas na adolescência, que, no entanto, é acentuada com o avançar da idade. Sendo assim, estes autores concluem que a iniciação do uso de substâncias psicoativas está fortemente vinculada a fatores sociais e familiares, enquanto que o uso em idades mais avançadas é fortemente influenciado por fatores genéticos.

Outro estudo que enfoca as variações genéticas relacionadas aos diferentes estágios da dependência de substâncias psicoativas (início do uso, abuso, dependência e chance de recaída) é o de Kreek et al. (2005). Para estes pesquisadores existem fatores genéticos distintos ligados a características de personalidade que influenciam cada uma destas fases. A impulsividade junto com a predisposição genética, por exemplo, é uma característica que contribui para a iniciação bem como para a transição do uso para o abuso de uma substância psicoativa. Já para Jacobson et al. (2008), o alcoolismo está estreitamente vinculado à história de comportamento antissocial, sendo que estes indivíduos apresentam um quadro da síndrome mais grave, problemas de abuso precoce da substância e são mais resistentes ao tratamento que aqueles que não apresentam histórico de comportamento antissocial. A junção destas duas características parece aumentar a hereditariedade da síndrome.

Schukit (2009) ressalta que, com relação ao gênero, parece não haver diferenças significativas em relação à transmissão genética do alcoolismo. Estes resultados podem ser observados em estudos com gêmeos (monozigóticos e dizigóticos) e com gêmeos adotados. O fato de homens desenvolverem alcoolismo em maior número não parece ser devido a uma influência genética do sexo masculino, mas sim por diferenças ambientais que os colocaria em maior risco para a síndrome. Hill et al. (1994) concluíram em estudo transgeracional com mulheres que

o risco da transmissão do alcoolismo aumenta se a mulher tiver histórico familiar da síndrome na primeira geração; se o histórico da síndrome for na segunda geração o risco da transmissão da doença diminui, porém a transmissão aumenta para as gerações seguintes se o ambiente familiar for disfuncional. Goldman et al. (2005) também concluem que, com relação à hereditariedade do alcoolismo, o fato de possuir um parente em primeiro grau com a síndrome aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver o alcoolismo.

Em recente estudo realizado somente com mulheres, Sartor et al. (2008) relatam que ambos os aspectos, genética e ambiente, estão relacionados com o desenvolvimento do alcoolismo feminino. Este estudo correlaciona a influência genética e ambiental com as fases do desenvolvimento do alcoolismo feminino e relata que tanto a iniciação do uso/abuso do álcool em idades precoces quanto a passagem para o alcoolismo posteriormente são influenciados por questões genéticas. Com relação à influência do meio, foi evidenciado um forte efeito destes fatores na transição do não uso para a do uso do álcool, porém não teve influência nos outros estágios de transição para dependência de álcool. Hopfer et al. (2001), em estudo que correlaciona a dependência de álcool com o tabagismo em amostra feminina, também corroboram os mesmos resultados de que os fatores ambientais influenciam a iniciação do uso enquanto que os genéticos estão mais relacionados ao uso problemático do álcool.

Apesar dos diferentes enfoques metodológicos, todos os estudos parecem convergir para uma mesma conclusão: tanto o aspecto genético quanto o ambiental influenciam o desenvolvimento do alcoolismo (Goldman et al., 2005; Mulligan et al., 2006; Schuckit, 2009).

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Este trabalho tem por objetivo comparar aspectos do funcionamento familiar ao longo de três gerações: a geração atual (companheiros e filhos), a geração dos pais e irmãos e a geração dos avós paternos e maternos, de mulheres dependentes de álcool e mulheres não dependentes da mesma substância, a partir de seus próprios relatos.

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar a existência bem como comparar os seguintes aspectos da estrutura familiar: tipos de alianças (amigáveis ou disfuncionais), tipos de fronteiras (nítidas, difusas ou rígidas), configurações das triangulações (relação na qual um dos pais se une ao filho na tentativa de resolver conflitos conjugais) e distribuição hierárquica (quem toma as decisões na família) ao longo de três gerações – geração atual (companheiro e filhos), geração dos pais e irmãos, e geração dos avós paternos e maternos – em dois grupos de mulheres: alcoolistas e não alcoolistas.

- Comparar os seguintes aspectos da interação familiar: frequência de divórcios e recasamentos, frequência de relacionamentos extraconjugais, história de abuso físico, psicológico e/ou sexual e história de perdas traumáticas de filhos por morte ou aborto, ao longo de três gerações – geração atual (companheiro e filhos), geração dos pais e irmãos e geração dos avós paternos e maternos – em dois grupos de mulheres: alcoolistas e não alcoolistas.

- Comparar a história de uso de álcool ao longo de três gerações – geração atual (companheiro e filhos), geração dos pais e irmãos e geração dos avós paternos e maternos – em dois grupos de mulheres: alcoolistas e não alcoolistas.

- Realizar uma análise do início do alcoolismo das mulheres dependentes considerando o momento do ciclo de vida familiar em que se encontravam.

- Fazer uma comparação do ambiente familiar considerando os aspectos coesão (ajuda e apoio entre os membros da família), expressividade (expressão de sentimentos dos membros familiares), conflito (brigas, discussões, violência), organização (planejamento das atividades familiares), independência (capacidade de decisão), assertividade (atividades orientadas para um objetivo), controle (presença de regras e procedimentos na vida familiar cotidiana) e religião (questões éticas e valores religiosos) somente na geração 2 (pais e irmãos), entre dois grupos de mulheres: alcoolistas e não alcoolistas.

4. .HIPÓTESES

4. HIPÓTESES

- Famílias de mulheres alcoolistas são mais disfuncionais que famílias de mulheres não alcoolistas nas três gerações a serem analisadas no presente estudo.

- Nas famílias de mulheres alcoolistas existem padrões de funcionamento e comportamentos disfuncionais que são passados de geração para geração.

5. MÉTODOS

5. MÉTODOS

5.1. Critérios de seleção da amostra

O presente estudo foi realizado com dois grupos de mulheres: alcoolista e controle.

5.1.1. Grupo das pacientes alcoolistas

O grupo alcoolista foi composto por 30 mulheres alcoolistas diagnosticadas segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. (DSM-IV) (APA,1995), com idades entre 25 e 59 anos. Esta faixa etária caracteriza a fase adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), a adolescência termina aos 19 anos e a fase da terceira idade se inicia aos 60 anos.

5.1.1.1. Critérios de inclusão

- Não fazer uso de outras drogas nos últimos 5 anos, exceto nicotina e cafeína
- Estar abstinente há pelo menos 15 dias

- Não participar de terapia familiar ou outro tipo de intervenção que aborde o tema família
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

5.1.1.2. Critérios de exclusão

- Analfabetismo
- Complicações clínicas e/ou psiquiátricas importantes pelo uso do álcool (por exemplo, *delirium tremens*, quadros psicóticos) que requeressem ou não internação
- Recaída do consumo de álcool nos últimos 15 dias
- Uso de outra substância psicoativa causadora de dependência, exceto nicotina e cafeína.

Todas as mulheres alcoolistas que compuseram o grupo faziam tratamento no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

5.1.2. Grupo controle

O grupo controle foi formado por 32 mulheres não alcoolistas. A homogeneidade dos grupos para comparação foi feita pela idade das participantes.

Após ter sido coletada a maioria dos dados das pacientes alcoolistas (n=28), foi realizada uma análise estatística da média das idades deste grupo como mostra a Figura abaixo:

Estatística descritiva para a distribuição de idade das participantes

N	Média	Desvio Padrão	Idade		Q1	Mediana	Q3	Moda
			Mínima	Máxima				
28	46,21	8,81	25	60	41	46	54,5	46

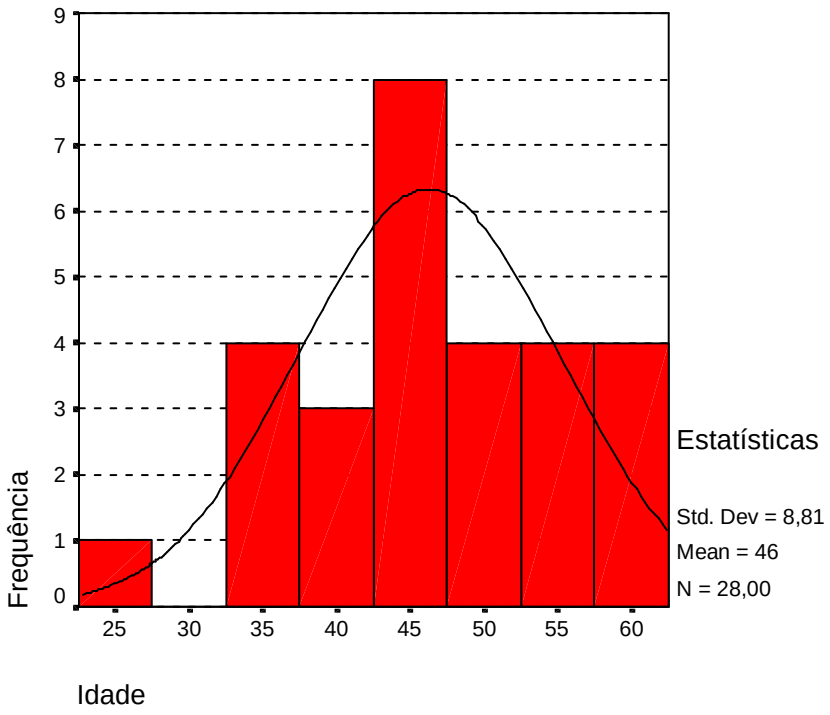


Figura 1. Estatística descritiva para a distribuição de idade das participantes.

Após esta análise ficou estabelecido que as mulheres do grupo controle deveriam ter entre 30 e 59 anos de idade.

5.1.2.1. Critérios de inclusão

- Não possuir nenhum diagnóstico psiquiátrico
- Não tomar nenhum medicamento psicoativo
- Não possuir nenhum quadro de abuso ou dependência de substância psicoativa – exceto nicotina e cafeína
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

Para verificação destes critérios de inclusão foram utilizados os prontuários médicos das mulheres participantes do grupo controle.

5.1.2.2. Critérios de exclusão

- Analfabetismo
- Ter menos de 30 ou mais de 59 anos
- Não ter condição médica de participar da pesquisa (pós-cirurgia ginecológica, dor etc.).

5.2. Locais da Pesquisa

5.2.1. Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD)

O PROMUD foi criado em novembro de 1996 com o objetivo de atender especificamente às necessidades das mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Além da assistência, o PROMUD dedica-se também ao ensino e à pesquisa destes transtornos no sexo feminino.

O tratamento no PROMUD é realizado por uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, médicos residentes de psiquiatria (sob supervisão), médicos clínicos, psicólogos, estagiários de psicologia (sob supervisão), terapeutas familiares, assistente social, nutricionista e advogada.

Após serem triadas, as pacientes realizam:

- Acompanhamento psiquiátrico: tem como objetivo avaliar, diagnosticar e tratar tanto os transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou drogas como possíveis diagnósticos psiquiátricos associados. É proposta à paciente a meta de abstinência completa de todas as substâncias psicoativas, associada à melhoria da qualidade de vida. A fase inicial do tratamento psiquiátrico inclui a extensa delimitação dos padrões de uso de drogas, fatores desencadeantes e situações de risco, bem como o desenvolvimento de estratégias para evitar estas situações e lidar com eventos de vida estressantes. Com relação aos transtornos psiquiátricos associados, são propostas intervenções adequadas às diferentes comorbidades. Quando necessário, as

pacientes são medicadas. O acompanhamento é realizado individualmente e na seguinte frequência: semanalmente no primeiro mês; quinzenalmente do segundo ao sexto mês e mensalmente até o décimo segundo mês. O acompanhamento continua mensalmente até a paciente completar três anos no programa.

- Grupo psicoterapêutico: com duração de uma hora e frequência semanal, o grupo estende-se por um período mínimo de 3 anos e máximo de 4 anos. Todas as pacientes são encaminhadas para o grupo logo após a primeira consulta psiquiátrica. Os objetivos da psicoterapia são:

a. entendimento das vivências individuais relacionadas ou não ao uso de drogas com foco na dependência;

b. identificação, nomeação e compreensão de desencadeantes internos – sentimentos e afetos – para os comportamentos, com vistas à autorregulação afetiva.

c. entendimento do alcance – o sujeito não é passivo – e das limitações – o sujeito não é culpado por tudo – das responsabilidades pessoais em relação à própria vida.

d. busca de respostas alternativas, que não o uso de drogas, para lidar com o estresse e os sentimentos de raiva, hostilidade e depressão.

e. separação do interno e do externo e do emocionalmente destrutivo do construtivo nas relações interpessoais.

f. ampliação dos recursos pessoais para lidar com a dor psíquica e o conflito.

- Aconselhamento nutricional: realizado individualmente em sessões quinzenais, tem por objetivo geral manter e/ou recuperar o bom estado nutricional das pacientes a fim de que seja resgatada sua autoestima. Mais especificamente, o serviço de nutrição procura controlar compulsões alimentares durante a abstinência

do álcool, promover a reeducação alimentar das pacientes, bem como prescrever dietoterapia específica no caso de comorbidades clinicas que exijam tal prática.

- Aconselhamento legal: quinzenalmente uma advogada presta assessoria jurídica às pacientes, orientando-as sobre seus direitos e deveres, encaminhando-as para os serviços de assistência judiciária para buscar soluções dos conflitos.

- Sistema de convocação: quando as pacientes faltam a qualquer das atividades descritas, sem justificativa prévia, são convocadas por carta ou telefone. Se elas não responderem à primeira convocação, são novamente chamadas por, no máximo, 3 vezes consecutivas. Se após estes pedidos a paciente não comparecer, é considerada como tendo abandonado o tratamento. As convocações de pacientes são realizadas por um psicólogo e/ou estagiário de psicologia com treinamento específico. Este sistema de convocação é utilizado, pois se mostrou eficiente em reduzir as taxas de abandono das pacientes ao tratamento.

5.2.2. Hospital de Clínicas de Curitiba – Departamento de Tocoginecologia

O Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná é hoje o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do país. O HC começou a ser construído em 1949 e passou a funcionar em julho de 1961.

O Departamento de Tocoginecologia foi criado com o objetivo de atender a população feminina em diversos aspectos. É subdividido em vários ambulatórios:

1. Ambulatório de Ginecologia Geral
2. Pronto Atendimento para Emergências Ginecológicas
3. Ambulatório de Pré-Natal
4. Ambulatório de Infertilidade
5. Maternidade.

Além destes ambulatórios, o Departamento de Tocoginecologia ainda possui trabalhos voltados para questões sexuais, bem como leitos de internação para procedimentos cirúrgicos.

A equipe é multidisciplinar, formada por médicos, acadêmicos, residentes, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Os atendimentos são realizados conforme ordem de chegada das pacientes que são previamente cadastradas e encaminhadas ao passarem pela secretaria geral.

Vale ressaltar que das 32 pacientes que fizeram parte do grupo controle, 30 frequentavam o ambulatório de ginecologia geral e duas o ambulatório de pré-natal.

5.3. Instrumentos de coleta de dados

5.3.1. Escolha dos instrumentos da pesquisa

É inúmera na literatura internacional a quantidade de instrumentos que avalia tanto o funcionamento quanto as mais diversas características familiares. Porém, o número deles, que foi traduzido e validado para o Brasil é muito pequeno.

Foi escolhida a *Family Environment Scale* (FES) (Anexo D), pois se aplicava aos objetivos da pesquisa e estava validada (Vianna et al., 2007). Esta escala pode ser aplicada em um único membro da família como era o objetivo da pesquisa (Robbins et al., 2006; Seeley et al., 2006; Pai et al., 2007; Pakenham et al., 2007).

Uma das maneiras de estudar diferentes gerações era aplicar a FES não só na paciente como também em seus pais. Isto foi inviável diante da realidade das pacientes estudadas, pois muitas delas perderam contato com seus familiares ou estes moravam em outra cidade. Para este fim, utilizou-se então outro instrumento, o genograma.

O genograma é um instrumento citado na literatura internacional e brasileira e usado em estudos sobre a história familiar em diferentes contextos. A maioria dos estudos analisa os dados do genograma de forma qualitativa ou simplesmente cita ou descreve o instrumento como sendo útil em vários contextos da prática na área da

saúde (Holtslander, 2005; Mello et al., 2005; Simpionato et al., 2005; Castoldi et al., 2006).

A coleta dos dados do genograma é realizada mediante uma entrevista semi-estruturada que pode ser realizada com toda a família, com alguns membros da família, ou como é o caso do presente estudo, com um único membro da família. Este tipo de uso já foi descrito em muitos estudos (Halevy, 1998; Watts, Shrader, 1998; Daly et al., 1999; Keiley et al., 2002; Amazonas et al., 2003; Castoldi et al., 2006).

Foram encontrados na literatura somente cinco artigos, que mostravam a utilização do genograma de forma quantitativa (Daly et al., 1999; García et al., 2000; Amazonas et al., 2003; Barreras et al., 2005). Dada a escassez de estudos quantitativos utilizando o genograma e o objetivo de cruzar dados deste instrumento com a escala FES, optou-se por analisar os dados do genograma quantitativamente no presente estudo.

Sendo assim, dois instrumentos foram selecionados para a coleta de dados no presente estudo. A escala FES foi aplicada retrospectivamente, ou seja, a paciente respondia as questões pensando na época em que morava com seus pais e irmãos, já que o objetivo do estudo era investigar a família de origem. Esta forma de aplicação já foi relatada em outros estudos (Patterson et al., 1981; Carpenter, 1984; Clay et al., 2007).

O segundo instrumento, o genograma, foi escolhido para abordar as três gerações.

Os instrumentos foram aplicados no grupo das alcoolistas em diferentes momentos do tratamento. A maioria das aplicações (n=21) foi realizada durante o

tratamento, após a paciente ter ingressado no programa e participar dos grupos terapêuticos. Nove das aplicações foram feitas logo após a triagem do caso, quando as pacientes já haviam sido aceitas no programa.

No grupo controle, as pacientes foram abordadas durante o momento de espera de suas consultas ambulatoriais.

5.3.2. Descrição dos instrumentos

5.3.2.1. Genograma

A construção do genograma se dá em três níveis básicos que estão interligados: o primeiro é o traçado básico da estrutura familiar, ou seja a descrição gráfica utilizando os símbolos universais da estrutura da família (Anexo A). O segundo é o registro da informação familiar (idades, ordem de nascimentos, falecimentos, profissões, ofícios, etc) e o terceiro é a descrição das relações familiares (Torres, Pacheco, 2004).

No presente estudo, o genograma foi construído junto com a participante (em ambos os grupos – alcoolistas e controle) com o intuito de se obter uma visão mais ampla da família no que diz respeito às gerações que a antecederam. Foram selecionadas algumas variáveis a serem abordadas na construção do genograma para este estudo.

A seguir é apresentada uma descrição das variáveis estudadas bem como as perguntas que foram realizadas na entrevista do genograma para cada uma delas. Vale ressaltar que essas perguntas não eram fechadas e serviram somente de guia para a pesquisadora abordar o assunto com a participante. Durante a entrevista, a história familiar foi contada de forma bastante aberta e espontânea e outras perguntas surgiram de acordo com a necessidade de cada entrevista e de cada história familiar.

As mesmas perguntas foram feitas para os dois grupos pesquisados (alcoolistas e controle) e repetidas para os três níveis de gerações estudados: nível 1 (companheiro e filhos), nível 2 (pais e irmãos) e nível 3 (avós paternos e maternos), exceto para a variável "Início do Alcoolismo e Ciclo de Vida" que foi coletada somente no grupo das alcoolistas.

Alianças

- Como você se relaciona com sua mãe, pai etc.?
- Com quem você se dá melhor em sua família?
- Como é a relação de seus pais?
- Como era a relação dos seus avós?

Fronteiras

- Você considera sua família mais do tipo "unida" ou "desligada"?
- Sua família é tão unida a ponto de todos saberem tudo a respeito uns dos outros? Até mesmo dos problemas do seu casamento?
- Você conta tudo para seus familiares sobre sua vida?
- Vocês costumam fazer programas juntos?
- As pessoas da família respeitam a privacidade umas das outras?
- Você toma suas decisões sozinha ou sempre consulta alguém da sua família a fim de obter aprovação?

Triangulação

- Você coloca seus filhos no meio das suas discussões conjugais ou já esteve no meio das discussões dos seus pais?
- Você toma partido de algum dos lados quando há uma briga entre seus pais?
- O seu pai ou a sua mãe tem ciúmes da relação que você tem com um ou outro?

Hierarquia

- Quem toma a maior parte das decisões na sua casa?
- Na hora de educar os filhos, quem coloca limites neles?
- Na hora de comprar uma coisa para a casa, quem decide se isso vai ser feito ou não?

Divórcio

- Você já foi casada anteriormente? Ou teve alguma relação estável antes desta? Quantas?
- Por que se separaram? O que aconteceu?

  Nesta questão foi considerada relação estável todas as uniões estáveis com mais de 2 anos.

Recasamento

- Você se casou de novo? Ou se juntou com alguém depois de se separar?
- Quantas vezes?

Mortes Traumáticas de Filhos ou Abortos

- Você já perdeu algum filho?
- Você já sofreu algum aborto? Provocado ou natural? Quantos?
- Sua mãe ou avós perderam algum filho de maneira traumática (acidente, doença, etc.)? Quantos?
- Como foi esta vivência para a família?

Abuso Físico

- Existe violência física na sua família como tapas, socos, empurrões e beliscões? Da parte de quem?
- Você já apanhou de alguém na família a ponto de deixar marcas em você?
- Seus pais ou outras pessoas da família batiam em você quando pequena utilizando objetos como cinta, varas, pedaços de pau etc.?

Abuso Psicológico

- Existe violência psicológica na sua família como xingamentos, humilhações?
- Você já se sentiu humilhada em alguma de suas relações familiares?

Abuso Sexual

- Você já se sentiu molestada sexualmente alguma vez na vida mesmo que não tenha ocorrido penetração? Por quem?
- Você já foi forçada a fazer sexo sem o seu consentimento, ainda que com seu companheiro?
- Alguma vez você se sentiu agredida sexualmente? Como foi? Por quem?

Abuso de Álcool na Família

- Alguém na sua família faz uso de álcool a ponto de ter algum prejuízo na vida como perda de emprego, agressividade, doenças físicas, brigas familiares etc.?

Relação Extraconjugal

- Alguma vez você se envolveu com outra pessoa fora do seu relacionamento? Como foi?

Início do Alcoolismo e Ciclo de Vida

- Em que momento da sua vida você percebeu que o álcool se tornou um problema para você?

5.3.2.2. *Family Environment Scale* (FES)

A *Family Environment Scale* (FES), elaborada por Moos e Moos (2002) e validada para o português por Vianna et al. (2007), permite descrever o ambiente familiar, contrastar a percepção dos pais e dos filhos, bem como planejar e monitorar mudanças familiares.

Existem três formas da FES: a primeira delas avalia o ambiente real – forma R; a segunda avalia o ambiente idealizado – forma I; e a terceira o ambiente esperado – forma E. A forma traduzida e validada para o português e que foi utilizada no presente estudo foi a forma (R) (Anexo D) (Moos, Moos, 2002).

A FES é composta de 90 afirmativas, destinadas a avaliar a percepção de cada membro a respeito do ambiente atual da própria família. O participante deve avaliar cada afirmativa como “verdadeira” ou “falsa” em relação ao ambiente da própria família (Moos, Moos, 2002).

As 90 afirmativas são agrupadas em 10 subescalas, pertencentes a três grandes dimensões, assim estabelecidas: Dimensão 1 – Relacionamento Interpessoal - inclui três subescalas, a saber: coesão (o grau de ajuda e apoio que os membros da família fornecem uns aos outros), expressividade (o grau de incentivo aos membros da família para que expressem seus sentimentos) e conflito (a quantidade de conflito e raiva expressados abertamente na família); Dimensão 2 – Crescimento Pessoal - inclui cinco subescalas, a saber: independência (o grau de autossuficiência dos membros da família para tomar as próprias decisões), assertividade (o grau em que atividades como trabalho e escola são distribuídas de uma forma orientada para um

objetivo ou para competição), interesses culturais (nível de interesse em atividades políticas, intelectuais e culturais), lazer (a participação em atividades sociais e recreacionais) e religião (a ênfase em ética, assuntos e valores religiosos); Dimensão 3 – Manutenção do Sistema - inclui duas subescalas, a saber: organização (o grau de importância de uma organização clara e estruturada para planejar atividades familiares) e controle (o uso de regras e procedimentos na vida familiar cotidiana) (Moos, Moos, 2002; Vianna, 2004; Vianna et al., 2007).

Para este estudo não foram utilizadas as subescalas lazer e interesses culturais, pois não eram compatíveis com os objetivos estabelecidos.

5.4. Análise estatística

A análise dos dados foi feita com o pacote estatístico *SPSS* (*Statistical Package for Social Sciences*) *for Windows* versão 14.0. Todos os testes foram realizados considerando hipóteses bilaterais e assumindo um nível de significância de 5%.

Inicialmente foi utilizada a estatística descritiva para avaliar a frequência, média e desvio-padrão das variáveis de interesse. Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média ± desvio-padrão. As comparações das médias da variável "Idade" foram realizadas usando-se o teste-t para amostras independentes (Bussab, Morettin, 2003). Todos os requisitos necessários para a aplicação do teste-t foram satisfeitos, garantindo assim a validade dos resultados obtidos. Com relação às variáveis "Coesão", "Expressividade", "Conflito", "Independência", "Assertividade", "Organização", "Controle" e "Religião", as diferenças entre as médias dos grupos (Alcoolista e Controle) também foram avaliadas pelo teste-t.

Para as variáveis qualitativas foi empregado o teste de qui-quadrado (Noether,1990) quando os requisitos necessários para sua aplicação foram satisfeitos. Nos casos em que as suposições não foram atendidas foi utilizado o teste exato de Fisher.

5.5. Desenho do estudo e aspectos éticos

Após a obtenção da autorização do PROMUD (Anexo E), deu-se início à coleta de dados da seguinte forma: após passar pela triagem e preencher os critérios preestabelecidos pela pesquisa, a paciente era abordada pela pesquisadora a fim de estabelecer um vínculo inicial e receber as devidas explicações sobre a pesquisa. Ao aceitar participar da pesquisa, a paciente assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), previamente aprovado, juntamente com o projeto, pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo F).

Dava-se início então, em uma sala reservada, à entrevista de coleta do genograma com duração média de 50 minutos. Após a entrevista, era entregue à paciente a Escala FES para que ela preenchesse sozinha durante a permanência no programa e devolvesse no mesmo dia à pesquisadora.

Todas as entrevistas, de ambos os grupos, foram realizadas somente pela pesquisadora a fim de não haver influência de diferenças de estilo de entrevistadores nos dados coletados.

Somente após a coleta do grupo das alcoolistas ter sido praticamente concluída é que se fez a análise estatística da média da idade deste grupo a fim de atender a necessidade de se obter um grupo controle com idade semelhante ao grupo inicial.

A coleta do grupo controle se deu início após a obtenção da autorização do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas de Curitiba (Anexo G), bem como do comitê de ética em pesquisa desta instituição (Anexo H).

As pacientes do grupo controle eram abordadas pela pesquisadora durante a espera de suas consultas e, após a devida explicação da pesquisa e concordância, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Com relação ao genograma e à escala FES foi realizado o mesmo procedimento do grupo de alcoolistas para a coleta de dados do grupo controle.

Após o término da coleta de dados, a pesquisadora criou um banco de dados utilizando o *SPSS* (*Statistical Package for Social Sciences*) *for Windows* versão 14.0, que posteriormente foi enviado a um profissional da área de Estatística para análise dos dados.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. Características sociodemográficas

Os 62 indivíduos foram divididos em dois grupos: Alcoolista (48,4%, n=30) e Controle (51,6%, n=32) (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência e percentual dos grupos alcoolista e controle

Grupos	Freqüência	(%)
Alcoolista	30	48,4
Controle	32	51,6

Com relação aos dados sociodemográficos, notou-se (Tabela 2) que existe diferença estatisticamente significativa entre as médias da variável “Idade” nos grupos alcoolista e controle (p=0,030). As participantes do grupo alcoolista eram, em média, mais velhas que as participantes do grupo controle.

Com relação à escolaridade, também foi encontrada diferença estatística entre os grupos (p=0,003), sendo que no grupo alcoolista a maioria das participantes tinha completado o ensino superior (40%, n=12), enquanto que no controle a maioria das participantes tinha completado o ensino fundamental (62,5%, n=20).

Os dois grupos também diferiram com relação ao estado civil (p=0,001) sendo que o grupo controle tinha maior proporção de mulheres com companheiros (100%, n=32) que o grupo de alcoolistas (73,3%, n=22).

Com relação à maternidade (p=0,029), notou-se maior proporção de participantes com filhos (93,8%, n=30) no grupo controle que entre as alcoolistas (73,3%, n=22).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos

Variáveis			Alcoolista N= 30	Controle N= 32	p-valor
Idade		Média (d.p.)	43,70 (9,90)	38,84 (6,89)	**0,030**[1]
Escolaridade	Fundamental	N (%)	9 (30,0)	20 (62,5)	**0,003**[2]
	Médio	N (%)	9 (30,0)	10 (31,3)	
	Superior	N (%)	12 (40,0)	2 (6,3)	
Companheiro	Sim	N (%)	22 (73,3)	32 (100,0)	**0,001**[3]
	Não	N (%)	8 (26,7)	0 (0,0)	
Maternidade	Sim	N (%)	22 (73,3)	30 (93,8)	**0,029**[2]
	Não	N (%)	8 (26,7)	2 (6,3)	

[1] Teste qui-quadrado
[2] Teste exato de fisher
[3] Teste-t para amostras independentes

6.2. História do uso abusivo de álcool nas diferentes gerações

Em relação à distribuição das participantes nos grupos alcoolista e controle, considerando o abuso de álcool, observou-se uma maior proporção, no grupo alcoolista, de abuso de álcool pelo companheiro da participante (p=0,021) e pela mãe da participante (p=0,004) (Tabela 3). Nos demais familiares (pai, avós paternos e maternos) não foi observada diferença estatisticamente significativa.

Não sabiam responder para o avô paterno 40% (n= 12) das alcoolistas e 46,8% (n=15) das participantes de controle. Para o avô materno, 10% (n=3) das alcoolistas e 37,5% (n= 12) das participantes de controle. Não sabiam responder para a avó paterna 30% (n=9) das alcoolistas e 37,5% (n=12) das participantes de controle. Já para avó materna, 16,6% (n=5) das alcoolistas e 34,3% (n=11) das participantes de controle. Observou-se que as alcoolistas, possuíam mais conhecimento sobre a história familiar de abuso de álcool que o grupo controle. Além disso, este conhecimento era maior do lado materno da família.

Tabela 3 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso de álcool pelo companheiro e pela mãe

		Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor
		n (%)	n (%)	
Companheiro	Sim	6 (20,0)	3 (9,4)	**0,021**[2]
	Não	16 (53,3)[1]	29 (90,6)	
Mãe	Sim	7 (23,3)	0 (0,0)	**0,004** [3]
	Não	23 (76,7)	32 (100,0)	

[1] O n total não é 30 porque 8 das participantes eram solteiras
[2] Qui-quadrado
[3] Teste exato de Fisher

6.3. Tipos de alianças entre os membros familiares ao longo das gerações

Ao avaliar o tipo de interação entre os membros familiares, ou seja, as alianças, optou-se por duas categorias de alianças. A primeira delas denominada "amigável" representa interações saudáveis entre os membros familiares e a segunda categoria denominada "disfuncional" engloba 3 outros tipos de alianças: superenvolvimento (proximidade excessiva entre os membros), distante ou débil (membros são distantes uns dos outros) e conflito (existem brigas entre os membros).

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos grupos alcoolista e controle em vários pares de familiares sendo que no grupo controle a proporção de alianças amigáveis foi sempre maior que no grupo das alcoolistas, como descrito adiante.

6.3.1. Alianças na Geração 1 – Companheiro

Com relação às alianças com o companheiro, observou-se que existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,002) entre os grupos, mostrando que as alcoolistas possuíam mais alianças disfuncionais com seus companheiros em comparação ao grupo controle (Tabela 4).

Devido ao elevado número de categorias de alianças disfuncionais, que impossibilitaram uma avaliação estatística confiável, optou-se por mostrar somente em forma de percentual os tipos de alianças estabelecidas entre os membros. Notou-

se que, no grupo das alcoolistas, o tipo de aliança predominante com o companheiro foi a aliança distante (33,3%, n=10), ou seja, aquela nas quais os membros são afetivamente distantes um do outro, enquanto no grupo controle a aliança predominante foi a do tipo amigável (75,0%, n=24), ou seja, aquela de relação saudável entre os membros (Tabela 5).

6.3.2. Alianças na Geração 2 – Pai e Mãe

Ao analisar as alianças das participantes com suas mães (p=0,003), percebeu-se que as alcoolistas possuíam mais alianças disfuncionais com suas mães em comparação com o grupo controle (Tabela 4).

Ao desmembrar os tipos de alianças em percentuais (Tabela 5), notou-se que para as alcoolistas o tipo de aliança predominante com a mãe foi do tipo conflito (36,7%, n=11), ou seja, aquela baseada em brigas, discussões e até mesmo violência. Já para o grupo controle o tipo de aliança predominante foi amigável (68,8%, n=22), ou seja, aquela baseada em uma relação saudável.

Com relação ao pai também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p<0,001), mostrando que as alcoolistas possuíam novamente alianças disfuncionais em comparação ao grupo controle (Tabela 4).

Ao avaliar o tipo de aliança com o pai, observou-se nas alcoolistas uma frequência maior do tipo superenvolvimento (40,0%, n=12), ou seja, aquela na qual existe uma proximidade excessiva entre os membros, enquanto que no grupo controle a frequência maior foi do tipo amigável (65,6%, n=21) (Tabela 5).

Encontrou-se diferença estatística (p=0,001) na avaliação da aliança entre o pai e a mãe, mostrando que no grupo das alcoolistas a aliança do casal era mais disfuncional que o grupo controle (Tabela 4).

Para as alcoolistas a aliança mais frequente entre o casal foi a do tipo conflito (63,3%, n=19), enquanto que no grupo controle a aliança mais frequente foi a do tipo amigável (75,0%, n=24) (Tabela 5).

6.3.3. Alianças na Geração 3 – Avós

Com relação ao avô materno, observou-se diferença estatística (p=0,049) entre os grupos mostrando que o grupo das alcoolistas possuía mais alianças disfuncionais em comparação com o grupo controle (Tabela 4).

No entanto, ao detalhar o tipo de aliança, a frequência maior para o grupo das alcoolistas foi da aliança amigável (43,3%, n=13), bem como para o grupo controle (40,6%, n=13) (Tabela 5), o que parece ser contraditório em relação ao resultado apresentado anteriormente (Tabela 4). Essa aparente contradição se deve ao fato de que, ao detalhar a porcentagem das alianças, as disfuncionais ficam subdivididas em 3 categorias (superenvolvimento, distante e conflito) enquanto as amigáveis apresentam apenas uma única categoria.

Com relação à avó materna, avó paterna e avô paterno, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos (p=0,097, p=0,474, p=0,409 respectivamente).

Em todos os grupos, verificou-se frequência maior das alianças do tipo amigável.

Também não foram encontradas diferenças estatísticas com relação à aliança entre os avós maternos. Com relação à frequência do tipo de aliança entre o casal de avós maternos, o que se observou é que para ambos os grupos a aliança predominante foi a do tipo amigável.

Pode-se observar diferença estatisticamente significativa (p=0,046) na aliança do casal de avós paternos, o que mostra que os avós das alcoolistas tinham alianças mais disfuncionais em comparação ao grupo controle (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo tipo de alianças entre os membros familiares ao longo das gerações

[1] Qui- quadrado

[2] O n total não é 30 porque 8 das mulheres alcoolistas não possuíam companheiro.

		Alcoolista N=30	Controle N=32	p- valor[1]
		n (%)	n (%)	
Participante com seu companheiro	Amigável	7 (31,8)	24 (75,0)	**0,002**
	Disfuncional	15 (68,2)[2]	8 (25,0)	
Participante com sua mãe	Amigável	10 (33,3)	22 (71,0)	**0,003**
	Disfuncional	20 (66,7)	9 (29,0)	
Participante com seu pai	Amigável	6 (20,0)	21 (67,7)	**<0,001**
	Disfuncional	24 (80,0)	10 (32,3)	
Entre pai e mãe	Amigável	10 (33,3)	24 (75,0)	**0,001**
	Disfuncional	20 (66,7)	8 (25,0)	
Participante com seu avô materno	Amigável	4 (13,3)	0 (0,0)	**0,049**
	Disfuncional	26 (86,7)	32 (100,0)	
Entre avós paternos	Amigável	9 (56,3)	18 (85,7)	**0,046**
	Disfuncional	7 (43,8)	3 (14,3)	

Tabela 5 - Frequência e percentual nos grupos alcoolista e controle segundo tipo de aliança

		Alcoolista N=30	Controle N=32
		n (%)	n (%)
Participante com seu companheiro	Superenvolvimento	3 (10,0)	0 (0,0)
	Distante	10 (33,3)	2 (6,3)
	Conflito	7 (23,3)	6 (18,7)
	Amigável	2 (6,6)	24 (75,0)
	Sem companheiro	8 (26,7)	0 (0,0)
Participante com sua mãe	Superenvolvimento	4 (13,3)	1 (3,1)
	Distante	5 (16,7)	6 (18,8)
	Conflito	11 (36,7)	2 (6,3)
	Amigável	10 (33,3)	22 (68,8)
	Não conheceu/ Não conviveu	0 (0,0)	1 (3,1)
Participante com seu pai	Superenvolvimento	12 (40,0)	3 (9,4)
	Distante	6 (20,0)	4 (12,5)
	Conflito	6 (20,0)	3 (9,4)
	Amigável	6 (20,0)	21 (65,6)
	Não conheceu/Não conviveu	0 (0,0)	1 (3,1)
Entre Pai e Mãe	Superenvolvimento	1 (3,3)	0 (0,0)
	Distante	0 (0,0)	0 (0,0)
	Conflito	19 (63,3)	8 (25,0)
	Amigável	10 (33,3)	24 (75,0)
Participante com seu avô materno	Superenvolvimento	3 (10,0)	1 (3,1)
	Distante	5 (16,7)	2 (6,3)
	Conflito	6 (20,0)	0 (0,0)
	Amigável	13 (43,3)	13 (40,6)
	Não conheceu/ Não conviveu	3 (10,0)	16 (50,0)
Entre avós paternos	Superenvolvimento	0 (0,0)	0 (0,0)
	Distante	1 (3,3)	0 (0,0)
	Conflito	6 (20,0)	3 (9,4)
	Amigável	9 (30,0)	18 (56,3)
	Não conheceu/ Não conviveu	14 (46,7)	11 (34,4)

Vale ressaltar que 3,1% (n=1) dos controles não conheceram/não conviveram com as mães, 3,1% (n=1) dos controles não conheceram/não conviveram com os pais, 10,0% (n=3) das alcoolistas e 50,0% (n=16) dos controles não conheceram/não conviveram com os avôs maternos, 26,7% (n=8) das alcoolistas e 34,4% (n=11) não conheceram/não conviveram com as avós maternas, 63,3% (n=19) das alcoolistas e 56,3% (n=18) não conheceram/não conviveram com os avôs paternos e 46,7% (n=14) das alcoolistas e 53,1% (n=17) não conheceram/não conviveram com as avós paternas, mostrando que, exceto para o caso dos avôs paternos, as alcoolistas conviveram e conheceram mais suas famílias de origem do que o grupo controle.

6.4. Existência de triangulação nas diferentes gerações

Ao analisar a triangulação na família atual (participante ou seu companheiro se unem aos filhos na tentativa de resolverem conflitos conjugais), notou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções de alcoolistas e controles (p=0,049). Observou-se que, no grupo controle, 100% (n=32) das participantes não apresentaram triangulação, enquanto que, no grupo das alcoolistas, apesar de o percentual das participantes que não apresentaram triangulação ser expressivo (63,3%, n=19), ainda havia participantes que apresentaram triangulação (10,0% - n=3) (Tabela 6).

Na análise da triangulação da família de origem (um dos pais da participante se unia a ela na tentativa de resolver conflitos conjugais), o mesmo padrão se repetiu (p=0,001). Pode-se ressaltar ainda que no grupo das alcoolistas os percentuais de participantes nas quais não havia triangulação (53,3%, n=16) e nas quais havia triangulação (46,7%, n=14) foram muito próximos. Para o grupo controle a grande maioria das participantes não apresentava triangulação (90,6%, n=29), reforçando a existência de triangulação nas famílias alcoolistas (Tabela 6).

Vale destacar ainda as configurações destas triangulações estudadas na família de origem. A triangulação é uma relação de superenvolvimento com um dos pais por um lado e uma relação de conflito com o outro progenitor. O que se observou é que as alcoolistas que apresentavam triangulação na família de origem (46,7%, n=14), 100% (n=14) descreveram uma relação de superenvolvimento com o pai e uma relação de conflito com a mãe. Das participantes que apresentavam

triangulação no grupo controle (9,4%, n=3), 100% (n=3) possuíam uma relação de superenvolvimento com a mãe e de conflito com o pai.

Tabela 6: Existência de triangulação nas diferentes gerações

		Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor
		n (%)	n (%)	
Família Atual	Sim	3 (10,0)	0 (0,0)	**0,049** [2]
	Não	19 (63,3)[1]	32 (100,0)	
Família de Origem	Sim	14 (46,7)	3 (9,4)	**0,001** [3]
	Não	16 (53,3)	29 (90,6)	

[1] O n não é 30 porque 8 participantes eram solteiras
[2] Teste Exato de Fisher
[3]Qui-quadrado

6.5. Tipo de fronteiras ao longo das gerações

Notou-se que, no grupo das alcoolistas, a maioria das participantes possuía fronteiras difusas (63,6%, n=14), o que caracteriza famílias do tipo superenvolvidas nas quais os membros mantêm proximidade excessiva entre si. Já para as participantes do grupo controle, a grande maioria possuía fronteiras nítidas (65,6%, n=21), caracterizando famílias com um grau de proximidade saudável entre os membros. Esta diferença é estatisticamente significativa na análise da família atual (participante, companheiro e filhos) (p=0,007) (Tabela 7).

Este padrão se repetiu ao longo das gerações, na família de origem (participante com relação aos seus pais e irmãos) (p<0,001) e na família dos avós paternos (p=0,020) que se refere à interação entre o pai com os avós da participante (Tabela 7).

Ao analisar a família de avós maternos, que se refere à interação da mãe com os avós da participante, esta diferença não foi estatisticamente significativa, mas mostrou uma tendência (p=0,086). Vale ressaltar que 10% (n=3) e 25% (n=8) dos indivíduos não sabiam relatar o tipo de fronteira entre a mãe e os avós maternos nos grupos alcoolista e controle respectivamente, e que 36,7% (n=11) e 40,6% (n=12) dos indivíduos não sabiam informar o tipo de fronteira que havia entre o pai e os avós paternos nos grupos alcoolista e controle respectivamente. Pode-se observar que, além de a maioria das participantes saber informar mais dados sobre o lado materno de suas relações, as alcoolistas tinham mais conhecimento da sua história familiar em relação a variável “fronteiras”.

Tabela 7 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo fronteira

		Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor [1]
		n (%)	n (%)	
Família Atual	Nítidas	5 (22,7)	21 (65,6)	
	Difusas	14 (63,6)	8 (25,0)	**0,007**
	Rígidas	3 (13,6) [2]	3 (9,4)	
Família de Origem	Nítidas	4 (13,3)	22 (68,8)	
	Difusas	15 (50,0)	5 (15,56)	**<0,001**
	Rígidas	11 (36,7)	5 (15,6)	
Avós Paternos com o pai	Nítidas	6 (31,6)	14 (68,4)	
	Difusas	10 (52,6)	5 (26,3)	**0,020**
	Rígidas	3 (15,8) [3]	1 (5,3) [4]	
Avós Maternos com a mãe	Nítidas	10 (37,0)	13 (54,1)	
	Difusas	13 (48,1)	10 (41,7)	0,086
	Rígidas	4 (14,8) [5]	1 (4,2) [6]	

[1] Qui-quadrado
[2] O n total das alcoolistas não é 30 porque 8 participantes eram solteiras
[3] O n total das alcoolistas não é 30 porque 11 participantes desconheciam este dado
[4] O n total do controle não é 30 porque 12 participantes desconheciam este dado
[5] O n total das alcoolistas não é 30 porque 3 das participantes desconheciam este dado
[6] O n total do controle não é 32 porque 8 das participantes desconheciam este dado

6.6. Distribuição da hierarquia nas diferentes gerações

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando analisados os grupos alcoolista e controle segundo o responsável (mulher, companheiro ou ambos) pela tomada de decisão na família atual (p=0,223), na família dos avós maternos (p=0,376) e na família dos avós paternos (p=0,258). Por exemplo, na família atual, tanto para as alcoolistas como para as controle, os companheiros eram quem frequentemente tomavam as decisões.

Vale ressaltar que 26,6% (n=8) das alcoolistas eram solteiras, enquanto que 100% (n=32) das participantes do grupo de controle tinham companheiros. Ao todo, 30% (n=9) e 62,5% (n=20) das participantes não sabiam responder a pergunta de quem tomava as decisões da família para os avós maternos nos grupos alcoolista e controle, respectivamente e 53,3% (n=16) e 71,9% (n=23) das participantes não sabiam responder essa mesma pergunta na família dos avós paternos nos grupos alcoolista e controle, respectivamente. O que mostra que, para o grupo das alcoolistas, existiu uma tendência maior em responder dados sobre a família materna bem como este grupo pareceu ainda ter um conhecimento maior sobre a história familiar da terceira geração no que diz respeito à variável hierarquia.

Ao analisar a família de origem (pais e irmãos das participantes), notou-se a existência de diferença entre as proporções de alcoolistas e controles segundo a tomada de decisão (p<0,001), sendo que 75,9% (n= 22) das mães tomavam decisões no grupo das alcoolistas, enquanto que esse percentual foi de apenas 26,7% (n=8) no grupo controle (Tabela 8). Vale ressaltar que 3,3% (n=1) e 6,3% (n=2) das

participantes não sabiam responder a pergunta na família de origem nos grupos alcoolista e controle, respectivamente.

Tabela 8 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo tomada de decisão na família de origem

	Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor [1]
	n (%)	n (%)	
Mãe	22 (75,9)	8 (26,7)	
Pai	7 (24,1)	11 (36,7)	**<0,001**
Dividida entre o casal	0 (0,0) [2]	11 (36,7) [3]	

[1] Qui-quadrado
[2] O n total não é 30 porque 1 participante desconhecia este dado
[3] O n total não é 32 porque 2 participantes desconheciam este dado

6.7. História de abuso físico, psicológico e/ou sexual nas diferentes gerações

6.7.1. Abuso físico

O abuso físico sofrido pela participante foi mais frequente no grupo das alcoolistas (63,3%, n=19) que no grupo controle (40,6%, n=13). Esta diferença, embora aponte uma tendência (p=0,074), não é estatisticamente significativa (Tabela 9).

A Tabela 10 mostra em porcentagens (devido ao número de categorias não foi possível aplicar o teste estatístico) que em ambos os grupos o maior "agressor" foi o companheiro (26,3%, n=5 no grupo alcoolista e 53,9%, n=7 no grupo controle). Vale ressaltar a diferença existente nas porcentagens referentes à agressão perpetrada pela mãe: nas alcoolistas foi de 21,0% (n=4) em comparação a apenas 7,7% (n=1) no grupo controle. Ao considerar o abuso físico cometido pela mãe e companheiro, enquanto no grupo controle esta situação não ocorreu, as alcoolistas tiveram índice de 21,0% (n=4). Estes dados sugerem que entre as alcoolistas é mais comum as mães serem mais violentas, enquanto que no grupo controle, o mais comum é o que os pais sejam violentos.

Ao considerar a existência de abuso físico sofrido pela mãe, observou-se maior proporção nas mães das alcoolistas (p=0,016) (Tabela 9).

A Tabela 10 mostra em porcentagens (devido ao número de categorias não foi possível aplicar o teste estatístico) que em ambos os grupos o maior "agressor" foi o companheiro: 69,2% (n=9) no grupo alcoolista e 100,0% no grupo controle. Vale

ressaltar que no grupo das alcoolistas apareceram também como agressores o pai (7,7%, n=1) e a mãe (7,7%, n=1), diferentemente do grupo controle no qual o único agressor foi o companheiro.

Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi verificada para a avó materna, já que os dois grupos responderam que não houve abuso sofrido pela avó materna.

Vale ressaltar que 10% (n=3) e 25% (n=8) das participantes não sabiam responder a pergunta para avós maternas no grupo alcoolista e controle, respectivamente. Não sabiam responder para a avó paterna 13,3% (n=14) das alcoolistas e 31,25% (n=10) das participantes de controle. Notou-se que em ambos os lados da família, materno e paterno, as alcoolistas pareceram ter mais conhecimento da história da terceira geração de sua família com relação ao abuso físico, principalmente do lado materno.

6.7.2. Abuso psicológico

Ao analisar a história de abuso psicológico sofrida pela participante, notou-se que este foi relatado em maior proporção no grupo das alcoolistas (p=0,014) (Tabela 9). Com relação ao percentual do responsável pelo abuso, o principal abusador foi o companheiro em ambos os grupos: 37,5% (n=9) nas alcoolistas e 56,3% (n=9) no controle. Porém, no grupo controle, pai e companheiro foram os segundos maiores abusadores (18,8%, n=3), enquanto que nas alcoolistas foi a mãe (20,8%, n=5),

sugerindo mais uma vez que as mulheres alcoolistas sofrem mais abuso por parte das suas mães (Tabela 10).

O mesmo padrão foi verificado para a geração da família de origem, ou seja, na mãe da participante do grupo de alcoolistas observou-se maior proporção de abuso psicológico (p=0,036) (Tabela 9).

Com relação ao percentual segundo o responsável pelo abuso (Tabela 10), novamente o companheiro apareceu como principal agressor em ambos os grupos: 76,9% (n=10) nas alcoolistas e 100% (n=6) no grupo controle. Salienta-se que, no grupo das alcoolistas, outros membros apareceram como agressores e incluíram não só o gênero masculino (pai), mas também mães, no caso as avós maternas das participantes estudadas.

Não foi encontrada diferença estatisticamente para as avós materna e paterna das participantes, sendo que 13,33% (n=4) e 31,25% (n=10) não sabiam responder a pergunta para avós maternas no grupo alcoolista e controle, respectivamente. Não sabiam responder para a avó paterna 46,6% (n=14) das alcoolistas e 40,62% (n=13) das participantes de controle. Notou-se que nesta variável, em comparação ao grupo controle, o grupo das alcoolistas sabia mais sobre as avós maternas. Já com relação à avó paterna, este dado se inverteu, sugerindo que o conhecimento da história de abuso psicológico das mulheres alcoolistas é maior para o lado materno da família.

6.7.3. Abuso sexual

Observou-se que houve uma maior proporção nas alcoolistas de abuso sexual (p=0,032) (Tabela 9).

Ao destacar o responsável pelo abuso (Tabela 10), não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que sofreram abuso sexual por pessoas da família ou fora da família entre alcoolistas e as participantes de controle (p=0,619).

O mesmo padrão da existência de maior proporção de abuso sexual no grupo alcoolista se repetiu na terceira geração para as avós maternas (p=0,012) (Tabela 11). Vale ressaltar que esta diferença foi detectada no lado materno e não no paterno já que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando considerado abuso sexual da avó paterna (p=0,829).

Com relação ao abuso sexual na mãe, não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa (p=1,000).

Tabela 9 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso físico, psicológico e/ou sexual na paciente e em sua mãe

Variáveis			Alcoolista N=30 n (%)	Controle N=32 n (%)	p-valor [1]
Abuso Físico	Participante	Sofreu	19 (63,3)	13 (40,6)	0,074
		Não Sofreu	11 (36,7)	19 (59,4)	
	Mãe	Sofreu	13 (43,3)	5 (15,6)	**0,016**
		Não Sofreu	17 (56,7)	27 (84,4)	
Abuso Psicológico	Participante	Sofreu	24 (80,0)	16 (50,0)	**0,014**
		Não Sofreu	6 (20,0)	16 (50,0)	
	Mãe	Sofreu	13 (43,3)	6 (18,8)	**0,036**
		Não Sofreu	17 (56,7)	26 (81,3)	
Abuso Sexual	Participante	Sofreu	12 (40,0)	5 (15,6)	**0,032**
		Não Sofreu	18 (60,0)	27 (84,4)	
	Mãe	Sofreu	1 (3,3)	1 (3,1)	**1,000**
		Não Sofreu	29 (96,7)	31 (96,9)	

[1] Qui- quadrado

Tabela 10 - Frequência e percentual das participantes e suas mães nos grupos alcoolista e controle que sofreram abuso físico e/ou psicológico segundo o responsável pelo abuso

Variáveis			Alcoolista N=30 n (%)	Controle N=32 n (%)
Abuso Físico	Participante	Mãe	4(21,0)	1 (7,7)
		Pai	4 (21,0)	3 (23,0)
		Companheiro	5 (26,3)	7 (53,9)
		Mãe e pai	0 (0,0)	1 (7,7)
		Mãe e companheiro	4 (21,0)	0 (0,0)
		Pai e companheiro	2 (10,7)	1 (7,7)
		Mãe, pai e companheiro	0 (0,0)	0 (0,0)
		TOTAL	19 (100,0)	13 (100,0)
	Mãe	Mãe	1 (7,7)	0 (0,0)
		Pai	1 (7,7)	0 (0,0)
		Companheiro	9 (69,2)	0 (0,0)
		Mãe e pai	0 (0,0)	5 (10,0)
		Mãe e companheiro	1 (7,7)	0 (0,0)
		Pai e companheiro	1 (7,7)	0 (0,0)
		Mãe, pai e companheiro	0 (0,0)	0 (0,0)
		TOTAL	13 (100,0)	5 (100,0)
Abuso Psicológico	Participante	Mãe	5 (20,8)	2 (12,5)
		Pai	3 (12,5)	1 (6,3)
		Companheiro	9 (37,5)	9 (56,3)
		Mãe e pai	1 (4,2)	1 (6,3)
		Mãe e companheiro	3 (12,5)	0 (0,0)
		Pai e companheiro	2 (8,3)	3 (18,8)
		Mãe, pai e companheiro	1 (4,2)	0 (0,0)
		TOTAL	24 (100,0)	16 (100,0)
	Mãe	Mãe	0 (0,0)	0 (0,0)
		Pai	1 (7,7)	0 (0,0)
		Companheiro	10 (76,9)	6 (100,0)
		Mãe e pai	0 (0,0)	0 (0,0)
		Mãe e companheiro	1 (7,7)	0 (0,0)
		Pai e companheiro	1 (7,7	0 (0,0
		Mãe, pai e companheiro	0 (0,0)	0 (0,0)
		TOTAL	13 (100,0)	6 (100,0)

Tabela 11 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo abuso sexual sofrido pela avó materna da paciente

	Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor [1]
	n (%)	n (%)	
Sim	27 (90,0)	20 (62,5)	**0,012**
Não	3 (10,0)	12 (37,5)	

[1] Qui-quadrado

6.8. Frequência de divórcio, recasamento e relacionamento extraconjugal nas diferentes gerações

Em relação à distribuição das participantes nos diferentes grupos, considerando o divórcio na família atual, observou-se que houve menor proporção de divórcio no grupo controle (p=0,002) (Tabela 12).

Analisando o divórcio na família de origem (pais e irmãos), família dos avós maternos e família dos avós paternos, não foram encontradas diferenças nas proporções entre os grupos alcoolista e controle.

Vale ressaltar que 3,3% (n=1) das alcoolistas não sabiam responder a pergunta para a família dos avós maternos e 16,7% (n=5) para a família de avós paternos, enquanto que, nas participantes do grupo controle, 3,1% (n=1) não sabiam responder a pergunta tanto para a famílias dos avós maternos quanto para a dos avós paternos. Notou-se a existência de uma grande diferença entre as porcentagens das alcoolistas sobre o conhecimento do lado materno e do paterno na terceira geração. O conhecimento da história de divórcio do lado materno parece ser muito maior do que do lado paterno, enquanto que para o grupo controle este porcentagem é equivalente.

Tabela 12 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo divórcio na família atual

	Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor [1]
	n (%)	n (%)	
Sim	12 (40,0)	5 (15,6)	**0,002**
Não	10 (33,3) [2]	27 (84,4)	

[1] Qui-quadrado
[2] O n total não é 30 porque 8 das participantes eram solteiras

Em relação à distribuição das participantes nos diferentes grupos, considerando o recasamento, não se observou diferença em nenhuma das gerações. Não sabiam responder a pergunta para os avós maternos 6,66% (n=2) das alcoolistas e 3,12% (n=1) das participantes do grupo controle. Para os avós paternos, não sabiam responder 3,33% (n=1) das alcoolistas e 3,12% (n=1) das participantes de controle. Notou-se que as participantes do grupo controle pareciam possuir maior conhecimento da história familiar da terceira geração nesta variável.

Em relação à distribuição das participantes nos grupos alcoolista e controle, considerando a existência de relação extraconjugal, observou-se que houve uma maior proporção de relações extraconjugais dos avôs paternos no grupo alcoolista (p=0,007) (Tabela 13). Nas demais gerações não houveram diferenças estatisticamente significativas e, para a avó paterna, não foi possível a aplicação do teste estatístico, pois todos os relatos foram de que não houve relações extraconjugais.

Não sabiam responder para o avô paterno 46,6% (n=14) das alcoolistas e 46,8% (n=15) das participantes de controle. Não sabiam responder para o avô materno 20% (n=6) das alcoolistas e 40,6% (n=13) das participantes de controle. Não sabiam responder para a avó paterna 36,6% (n=11) das alcoolistas e 37,5% (n=12) das participantes de controle. Não sabiam responder para a avó materna 20% (n=6) das alcoolistas e 37,5% (n=12) das participantes de controle. Notou-se que o conhecimento da história familiar a respeito do lado paterno foi equivalente para os dois grupos, porém, para o lado materno as alcoolistas mostraram conhecer mais a história de relacionamentos extraconjugais da terceira geração que o grupo controle.

Tabela 13 - Frequência e percentual das participantes nos grupos alcoolista e controle segundo relação extraconjugal do avô paterno

	Alcoolista N=30	Controle N=32	p-valor [1]
	n (%)	n (%)	
Sim	6 (37,5)	0 (0,0)	**0,007**
Não	10 (62,5) [2]	17 (100,0) [3]	

[1] Teste Exato de Fisher
[2] O n total não é 30 porque 14 das participantes desconheciam este dado
[3] O n total não é 32 porque 15 das participantes desconheciam este dado

6.9. História de perdas traumáticas de filhos ou abortos ao longo das gerações

Com relação à distribuição das participantes nos grupos alcoolista e controle, considerando a existência de perdas traumáticas de filhos ou abortos (provocados ou naturais), não se observou diferença estatisticamente significativa em nenhuma das gerações. Vale ressaltar que 13,33% (n=4) e 40,62% (n=13) das participantes não sabiam responder a pergunta para a avó materna nos grupos alcoolista e controle, respectivamente. Não sabiam responder para a avó paterna 16,66% (n=5) das alcoolistas e 59,37% (n=19) das participantes de controle.

Notou-se ainda que as alcoolistas possuíam maior contato com a terceira geração, a dos avós, que o grupo controle com relação a esta variável bem como possuíam maior conhecimento da história materna que da paterna.

6.10. Análise do início do alcoolismo em relação ao momento do ciclo de vida familiar da mulher alcoolista

Ao avaliar o início do alcoolismo levando-se em conta o momento do ciclo de vida familiar em que a participante se encontrava, verificou-se que a maioria das participantes alcoolistas (53,3%, n=16) começou a ter problemas na vida relacionados ao uso de álcool quando já estavam convivendo com seus companheiros (Tabela 14).

Tabela 14 - Frequência e percentual das participantes no grupo alcoolista segundo início do alcoolismo

	Solteira		Com companheiro	
	N	%	n	%
Início do alcoolismo	14	46,7	16	53,3

Passando a analisar este dado sob a perspectiva das diferentes fases do ciclo de vida da família, pode-se notar que a maioria das participantes estudadas (57,2%, n=8) no momento em que o uso de álcool se tornou problema para elas estava fora da casa dos pais, ou seja, na fase do “ninho vazio” para eles. As demais, 42,8% (n=6), que começaram o uso de álcool solteiras encontravam-se na fase da adolescência, ou seja, a família estava na fase “filhos adolescentes” no momento em que o álcool se tornou um problema na vida destas mulheres (Tabela 15).

Tabela 15 - Frequência e percentual das participantes alcoolistas segundo fase do ciclo de vida – solteira

	n N=14	%
Filhos adolescentes	6	42,8
Ninho vazio	8	57,2

Para as participantes que relataram perceber o uso de álcool como problema já convivendo com seus companheiros, a grande maioria relatou se encontrar nas fases do ciclo de vida familiar “filhos pequenos” (37,5%, n=6) ou “filhos adolescentes” (37,5%, n=6), seguido de “ninho vazio” (18,8%, n=3) e casamento (6,3%, n=1), como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 - Frequência e percentual das participantes alcoolistas segundo fase do ciclo de vida – casada

	n N=16	%
Filhos pequenos	6	37,5
Filhos adolescentes	6	37,5
Ninho vazio	3	18,8
Casamento	1	6,3

6.11. Descrição do ambiente familiar na geração da participante com seus pais e irmãos

A seguir são apresentados os resultados obtidos para o teste de diferença das médias das subescalas “Coesão”, “Expressividade”, “Conflito”, “Independência”, “Assertividade”, “Organização”, “Controle” e “Religião” nos grupos alcoolista e controle coletados com o uso da Escala FES. Vale ressaltar que esta escala foi aplicada somente levando-se em consideração a geração 2 (participante, pais e irmãos) (Tabela 17).

Com relação à subescala coesão (ajuda e apoio entre os membros da família), ficou evidenciada uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos controle e alcoolista (p=0,002), sendo que a média do grupo das alcoolistas (35,93) foi menor que a média do grupo controle (49,97), sugerindo que as famílias de mulheres alcoolistas possuem menos coesão que famílias das mulheres do grupo controle.

Este mesmo padrão se repetiu para a subescala expressividade, que avalia a expressão de sentimentos dos membros familiares. Notou-se novamente uma diferença estatisticamente significativa (p=0,046), bem como a média das alcoolistas (40,63) foi menor que a média do grupo controle (46,78), indicando assim que nas famílias de origem das mulheres alcoolistas existiu menos expressão de sentimentos que nas famílias das mulheres do grupo controle.

Também se encontrou diferença estatística na subescala conflito, do tipo expresso abertamente na família (p=0,004). O grupo das alcoolistas apresentou uma

média maior para conflito (54,03) que o grupo controle (45,00), mostrando que nas famílias de alcoolistas existia mais conflito aberto que nas famílias do grupo controle.

Encontrou-se ainda diferença estatística (p=0,018) na subescala organização, que se refere ao planejamento das atividades familiares. A média no grupo das alcoolistas foi menor (53,53) que a média do grupo controle (58,84), revelando que existia menor capacidade de organização nas famílias das alcoolistas que nas famílias controle.

Ao analisar a subescala religião (questões éticas e valores religiosos), também se encontrou diferença estatística entre os grupos (p=0,003), sendo que a média do grupo das alcoolistas (52,53) foi menor que a media do grupo controle (59,59), mostrando que a religiosidade é menor nas famílias de alcoolistas que nas famílias do grupo controle.

Na análise das subescalas independência (capacidade de decisão, p=0,503), assertividade (atividades orientadas para um objetivo, p=0,566) e controle (presença de regras e procedimentos na vida familiar cotidiana, p=0,179) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos alcoolista e controle.

Tabela 17 - Média, desvio-Padrão e *p*-valor da comparação das médias das subescalas coesão, expressividade, conflito, independência, assertividade, organização, controle e religião nos grupos alcoolista e controle

	Alcoolista n=30	Controle n=32	p-valor [1]
	Média (d.p.)	Média (d.p.)	
Coesão	35,93 (18,30)	49,97 (15,52)	**0,002**
Expressividade	40,63 (12,77)	46,78 (10,91)	**0,046**
Conflito	54,03 (13,89)	45,00 (9,39)	**0,004**
Independência	40,20 (14,49)	38,00 (11,08)	0,503
Assertividade	52,00 (12,52)	50,44 (8,17)	0,566
Organização	53,53 (9,16)	58,84 (7,95)	**0,018**
Controle	56,17 (9,88)	59,19 (7,50)	0,179
Religião	52,53 (9,67)	59,59 (7,85)	**0,003**

[1] Teste t para amostras independentes.

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Antes de discutir propriamente os resultados, merecem destaque algumas considerações relacionadas às diferenças sociodemográficas encontradas entre os grupos controle e de alcoolistas. Verificou-se que as mulheres alcoolistas eram mais velhas que o grupo controle. As possíveis explicações para este fato seriam: o fato de o grupo controle ter sido selecionado em um ambulatório de ginecologia, que incluía mulheres com desejo de engravidar e/ou o fato de as mulheres mais jovens, em geral, serem poliusuárias de drogas (Scivoletto, Morihisa, 2001).

As alcoolistas tinham também maior grau de escolaridade, mesmo sendo as duas amostras de hospitais públicos. Uma explicação para este achado seria com relação ao custo deste tipo de tratamento quando feito em âmbito particular, que o torna inviável mesmo para uma população mais intelectualizada e com melhores condições socioeconômicas (Brasiliano, 2005). Sendo o Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) um centro de tratamento multidisciplinar gratuito, atrai mulheres de diversas classes sociais e níveis de escolaridade, diferentemente do tratamento ginecológico ou obstétrico, custeado pela maioria dos planos médicos.

Outra diferença com relação aos dados sociodemográficos foi quanto ao estado civil e número de filhos. As alcoolistas tinham menor proporção de mulheres com companheiros bem como menos filhos que as mulheres do grupo controle. Este dado vai de encontro com a literatura que relaciona o estado civil e o número de filhos com o alcoolismo feminino. Mulheres casadas apresentam menor índice de

alcoolismo que mulheres solteiras (Prescott, Kendler, 2001) e a gravidez e o número de filhos diminuem o risco de envolvimento patológico com o álcool (Collins, McNair, 2002).

Antes de entrar na discussão das variáveis estudadas ao longo de três gerações, faz-se importante definir dois termos que serão frequentemente utilizados para definir as famílias estudadas: família/casal funcional ou saudável e família/casal disfuncional. Walsh (2002) define uma relação saudável ou funcional como um processo ativo de colaboração entre os membros em relação a um grande número de tarefas (cuidado com os filhos, dinheiro, cuidados com a casa, vida social, entre outros) por um longo período. As regras estabelecidas para o enfrentamento destas tarefas é que estabelecem o grau de funcionalidade ou disfuncionalidade do sistema.

O modo como a transmissão do alcoolismo feminino ocorreu nas diferentes gerações influencia diretamente a análise da estrutura familiar. Observou-se que a diferença entre os grupos controle e alcoolista, no que se refere à presença de alcoolismo, apareceu com relação ao companheiro e à mãe, sendo sempre a maior proporção de abuso de álcool para o grupo das alcoolistas. O achado de que as mulheres alcoolistas possuem companheiros também alcoolistas não é novidade (Nolen-Hoeksema et al., 2006). O que chama a atenção neste dado é que o alcoolismo feminino parece ser passado para as diferentes gerações através das mulheres. Este dado pode ser entendido também pelo prisma da genética, que sugere que as mulheres, tal como os homens, são afetadas pela história familiar de alcoolismo, principalmente para aquelas que possuem um parente em primeiro grau com o problema na família, o que pode aumentar em até 4 vezes o risco de estas mulheres desenvolverem a síndrome (Jennison, Johnson, 2001). Outro modo de

compreensão é pelo prisma do modelo de comportamento, que seria aprendido pelas mulheres sobre o uso de álcool em sua convivência familiar. Este modelo é foco do presente estudo.

O primeiro ponto a ser destacado é a preocupação com relação ao tipo de papel materno que as mulheres alcoolistas terão (Davis, 1994). A literatura tem mostrado que estas mulheres aprendem com a mãe que o uso do álcool pode ser uma maneira de lidar com seus problemas diários sejam eles ligados à família ou não. Este modelo de uso de álcool por mulheres como mecanismo de enfrentamento dos problemas diários é apontado pela literatura (Orford et al., 2001). Considera-se não só o ambiente familiar e o padrão de beber dos pais como relevante na transmissão transgeracional do alcoolismo (Seljamo et al., 2006), mas também o modelo do mesmo sexo, ou seja, a identificação entre mãe-filha/pai-filho possuiria maior efeito no desenvolvimento do alcoolismo que o modelo de sexo oposto (Jennison, Johnson, 2001).

Outros estudos apontam que filhas cujo pai é alcoolista são mais afetadas pelo alcoolismo parental se a mãe for alcoolista (Lex, 1991; Nixon, 1993). Sendo assim, o resultado da presente pesquisa que revelou que a transmissão do alcoolismo nas mulheres se deu pelo lado feminino da família (mãe) vai de encontro com a literatura. Vale lembrar que, além de o grupo alcoolista possuir maior conhecimento da história familiar de abuso de álcool, este ainda era maior pelo lado materno que pelo lado paterno sugerindo novamente que o modelo de maior influência para estas mulheres vem da mãe.

Com relação aos tipos de alianças entre os membros familiares ao longo das gerações, a proporção de alianças do tipo amigáveis foi sempre maior para o grupo

controle, sugerindo que as famílias das mulheres alcoolistas são mais disfuncionais neste aspecto. Este dado aparece já na análise da aliança na geração 1, ou seja, com o companheiro, na qual se observou que 33,3% (n=10) das mulheres alcoolistas possuíam uma relação de distância afetiva com seu companheiro e 23,3% (n=7) relação de conflito marcada por muitas brigas e discussões. Este dado se torna relevante ao avaliar que, mesmo quando não há brigas e discussões entre o casal, esta relação não é necessariamente funcional já que pode estar de fato ocorrendo uma distância afetiva, sem comunicação e expressão de afeto e sentimentos que são de grande importância para a saúde do subsistema conjugal. Os estudos têm revelado que famílias disfuncionais são modelo para transmissão do alcoolismo nas diferentes gerações. Entre as diversas disfunções destas famílias, o relacionamento conjugal conflituoso é um dos fatores apontados pelos pesquisadores como uma característica importante das famílias alcoólicas (Jacob et al., 2001; Jennison, Johnson, 2001; Reinaldo, Pillon, 2008).

A maioria dos estudos sobre interação conjugal e alcoolismo estabelece que casais nos quais o homem é alcoolista são caracterizados por baixa satisfação conjugal, comunicação precária e alto grau de conflito. No entanto, o estudo da relação conjugal na qual a mulher é alcoolista tem recebido pouca atenção. Kelly et al. (2002), ao avaliarem a comunicação nas relações conjugais de mulheres alcoolistas, verificaram que, em comparação com casais funcionais e sem uso de álcool, a comunicação se mostrou mais disfuncional, sendo que as mulheres nestes casais não tinham disponibilidade para escutar o parceiro e se expressavam verbalmente de maneira excessiva.

O mesmo padrão de alianças segue para a geração 2 (participante com seus pais) no qual se observou que as famílias de alcoolistas possuíam mais alianças disfuncionais com as mães e com os pais em comparação ao grupo controle. Deve-se destacar o tipo de aliança disfuncional encontrada para a geração 2. Com a mãe, a aliança foi de conflito enquanto que, com o pai, a aliança foi de superenvolvimento, ou seja, na relação com a mãe aparecem brigas, discussões verbais e até mesmo violência física, enquanto que na relação com o pai o que se observou foi uma proximidade excessiva na qual não existe respeito pelo espaço do outro. Porém, esta relação era descrita como boa pelas alcoolistas, o que sugere que o superenvolvimento com o pai geraria o conflito com a mãe, até porque muitas mulheres relataram que a mãe sentia ciúmes desta relação. As entrevistadas se colocaram no papel de "filha preferida" do pai (*sic*), mencionando até a possibilidade de disputarem com a mãe a atenção dele. Estes tipos de alianças encontradas na geração 2 caracterizam uma triangulação, ou seja, uma relação na qual um dos genitores se une ao filho contra o outro membro do casal, muitas vezes para encobrir o conflito conjugal (Falicov, 2003).

A presença da triangulação se reflete no tipo de aliança encontrada entre pai e mãe: do tipo conflituosa para o grupo das alcoolistas e do tipo amigável para o grupo controle. Os triângulos são constructos fundamentais para o entendimento da família e os sintomas de angústia estão muitas vezes vinculados à sua presença. Várias hipóteses têm sido usadas para explicar a presença da triangulação. Uma delas é a ideia de que qualquer tensão, conflito ou ansiedade persistente entre duas pessoas podem ser propagados envolvendo uma terceira pessoa. Outra ideia é que o triângulo desvia um casal de seu conflito conjugal, fazendo com que voltem sua atenção para o

problema apresentado pelo filho e deixem de resolver o próprio conflito (Falicov, 2003). A triangulação encontrada nas famílias de alcoolistas parece ter justamente esta função: desviar o conflito do casal através da aliança de superenvolvimento com a filha (mulher alcoolista). No entanto, essa disposição triangular mantém o conflito conjugal sempre presente na família, sendo vivenciado diariamente pelo sistema e servindo de modelo para as gerações futuras. Lawson e Lawson (2004) relatam que a triangulação envolvendo diferentes gerações (pais-filhos) são mais frequentes em famílias alcoolistas que em famílias que já atingiram abstinência e famílias de controle.

Ao analisar estes dados pelo prisma da transgeracionalidade, supõe-se ainda que não é apenas mera coincidência esta presença de relacionamentos conjugais conflituosos nas famílias de mulheres alcoolistas. É justamente pelo fato de não vivenciarem a separação necessária da família de origem, pois estão presas ao triângulo conjugal de seus pais, que estas mulheres se veem impedidas de construir uma ligação apropriada com seus companheiros (Falicov, 2003). A literatura aponta para o fato de as pessoas buscarem relações conjugais semelhantes à de seus genitores, mesmo que de forma involuntária, a fim de obedecer a um modelo familiar aprendido (Satir, 1995; Ribeiro, Albuquerque, 2008). O casamento oferece um cenário propício para que o modelo infantil de relacionamento seja vivido (Penso et al., 2008; Ribeiro, Albuquerque, 2008). Nas famílias com alcoolismo a triangulação poderia acontecer ainda envolvendo o casal e o álcool, sendo este o fator que impediria uma diferenciação adequada do novo casal em relação às famílias de origem, o que propiciaria a repetição de padrões de relacionamento da geração anterior (Krestan, Bepko, 2001).

A partir da constatação da triangulação encontrada na geração 2 lança-se ainda uma outra hipótese que, unida à primeira de modelo de aprendizado, explica melhor a repetição do padrão disfuncional conjugal nestas famílias. Em função do superenvolvimento com o pai, existe uma “lealdade invisível” a este, influenciando a escolha do companheiro que estas mulheres alcoolistas farão ao formar suas famílias nucleares. O termo “lealdade invisível” foi criado por Boszormenyi-Nagy e Spark em 1976 e remete ao fato de que toda família possui um espécie de “grande livro” que contém um patrimônio familiar multigeracional, que define toda uma configuração específica de direitos e obrigações impostos ao indivíduo, que deve se conformar a ser leal à família (Trindade, Bucher-Maluschke, 2008). O compromisso de lealdade na família se inicia a partir de algo que se deve a um progenitor (cuidados, amor, solicitude, educação) e que deve ser retribuído. Esta retribuição não precisa ser diretamente à pessoa e pode ser transferida aos pais internalizados, realizando expectativas que se acredita que estes pais possuem com relação ao indivíduo (Aun, 2007).

No caso das famílias aqui estudadas, a relação de lealdade é da filha alcoolista com seu pai que, conforme dito anteriormente, possui uma aliança de superenvolvimento com ele. A hipótese é de que esta filha se sente devedora nesta relação que envolve muita dedicação, carinho e até mesmo a condição de ser preferida em relação à mãe. Aun (2007) revela que, em algumas famílias, a lealdade de um dos cônjuges à sua família de origem pode ser expressa em forma de conflito ou falta de afeto no casamento atual, ou seja, a dedicação ao casamento atual pode ser experimentada como desrespeito aos valores dos seus pais. Isto fica evidenciado

no tipo de aliança encontrado para a geração 1 das famílias alcoolistas que foi de distância afetiva.

Esta influência da lealdade invisível com o pai na relação conjugal das mulheres alcoolistas poderia ter sido estudada com maior propriedade se tivesse sido feita uma comparação da relação conjugal atual das mulheres alcoolistas com a relação conjugal de suas irmãs. Como não foi possível neste estudo verificar este dado, lança-se esta sugestão para investigações futuras.

Ainda com relação à presença de triangulação, esta seguiu o padrão de repetição transgeracional, que pode ser percebida também na geração 1 (na geração 3 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para triangulação), na qual as alcoolistas apresentaram um índice de triangulação expressivo em comparação ao grupo controle. Convém citar aqui o tipo de triangulação encontrado nas famílias do grupo controle. Quando existiu triangulação na geração 2 para este grupo, o que se notou foi que a relação de superenvolvimento era com a mãe, enquanto que a relação de conflito era com o pai, o que embasa a hipótese lançada anteriormente de que o superenvolvimento com o pai no caso das alcoolistas influenciou a escolha dos companheiros de maneira disfuncional (lealdade invisível).

Ao prosseguir com a análise das alianças na geração 3 (avós paternos e maternos), averiguou-se que o padrão de relação conjugal conflituosa também é percebido entre o casal de avós paternos das mulheres alcoolistas, sugerindo novamente que o conflito conjugal é um padrão que se repete ao longo das gerações.

Verificou-se também com relação a geração 3 (avós) que as mulheres alcoolistas possuem alianças disfuncionais somente com o avô materno, relação esta

considerada conflituosa. A suposição que se levanta para este dado é a mesma levantada anteriormente para a relação de conflito com a mãe. A lealdade invisível com o pai dificultaria ou mesmo impediria o envolvimento no mesmo nível com outros homens da família, sejam da geração anterior, seja com o futuro companheiro. Galina (2007) considera que, de geração em geração, os compromissos de lealdade vertical (de avós para pais e filhos) seguem em conflito com os horizontais (o companheiro), ou seja, o estabelecimento de novas relações, por ocasião do casamento, cria a necessidade de se formarem novos compromissos de lealdade e quanto mais rígido for o sistema de lealdade com a família de origem, maior será o desafio para o indivíduo. Não foram encontradas alianças disfuncionais entre a participante alcoolista e seu avô paterno nem com sua avó paterna. Uma hipótese para este dado é que a maioria das participantes alcoolistas não conheceu ou não conviveu com estes avós, diferentemente do avô materno com o qual o grupo mais conviveu e com quem possuía alianças de conflito. Talvez se tivessem convivido mais com estes avós apareceriam alianças disfuncionais com eles também. No entanto, uma investigação mais aprofundada acerca do tema se faz necessária, levando-se em conta as alianças entre pais e avós das participantes (o que não foi verificado no presente estudo) e que poderia explicar melhor a transmissão transgeracional das alianças.

Diferenças estatisticamente significativas também foram observadas com relação às fronteiras ao longo das gerações que avaliou o grau de proximidade entre os membros da família. A função das fronteiras é proteger a diferenciação do sistema. Para um funcionamento apropriado da família, as fronteiras entre os subsistemas (pais – filhos) devem ser nítidas como as encontradas no grupo controle,

o que garante ao sistema familiar que seus membros desempenhem suas funções, sem interferência indevida, porém admitindo contato entre os subsistemas (Minuchin, 1990).

No entanto, algumas famílias giram em torno de si mesmas, com um consequente aumento de comunicação e preocupação entre os membros familiares. Como resultado, as fronteiras se tornam difusas e o sistema sobrecarregado para se adaptar a mudanças em circunstâncias estressantes, caracterizando famílias do tipo emaranhadas ou superenvolvidas (Minuchin, 1990). As fronteiras difusas foram as encontradas no grupo das alcoolistas, o que caracteriza estas famílias como emaranhadas. Este padrão foi encontrado em todas as gerações das mulheres alcoolistas tanto do lado materno quanto do lado paterno.

Segundo Minuchin (1990), as famílias emaranhadas podem ser prejudicadas no que diz respeito ao sentimento de pertencimento que requer dos membros familiares uma máxima renúncia de sua autonomia, ou seja, esta falta de diferenciação desencoraja a exploração autônoma e o domínio dos próprios problemas. Ao fazer um paralelo deste dado com as alianças discutidas anteriormente, pode-se conjecturar que o alto índice de alianças conflituosas nas famílias alcoolistas se dá, entre outros motivos, pelo excessivo grau de preocupação e proximidade entre os membros. O conflito tanto entre os casais quanto entre a mulher alcoolista e sua mãe poderia ser explicado pela presença das fronteiras difusas que atingem os subsistemas conjugais. Quando isto ocorre abre-se espaço para que os filhos possam intrometer-se no funcionamento do casal, gerando conflito (Minuchin, 1990).

Outro aspecto das fronteiras que merece ser salientado é que os dois opostos de famílias consideradas patológicas (emaranhadas e desligadas) estão estreitamente vinculados ao desenvolvimento do alcoolismo. Porém, vale ressaltar que as famílias latino-americanas, incluindo a brasileira, possuem um perfil que se aproxima muito mais das famílias emaranhadas que as famílias norte-americanas. Nas nossas famílias, é comum que os filhos morem com os pais até o casamento e, ao se casarem, permaneçam na mesma vizinhança. Esta característica, contudo, traz algumas disfunções para estas famílias, como dificuldade de tomada de decisões e estabelecimento da individualidade (Galanti, 2003).

Para Bowen (1974), precursor no estudo da diferenciação familiar, conceituada como teoria do apego, o nível de diferenciação está inversamente relacionado ao nível de ansiedade, ou seja, pessoas com alto grau de diferenciação da família de origem experimentam menos ansiedade e se adaptam melhor ao estresse diário pois possuem maior habilidade para tomar as próprias decisões. Com base na teoria de Bowen, Maynard (1997) relata que, nas famílias alcoolistas, o nível de ansiedade é alto e acompanhado por baixos níveis de diferenciação, caracterizando famílias emaranhadas. Kaufman (1996) aponta que mulheres alcoolistas, em comparação a não alcoolistas, se percebem como incapazes de se estabelecerem no meio social, sentindo-se mais ansiosas e insatisfeitas com seu estilo de vida. O álcool muitas vezes age como uma pseudodiferenciação, ou seja, aparentemente o membro alcoolista se distancia dos pais, porém, ao mesmo tempo, em função da doença, torna-se novamente dependente não só dos pais, mas também do álcool, reforçando a dificuldade de separação do sistema (Brasil, 2004).

Quanto à distribuição da hierarquia nas diferentes gerações, a única diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi encontrada na geração 2 (pais e irmãos). Chama atenção o dado de que, no grupo das alcoolistas, a tomada de decisão era feita pelas mães. Sabe-se que as famílias vêm sofrendo mudanças com relação à distribuição da hierarquia ao longo do tempo. Nas famílias mais antigas o poder decisório pertencia ao homem, mas hoje este cenário tem se configurado de forma que o casal desempenhe esta tarefa conjuntamente (Falicov, 2003).

Galanti (2003) ressalta que, nas famílias sul-americanas, houve uma mudança com relação à hierarquia. Ao entrevistar jovens sul-americanas que eram estudantes nos Estados Unidos, estas relataram que, na época de suas avós, o homem possuía o poder de decisão e a mulher defendia e obedecia as opiniões masculinas. Na geração de suas mães que haviam emigrado para os Estados Unidos, este cenário se modificou: as mães ensinavam as filhas que deveriam deixar que os maridos pensassem que estavam no comando e simultaneamente ter o poder de manipulação para conseguir o que quisessem. Na geração das estudantes, elas não tinham intenção de deixar que seus companheiros se sentissem no comando e acreditavam que a hierarquia do casal deveria ser dividida.

Como a média da idade das mulheres estudadas em ambos os grupos foi superior a 35 anos, esperava-se que o poder de decisão nestas famílias estivesse com os homens. Esse dado se confirmou no grupo controle e, se considerarmos a geração 1, em ambos os grupos, os companheiros eram quem frequentemente tomavam as decisões. Ressalta-se aqui que muitas vezes as mulheres alcoolistas relatavam que a mãe detinha o poder decisório e exercia-o de maneira muito enérgica, caracterizando um modelo de educação dos filhos baseado na coerção e na violência física e

psicológica. Este dado vai de encontro com a literatura. Knight (1987) enfatiza o papel dos familiares no alcoolismo, mostrando que há impacto no sistema quando existe um pai passivo em contrapartida à presença de uma mãe dominadora. Esta avaliação da hierarquia coercitiva pode ser ainda correlacionada à análise anterior das alianças na qual se percebeu que a aliança com a mãe no grupo das alcoolistas foi do tipo conflito. Pears et al. (2007) sugerem que em famílias nas quais os pais são abusadores/dependentes de álcool estes tendem a apresentar estratégias disciplinares ineficazes como o uso de controle coercitivo. Esta correlação hierarquia-conflito também é apontada por Drapkin et al. (2005). Estes pesquisadores sugerem que em famílias de mulheres alcoolistas estas tendem a ser mais agressivas que seus parceiros, expressam mais comportamentos verbais agressivos, são mais coercitivas e fisicamente violentas nas interações familiares.

Vale ressaltar que este padrão não foi encontrado nem na geração 1, nem na 3. Nestas gerações, quem frequentemente tomava as decisões da família em ambos os grupos eram os companheiros. No caso da geração 3, este padrão era esperado pois nas famílias mais antigas as decisões pertenciam ao homem. No entanto este padrão chama atenção na geração 1, pois o que se esperava era uma hierarquia dividida entre o casal, pelo menos no grupo controle. Uma hipótese para este dado é que a mudança da hierarquia masculina para a dividida entre o casal ainda está em transição na sociedade. Schraiber et al. (2005) relatam que o índice de famílias chefiadas por mulheres (solteiras, viúvas) e famílias monoparentais vem aumentando expressivamente em centros urbanos, porém a frequência da família clássica na qual a hierarquia pertence ao homem ainda é maior. Outra hipótese seria que a mulher

alcoolista frequentemente submete-se ao marido por se sentir inferiorizada e culpada devido ao estigma social que sofre.

A avaliação da hierarquia nas famílias alcoolistas possui uma analogia direta com a próxima variável a ser discutida que é a violência intrafamiliar física, psicológica e/ou sexual. Vários estudos têm apontado certas condições como fatores de risco para a repetição de interações violentas nas famílias (Ravazzola, 2005; Ribeiro, Bareicha, 2008). Uma destas condições é o alcoolismo (Moreira et al., 2008).

Em um estudo recente realizado no Brasil por Rabello e Caldas Junior (2007) verificou-se que o risco de violência física contra a mulher era 6 vezes maior em famílias que consumiam álcool de forma abusiva comparativamente às que não usavam álcool. Resultado semelhante foi encontrado em outra pesquisa brasileira, que apontou o uso abusivo de álcool como um dos fatores de risco para violência doméstica (Vieira et al., 2008). Além disso, sabe-se que crianças, principalmente meninas, que sofreram maus-tratos e negligência são mais predispostas a se envolverem com álcool na adolescência e vida adulta (Giancola et al., 2003).

Deve-se ressaltar que neste estudo foi considerada violência física todo dano, ou tentativa de dano, causado por força física (tapas, empurrões, chutes etc). Violência psicológica foi considerada toda ação ou omissão que causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (humilhações, ameaças de agressão, privação de liberdade, impedimento ao trabalho, danos propositais ou ameaças a objetos ou pessoas queridas etc.). Violência sexual foi considerada toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra a práticas sexuais contra a própria vontade, por meio da força física ou da influência psicológica. Inclui atos

como toques e carícias não desejados, participação forçada em pornografia ou relações sexuais forçadas com ou sem penetração (Ministério da Saúde, 2001; Schraiber et al., 2005).

Uma primeira correlação para a discussão da violência intrafamiliar provém de um dado sociodemográfico: o número de filhos. As alcoolistas tinham menos filhos que as mulheres do grupo controle. Este é um dado que deve ser levado em conta pois quanto maior o número de filhos na família, menor é o índice de violência. Um maior número de pessoas em uma família parece inibir as agressões físicas (Rabello, Caldas Junior, 2007).

Os resultados da pesquisa apontaram também uma maior prevalência de abuso físico, psicológico e sexual nas famílias de mulheres dependentes de álcool em comparação com as famílias de mulheres não alcoolistas. Este dado é concordante com estudos anteriores, que apontaram que o uso de álcool e outras drogas por mulheres está fortemente vinculado à violência, estejam elas cometendo a violência ou sendo vítimas dela (Bonifaz, Nakano, 2004; Bye, 2007). Além disso, deve-se considerar que o abuso sexual é muito mais frequente entre mulheres alcoolistas que entre as mulheres da população geral (Sellers, 2005; Zilberman, Blume, 2005).

Não se sabe se a violência em mulheres alcoolistas é causa ou efeito da dependência de álcool (Zilberman, Blume, 2005). Alguns estudos apontam o alcoolismo como uma tentativa de lidar com situações de maus-tratos vividas por estas mulheres tanto na fase adulta quanto na infância (Kaysen et al., 2007). Outros observam que é o uso do álcool que leva estas mulheres a se envolverem em situações nas quais são consideradas vítimas de algum tipo de agressão (Minayo, Deslandes, 1998).

Com relação ao abusador físico e psicológico, em ambos os grupos, o principal agressor foi o companheiro. A mulher dependente de álcool parece ter mais comumente uma relação conjugal conflituosa, como mostraram os resultados sobre alianças.

Parece contribuir também para as situações de violência o fato de que, comparativamente às famílias na qual o homem é alcoolista, naquelas em que o dependente de álcool é a mulher, o companheiro tende a ser menos paciente, aceita menos a situação ou mesmo nega mais o problema (Krestan, Bepko, 2001).

Ressalta-se aqui que, na amostra estudada (30 alcoolistas e 32 controles), 23,3% (n=7) das mães, 14,3% (n=3) das avós paternas e 20,0% (n=5) das avós maternas eram alcoolistas. Com relação aos companheiros, 33,3% (n=10) no grupo das alcoolistas e 9,4% (n=3) no grupo controle também eram alcoolistas.

Este dado também foi encontrado quando se avaliou a geração das mães das alcoolistas. Além de elas também sofrerem mais abuso físico e psicológico que as mães de mulheres não alcoolistas, o principal abusador também foi o companheiro. Pais de usuários de álcool e/ou drogas não conseguem se relacionar de modo satisfatório e o relacionamento é muito conflituoso e difícil (Stanton, 1979).

Um dado importante encontrado neste estudo é que, no grupo das alcoolistas, depois do companheiro, o abusador mais frequente foi a mãe. Em contrapartida, no grupo das não alcoolistas, o segundo maior abusador foi o pai, sendo que a mãe apareceu somente em terceiro lugar. Este resultado sugere que, com relação ao abuso físico, a transmissão transgeracional deste comportamento em mulheres alcoolistas se dá pelo lado feminino da família. Cabe ressaltar que a violência materna parece estar relacionada com a violência nos filhos adultos (Chermack et al., 2006). Drapkin

et al. (2005), ao investigarem violência conjugal em amostra de mulheres alcoolistas, verificaram que elas praticam mais frequentemente atos de violência que seus companheiros. Este dado pode explicar o achado da transmissão da violência pelo lado feminino.

Esta hipótese pode ser reforçada quando se analisa a geração das mães: no grupo controle, o abusador físico foi sempre o companheiro e os abusadores psicológicos foram o companheiro (principal) e pai e companheiro em segundo lugar. No grupo das alcoolistas, o principal abusador físico e psicológico foi também o companheiro, porém em segundo lugar foi a mãe (no caso, a avó da paciente).

Novamente, os dados deste estudo sugerem que a transmissão transgeracional da violência em mulheres alcoolistas se dá através do lado feminino. Desde a terceira geração (avós maternas) as mulheres aparecem tanto como vítimas quanto como abusadoras (Redgrave et al., 2003). O fato de se casarem com homens também violentos talvez seja explicado pelo modelo familiar de violência em casa. Sabe-se que o padrão de repetição de condutas e ideias indesejáveis acontece porque os familiares não “enxergam” a violência como problema. Este fenômeno de negação seria uma das formas de explicar porque a violência se repetiria ao longo das gerações (Ravazzola, 2005).

Outra variável abordada neste estudo foi a frequência de divórcio, recasamento e relacionamento extraconjugal. Observou-se que a frequência de divórcio é maior nas famílias das mulheres alcoolistas (geração 1). Apesar de as alianças serem disfuncionais e da presença de conflito em todas as gerações, a tomada de decisão de divórcio só foi observada na geração atual. Uma hipótese para este dado é que como as mulheres estudadas possuíam idade média de 43,7 anos, na

geração de seus pais e avós, o divórcio ainda não era socialmente aceito, o que talvez contribuísse para o casamento perdurar mesmo que de forma disfuncional. Alguns estudos mostram que foi a partir da década de 70 que o índice de divórcio teve um aumento significativo (Gottman, Notarius, 2002; Eldar-Avidan et al., 2009). O dado de que nestas famílias o divórcio quase não existia levanta uma nova hipótese de manutenção de um padrão de interação conflituoso, que poderia ter sido modificado através do recasamento, que talvez estruturasse um modelo mais saudável de funcionamento. Existe um mito quanto ao divórcio ser um evento traumático na vida da família como um todo. Em recente estudo, Eldar-Avidan et al. (2009), constataram que filhos de casais separados relatam esta experiência como um aprendizado para enfrentamento de adversidades futuras. Porém, a literatura é controversa com relação à questão da influência do divórcio para a família, especificamente para os filhos. Alguns estudos mostram correlação entre o divórcio e o aumento de risco para vários comportamentos antissociais, incluindo o abuso de álcool (Cohen, Wills, 1985; Menning, 2006). Um estudo recente (Kristjansson et al., 2009) levanta uma questão importante para esta disparidade. Não se sabe ao certo se é a experiência do divórcio por si só ou fatores específicos no processo de cada divórcio e na dissolução de cada família que influenciam no abuso de álcool entre adolescentes de pais divorciados. Estes mesmos autores verificaram que o conflito familiar, as sérias discussões, bem como a presença de violência durante o divórcio estão relacionados com o abuso de álcool entre os filhos.

A permanência em um casamento disfuncional pode explicar os relacionamentos extraconjugais dos avôs paternos das famílias de alcoolistas. Vale ressaltar que a forma como a família lida com infidelidade conjugal atualmente é

diferente da forma como era vista na época dos pais das participantes. Hoje esta experiência pode ser considerada duplamente traumática para os filhos. Lusterman (2005) relata que, como em nossa cultura ocidental o casamento é baseado nos princípios da monogamia e da confiança, não é surpresa que a quebra deste contrato gere instabilidade não só para o casal, mas para todo o sistema familiar. Antigamente a infidelidade do homem era tida como um comportamento aceitável, mas isso não deixa de ter sua influência nas gerações atuais que ao saberem deste fato farão a leitura de acordo com a visão de hoje.

Este dado sobre a relação extraconjugal pode ainda ser utilizado para explicar a presença da triangulação na geração 2 das famílias alcoolistas. A hipótese que se levanta é que o fato de o pai ter vivenciado infidelidade conjugal na sua família de origem pode ter influenciado o tipo de vínculo que ele estabeleceu com a sua companheira, que é de conflito, gerando uma maior aproximação de suas filhas. Segundo Allen et al. (2008), os casais que vivenciam infidelidade são caracterizados como casais com problemas de comunicação (baixos níveis de interações positivas), altos índices de estresse e desvalorização feminina. No entanto uma investigação mais aprofundada acerca deste tema se faz necessária, pois se deve levar em conta dados não coletados na presente pesquisa como: idade na qual se vivenciou a infidelidade, o tipo de infidelidade bem como a repercussão desta na vida do indivíduo.

Os dados obtidos sobre a aliança conjugal de conflito servem para entender o porquê de não ter havido diferença estatisticamente significativa com relação ao recasamento. As mulheres alcoolistas, apesar de se divorciarem, tendem a não se casar novamente, talvez pelo modelo de casamento disfuncional que não só

vivenciaram, mas que também observaram ao longo das gerações de sua família. Esta vivência poderia fazer com que estas mulheres passassem a acreditar que este é o único modelo de relacionamento que encontrarão por isso a opção de ficarem solteiras. Isso ficou evidenciado durante as entrevistas de coleta do genograma nas quais muitas entrevistadas relatavam não acreditar na existência de relacionamentos saudáveis. As separações conjugais pelo divórcio são processos de mudança que envolvem profundos conflitos de natureza emocional e social, afetando várias gerações. As condições em que o divórcio emocional ocorre, com conflitos, acusações e mágoas, atingem não só o casal mas todo o sistema. Algumas vezes, os ganhos obtidos pelo divórcio (recuperação de uma vida mais funcional) superam a experiência de perda do ideal de família para o sistema (Coelho, 2007). Prescott e Kendler (2001) relacionam a conjugalidade ao alcoolismo em mulheres, sugerindo que as mulheres alcoolistas que passam pelo divórcio tendem a aumentar o uso da substância. Porém se estas mulheres recasam, elas tendem a diminuir o uso de álcool. Sugere-se que futuros estudos investiguem a diferença do grau de consumo de álcool entre mulheres alcoolistas casadas e mulheres alcoolistas recasadas.

Com relação à história de perdas traumáticas de filhos ou abortos ao longo das gerações, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que difere da literatura que registra que famílias de alcoolistas vivenciam mais perdas que famílias de não alcoolistas (Moos et al., 2004; Martino et al., 2006). É preciso observar que foram pesquisadas perdas relacionadas à morte de filhos e abortos (espontâneo ou provocado) enquanto que a maioria dos estudos relaciona a morte de filhos e abortos com outros tipos de perdas (financeira, imigração etc). Talvez uma pesquisa da associação de outros eventos que envolvem

perdas, como perda financeira, imigração entre outros, possam explicar melhor a influência do alcoolismo nas perdas (Moos et al., 2004).

Passando para a análise do início do alcoolismo em relação ao momento do ciclo de vida familiar em que a mulher se encontrava na época, observou-se que a maioria delas começou a ter problemas relacionados ao uso do álcool quando já estavam convivendo com seus companheiros e com filhos pequenos ou adolescentes. Talvez o evento traumático para o desencadeamento do alcoolismo não tenha sido somente o relacionamento conjugal conflituoso que viviam, mas esta situação juntamente com os desafios naturais da fase de filhos pequenos e adolescentes. Owen e Cox (1997) relatam que casais com alto nível de conflito possuem grandes dificuldades de desenvolver uma relação de afeto e apego com seus filhos, o que pode aumentar ainda mais os desafios naturais impostos por esta fase do ciclo de vida da família. Little et al. (2009) relatam que a transição para a parentalidade pode aumentar o uso prévio de álcool. Não são somente os desafios naturais do ciclo de vida que podem ter interferido no desenvolvimento do alcoolismo nestas fases. O nível de diferenciação em que estas mulheres se encontravam de sua família de origem (que foram detectadas como superenvolvidas) também pode ter influído. Nos momentos de transição do ciclo, a ansiedade do sistema pode aumentar muito e a forma como a família irá lidar com esta ansiedade está diretamente relacionada ao nível de diferenciação das gerações passadas (Coelho, 2007).

Estas fases (casamento, nascimento dos filhos e família com filhos adolescentes) por si só possuem desafios naturais, porém, estes desafios aliados à desunião conjugal geram situações de conflito entre pais e filhos, o que pode ser considerado um desencadeante do início do alcoolismo em mulheres. O estudo de

Kaufman (1996) revela que as mulheres iniciam o uso de álcool a partir de eventos traumáticos específicos, entre eles o conflito conjugal e o divórcio.

Para as solteiras, a fase deste início se deu quando eram adultas, ou seja, estavam sendo protagonistas da fase ninho vazio em suas famílias de origem. Esta constatação corrobora outro resultado discutido anteriormente que é a caracterização destas famílias como superenvolvidas. Nas famílias superenvolvidas ou emeranhadas, a saída dos filhos de casa se dá com dificuldade e de forma conflituosa, os pais se sentem abandonados pelos filhos ao passo que estes se sentem culpados em seguir o próprio caminho (Minuchin, 1990), o que pode gerar tensões desencadeadoras do consumo excessivo do álcool para as mulheres (Kaufman, 1996). Coelho (2007), ao fazer uma análise do ciclo de vida e da transgeracionalidade, ressalta que o ciclo de vida não apenas representa a entrada e saída dos membros da família por nascimento, morte ou separação, mas se caracteriza por ser um processo de expansão, contração e realinhamento do sistema, implicando na negociação entre as gerações, a família atual e a família de origem. Para esta autora, se a família é superenvolvida, nos momentos de mudança exigido pelas fases do ciclo de vida, as triangulações, o grau de aproximação e diferenciação que geram conflito se fazem presentes de modo mais intenso, colocando à prova a capacidade de individuação dos membros da família. O resultado disso pode ser a continuidade de certos padrões que impedem o desenvolvimento da nova família, ou seja, o momento de transição do ciclo de vida se apresenta como um contexto para a transmissão de padrões que podem não só persistir mas se tornarem mais graves.

Não foi possível avaliar como cada geração estudada lidou com as mudanças do ciclo de vida familiar. Certamente este tema poderia ser desenvolvido em futuras

pesquisas. Ao investigar este cenário seria possível perceber o nível de estresse que a família viveu ao enfrentar estes momentos. Este dado seria importante também para o entendimento do surgimento de alianças e triangulações pois estas são decorrentes do estresse que tende a se acumular nas relações transgeracionais (Coelho, 2007).

Depois da análise dos dados do genograma e do ciclo de vida, serão agora analisados os resultados da escala *Family Environment Scale* (FES). O objetivo da aplicação desta escala foi confrontar os dados de um instrumento validado com os dados do genograma. Vale relembrar que a escala FES foi aplicada em ambos os grupos retrospectivamente, ou seja, a paciente respondia as questões pensando na época em que morava com seus pais, o que possibilitou avaliar o ambiente familiar da geração 2 (pais e irmãos). Não foi aplicada a escala de maneira retrospectiva para a geração 3 (avós), pois se percebeu pela coleta para o genograma que as pacientes sabiam pouco sobre o ambiente familiar desta geração, e seria necessário que a escala fosse preenchida pelos seus pais, o que foi inviável na presente pesquisa.

A partir disso, pode-se verificar o ambiente familiar das pacientes quando estas ainda moravam com seus pais e irmãos, mantendo-se assim o objetivo principal da pesquisa que foi fazer um levantamento transgeracional da família de mulheres alcoolistas. Os dados da FES foram correlacionados com os dados do genograma obtidos para a geração 2.

Ao iniciar a análise da primeira dimensão avaliada pela escala, denominada relacionamento interpessoal, e que engloba as subescalas coesão, expressividade e conflito, observou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas elas. Com relação à coesão, que avalia o grau de comprometimento, ajuda e apoio que os membros da família dão uns aos outros, ficou evidenciado que

as famílias de mulheres alcoolistas possuíam menos coesão que as famílias do grupo controle. Este dado é complementar ao obtido no genograma sobre alianças. Como estas em sua maioria foram tidas como de conflito, era de se esperar que não existisse coesão entre os familiares.

A mesma correlação entre os dados de alianças e fronteiras pode ser feita ao avaliar a subescala expressividade cuja função é avaliar o quanto os membros de uma família são incentivados a expressar seus sentimentos de forma direta. O que se observou é que nas famílias das alcoolistas existiu menos expressão de sentimentos em comparação ao grupo controle.

Tomados em conjunto, esses dados convergem para a suposição de que, em famílias superenvolvidas (nas quais não existe espaço para expressar sentimentos que sejam diferenciados da família de origem, bem como existem alianças de conflito que geram uma incongruência entre o relato do indivíduo e o entendimento deste relato), pode até existir a expressão de sentimentos, porém a forma como são expressos pode ser considerada disfuncional pois não se atinge o objetivo desejado. Este mesmo resultado foi encontrado no estudo de Jacob et al. (1991) que relatam que, nas famílias de homens alcoolistas, a expressão da afetividade reflete baixos níveis de interações positivas e altos níveis de expressão de afetos negativos.

Na análise da terceira subescala da primeira dimensão, denominada conflito que avalia a quantidade de raiva expressa abertamente no sistema, as famílias do grupo das alcoolistas apresentaram mais conflito que as famílias do grupo controle, mostrando novamente coerência com os dados obtidos para alianças no genograma. Bray et al. (2001b), em estudo com adolescentes, relacionaram o conflito familiar com a dificuldade de individuação da família de origem, sugerindo que existe uma

transmissão transgeracional desta dificuldade em famílias conflituosas, predispondo ao abuso de álcool nesta população. Este dado confirma tanto a presença de conflito em famílias com abuso de álcool quanto a relação entre superenvolvimento e alcoolismo discutida anteriormente. Nolen-Hoeksema (2006) relata que o alcoolismo em mulheres está diretamente relacionado ao conflito familiar e conjugal.

Passando para a análise da segunda dimensão da escala FES, denominada crescimento pessoal, e que engloba as subescalas independência, assertividade e religião, observou-se que somente para religião houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A constatação foi de que a religiosidade, ou seja, a ênfase que a família dá para a ética e valores religiosos, foi menor no grupo das alcoolistas em comparação com o grupo controle. Walsh (2003) relata que durante muito tempo a espiritualidade e a religião foram negligenciadas no campo da saúde mental, mas afirma que a religiosidade está estreitamente vinculada à resiliência familiar, ou seja, à capacidade do sistema em lidar com as adversidades de forma construtiva. A relação entre alcoolismo e religião é bastante discutida na literatura e revela que está diretamente relacionada à abstinência ou à ausência de problemas pelo consumo desta substância, ou seja, quanto maior a religiosidade menor é a incidência de abuso e dependência de álcool (Michalak et al., 2006; Robinson et al., 2007). Em recente estudo Sanchez e Nappo (2007) relatam que pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que dão importância à sua crença religiosa, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas, assim como os dependentes de drogas apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado por uma abordagem espiritual de qualquer tipo em comparação com dependentes que são tratados somente por abordagens médicas.

A terceira e última dimensão avaliada pela escala FES, denominada manutenção do sistema, engloba as subescalas organização e controle. Os dados para organização, que se referem ao grau de importância para uma organização clara bem como a estrutura para planejar atividades e responsabilidades familiares, mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos sendo que a organização foi menor para o grupo das alcoolistas. Este mesmo resultado foi observado por Vianna (2004) que observou que famílias de usuários de substâncias psicoativas possuem menor organização.

Os dados desta pesquisa vão de encontro com os encontrados em estudo brasileiro que utilizou a mesma escala em população dependente de substâncias psicoativas (Vianna, 2004). Houve diferença somente com relação às subescalas independência, controle e religião. A autora encontrou diferenças nas escalas independência e controle, enquanto o mesmo não foi encontrado no presente estudo. Para religião aconteceu o oposto, o presente estudo encontrou diferença. Vale ressaltar alguns aspectos das amostras de ambos os estudos. No estudo de Vianna (2004), a amostra era em sua maioria composta por homens que utilizavam outras drogas além do álcool e a escala foi aplicada em mais de um membro da família. Não existe até o presente momento estudos brasileiros com mulheres alcoolistas utilizando a FES para uma comparação mais efetiva.

Os dados encontrados com a avaliação da escala FES condizem com os de outros estudos da literatura internacional que utilizaram a escala para avaliar o ambiente familiar em população dependente de álcool. Bijttebier et al. (2006) utilizaram a escala FES para avaliar o ambiente familiar de adolescentes filhos de alcoolistas e sua relação com problemas de comportamento. Estes autores

verificaram que o uso de álcool pelos pais está diretamente vinculado à baixa coesão e baixa organização. Holahan et al. (2004) avaliaram coesão, expressividade e conflito em famílias com pessoas que utilizavam o álcool para lidar com depressão. Estes autores verificaram que estas famílias possuíam baixa coesão e expressividade bem como alto índice de conflito. Getz e Bray (2005), ao compararem o grau de conflito familiar de adolescentes com problemas graves com o álcool e adolescentes usuários experimentais e moderados da mesma substância, sugerem que a presença de conflito familiar é um fator de grande risco para o abuso de álcool na adolescência. Outro estudo que relacionou o conflito familiar em famílias de filhos de alcoolistas e comportamentos antissociais destes filhos foi o de Loukas et al. (2003). Estes autores também relatam que a presença de conflito familiar está associada ao desenvolvimento de comportamentos antissociais em filhos de alcoolistas. Bray et al. (2001a) avaliaram conflito familiar e coesão em famílias de adolescentes abusadores de álcool e encontraram que o conflito familiar aumenta o risco para uso da substância enquanto que altos índices de coesão diminuem esta relação.

Deve-se assinalar que a maioria dos estudos que utilizam a FES foi realizada com população de adolescentes, em geral do sexo masculino, e tinha como objetivo principal avaliar o conflito familiar. Poucos estudos avaliaram o ambiente familiar de mulheres alcoolistas. O estudo de Nolen-Hoeksema et al. (2006) comparou somente o conflito familiar de mulheres alcoolistas e de companheiras de homens alcoolistas. Estes autores verificaram que o alcoolismo feminino estava diretamente relacionado ao alto grau de conflito familiar destas mulheres. Dado este que também foi encontrado no presente estudo.

Tanto os dados encontrados pela análise do genograma quanto os dados obtidos pela FES convergem para a confirmação das hipóteses inicialmente levantadas: além de as famílias de mulheres alcoolista serem mais disfuncionais em vários aspectos com relação às famílias do grupo controle, elas também possuem padrões de funcionamento e comportamentos que são passados de geração para geração.

A transgeracionalidade do alcoolismo foi verificada no presente estudo e vai de encontro com a perspectiva sobre “famílias alcoólicas” de Steinglass et al. (2001) que postula que, assim como uma dinastia de família pode se construir ao redor de poderes econômicos ou políticos, ela também pode construir-se em torno do alcoolismo, mantendo intactas, ao longo de várias gerações, identidades alcoólicas que exigem lealdades. Os resultados são consoantes com outro conceito apresentado pela literatura, de que o alcoolista pode ser visto como o indivíduo eleito pela família para expressar os conflitos não resolvidos pelo sistema. Como um bode expiatório, é o protagonista da angústia coletiva (Steinglass et al., 2001).

Enfim, de acordo com Tindade e Bucher-Maluschke (2008), apesar de toda a complexidade que envolve a família alcoólica, identifica-se a necessidade de se valorizar o potencial saudável destas famílias, através de um olhar sistêmico que contemple a resiliência, a criatividade e a possibilidade de renovação destes sistemas, permitindo a modificação de lealdades disfuncionais e prevenindo a transmissão do alcoolismo para as futuras gerações destas famílias.

8. CONCLUSÕES

8. CONCLUSÕES

8.1. A presença de uso abusivo de álcool de outros familiares ao longo das gerações apareceu somente nas famílias de alcoolistas: companheiro e mãe. A transmissão do alcoolismo parece se dar pelo lado feminino sendo que estas mulheres aprendem com a mãe a lidar com problemas diários com o abuso de álcool.

8.2. A presença de alianças disfuncionais foi maior no grupo das mulheres alcoolistas que nas mulheres do grupo controle em vários pares de familiares, mostrando assim a transmissão transgeracional de relacionamentos disfuncionais nas famílias de alcoolistas.

8.3. Existiu diferença entre os grupos com relação à presença de triangulação. Nas famílias de alcoolistas triangulação foi verificada na geração 1 e 2, sendo na geração 2 configurada com a presença da aliança de superenvolvimento com o pai e de conflito com a mãe.

8.4. As famílias alcoolistas se caracterizaram como famílias emaranhadas ou superenvolvidas com a presença de fronteiras difusas em todas as gerações, enquanto que o grupo controle possuía fronteiras nítidas.

8.5. As mães das alcoolistas eram as pessoas que tomavam as decisões na família na geração 2, enquanto que na família do grupo controle esta hierarquia era dividida entre o casal.

8.6. Existe maior prevalência com relação aos 3 tipos de abuso (físico, psicológico e sexual) no grupo das alcoolistas em comparação com o grupo controle nas diferentes gerações. A transmissão transgeracional da violência intrafamiliar em mulheres alcoolistas se dá pelo lado feminino. Estas mulheres aparecem tanto como vítimas quanto como perpetradoras desta.

8.7. A frequência de divórcio foi maior para o grupo das alcoolistas somente na geração 1. Não existiu diferença entre os grupos com relação ao recasamento e a presença de relacionamento extraconjugal apareceu somente no grupo das alcoolistas para avô paterno.

8.8. As famílias das mulheres alcoolistas não sofreram mais perdas (abortos) que as famílias do grupo controle.

8.9. Com relação ao momento do ciclo de vida em que as mulheres iniciaram o alcoolismo, a maioria iniciou o alcoolismo quando já vivia com seu companheiro e tinha filhos pequenos ou adolescentes.

8.10. Considerando a FES, as famílias alcoolistas diferiram das famílias controle nos aspectos coesão, expressividade, conflito, organização e religião, sendo que

nas famílias alcoolistas os resultados demonstraram sempre um ambiente familiar mais disfuncional.

Finalmente, conclui-se que as famílias alcoolistas são mais disfuncionais que as famílias de mulheres não alcoolistas em vários aspectos e que estes padrões disfuncionais são passados de geração para geração.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não se pode deixar de apontar algumas limitações deste estudo. Uma delas é que os grupos alcoolista e controle foram estudados em cidades diferentes. Apesar de ambos os locais de pesquisa serem hospitais públicos, alguns dados podem ter sido influenciados pelas diferenças culturais e/ou econômicas. O PROMUD possui algumas características peculiares com relação à população que atende: as mulheres que frequentam o serviço não têm necessariamente baixo nível socioeconômico e de escolaridade, como costuma geralmente ocorrer com a população atendida em hospitais públicos (não se verificou analfabetismo em ambos os grupos). Uma hipótese é que o custo de um tratamento multidisciplinar particular como o oferecido pelo PROMUD torna-se inviável mesmo para uma população de maior escolaridade e melhores condições socioeconômicas, além do fato de a maioria dos convênios médicos não custear este tipo de tratamento (Brasiliano, 2005), cenário este oposto às outras patologias também tratadas nos hospitais públicos. No entanto, estas disparidades dos grupos não parecem ter influenciado os resultados, pois estes estavam em grande parte em conformidade com a literatura, como pode ser observado na discussão dos dados. Certamente pesquisas que busquem homogeneizar mais as características sociodemográficas de grupos de comparação são necessárias para confirmar esta hipótese.

Com relação à população do estudo (30 mulheres alcoolistas e 32 controles), mesmo a coleta dos dados tendo durado 24 meses, algumas questões institucionais (fechamento do serviço de triagem por falta de residentes no programa) limitaram a

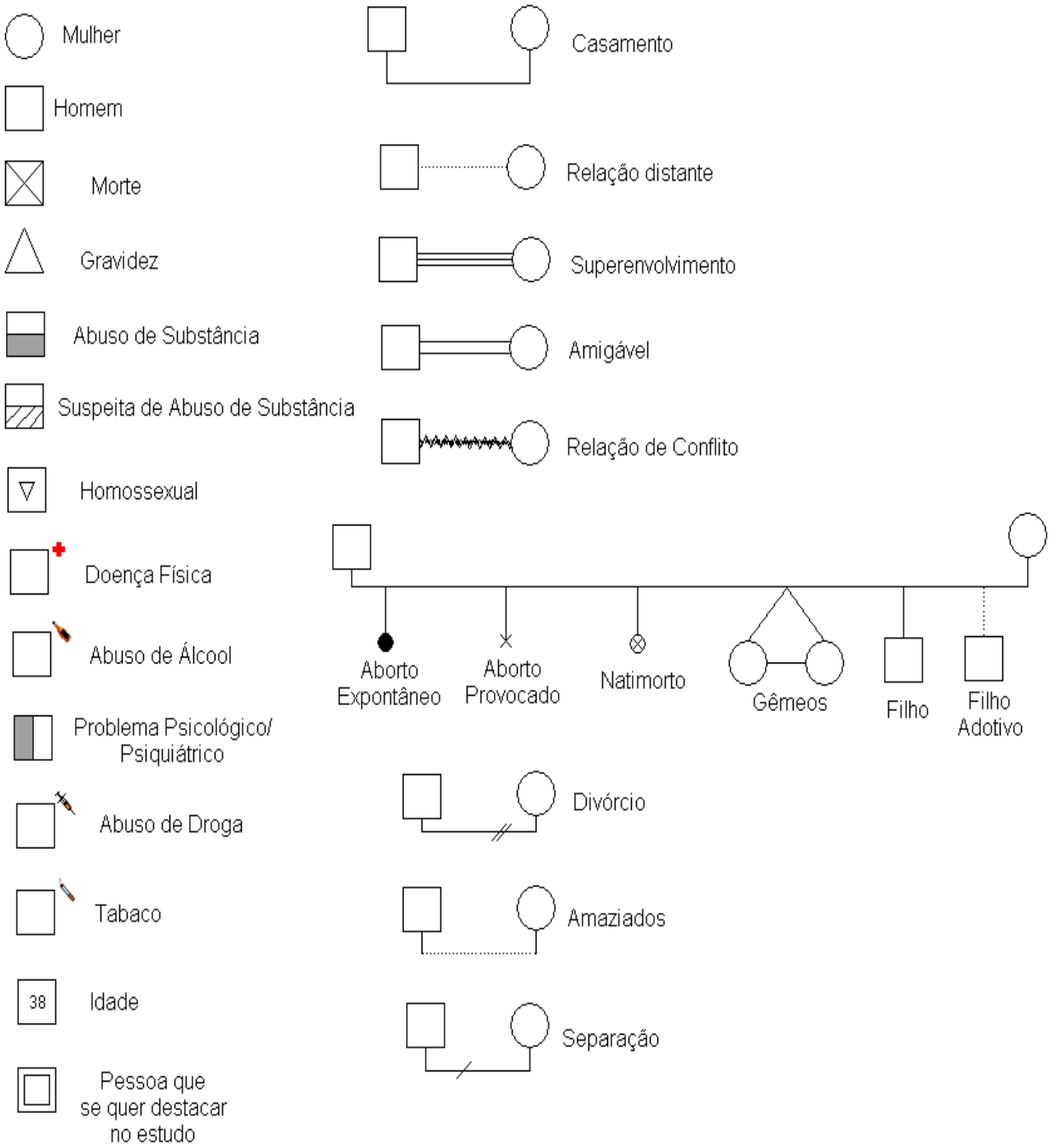
amostra, o que pode ter diminuído o poder estatístico para detectar interações significativas.

A falta de acesso a outros membros da família em ambos os grupos limitou o estudo à visão de somente um dos membros da família. Contudo, esta mesma metodologia foi adotada em várias pesquisas, que utilizaram tanto a FES (Adams et al., 2000; Bray et al., 2001a,b; Christensen et al., 2002; Bijttebier et al., 2006; Dauber et al., 2006; Koblinski et al., 2006; Barakat et al., 2007), quanto o genograma (Keiley et al., 2002; Amazonas et al., 2003; Castoldi et al., 2006). É certo, entretanto, que a visão de outros membros da família enriqueceria a pesquisa como sugerido em alguns pontos da discussão.

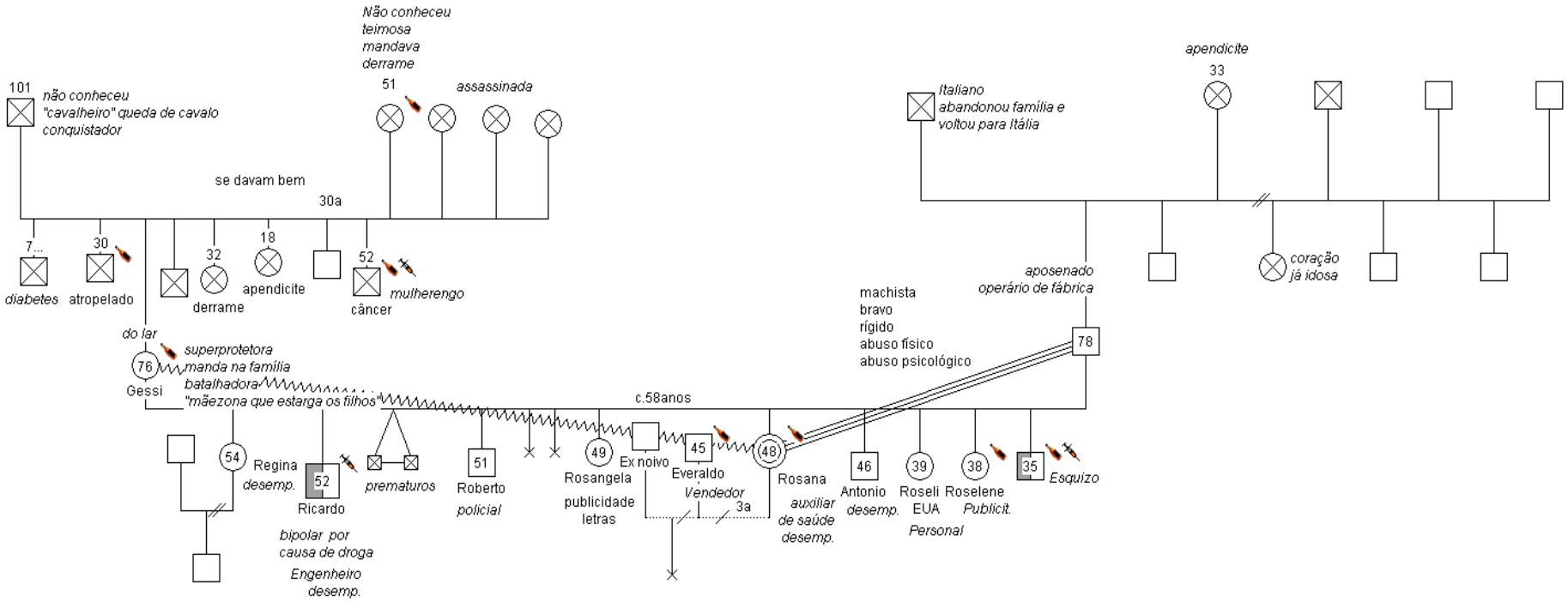
Outro ponto que merece ser destacado é o pequeno número de dados sobre a geração de avós maternos e paternos. Certamente a inclusão dos pais das participantes na pesquisa poderia ter enriquecido os dados para a geração 3.

10. ANEXOS

Anexo A – Símbolos Universais do Genograma



Anexo B – Modelo de Genograma



Mãe encobre e superprotege filhos homens. R. e irmãs são mais independentes.
Relação com a mãe é ruim. Pai batia nela, irmãs tinham medo dele mas ela o enfrentava e é admirada pelo pai por esta atitude.
Ele não deixava filhas sairem. Por causa da bebida não fala com ela atualmente. Vê o pai como carinhoso e afetivo (mais que a mãe).
Mãe sente inveja do relacionamento de pai e filha. Pai foi criado pela madrinha.
Aos 18 anos era noiva, ficou grávida e fez aborto.
Avó P. teve vários relacionamentos .
Considera a família superenvolvida.

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal

1. Nome do paciente .:.....
Documento de identidade nº : ..... Sexo : .m ( ) f ( )
Data nascimento: ...../...../.....
Endereço ..... Nº ..... Apto: .....
Bairro: ..... Cidade .....
Cep:..... Telefone: ddd (.....) .....

2. Responsável legal .....
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
Documento de identidade :.....sexo: m ( ) f( )
Data nascimento.: ...../...../.....
Endereço:..... Nº..... Apto: .....
Bairro: ..... Cidade: .....
Cep: ..... Telefone: ddd (.....).....

II - Dados sobre a pesquisa científica

1. Título do protocolo de pesquisa:

Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar.

2. Pesquisador: Ana Beatriz Pedriali Guimarães

Cargo/função: psicóloga

Inscrição conselho regional nº 08/08116-1

Unidade do hcfmusp: instituto de psiquiatria

3. Avaliação do risco da pesquisa:

Sem risco x risco mínimo risco médio

Risco baixo risco maior

4. Duração da pesquisa : 3 anos

iii - Explicações do pesquisador ao paciente ou seu representante legal sobre a pesquisa:

1. A senhora está sendo convidada a participar de um estudo sobre a história familiar de mulheres com problemas pelo uso de álcool porque isso pode melhorar os tratamentos disponíveis para elas.

2. Para este estudo faremos perguntas simples sobre a sua família (avós, pais, tios, primos, irmãos) tanto para mulheres com problemas com álcool quanto para mulheres da mesma idade que não tenham problemas com álcool.

3. Através do seu relato, você pode reviver situações desagradáveis da sua história. Se isso ocorrer, você poderá levar este assunto para um grupo de terapia que já esteja freqüentando, para um grupo de terapia que nós indicaremos ou discutir durante a entrevista.

4. Você poderá perceber o funcionamento de sua família em diferentes tempos. Esta reflexão poderá ser útil na sua vida e/ou no seu tratamento.

5. Se aparecer algum problema nós vamos procurar te tratar ou encaminhar para um serviço especializado que tenha grupo de terapia.

IV - Garantias do sujeito da pesquisa:

1. Sei que posso pedir informações e perguntar minhas dúvidas sempre que quiser ou precisar.
2. Sei que se não quiser participar desta pesquisa, não terei nenhum problema. Sei também que se deixar de participar em qualquer momento, não perderei o tratamento.
3. Sei que tudo o que falar vai ficar guardado em segredo e meu nome não será divulgado na pesquisa.
4. Sei que se tiver algum problema de saúde por causa da pesquisa, o Hospital das Clínicas vai me tratar.

V. Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas.

Profª Drª Patrícia Hochgraf - Endereço: PROMUD-IPQ-HC-FMUSP- Rua Ovídio Pires de Campos s/n 05403-010-São Paulo-SP- tel:3064-4973

Ana Beatriz Pedriali Guimarães – Endereço Deputado Mário de Barros, 752. Cep. 80.530-280 – Curitiba – (41) 3252-8704 – residencial

(41) 9137-3858

VII - Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20

_____

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Anexo D – Family Environment Scale (FES)

Nome: _____

Abaixo existem diversas afirmações sobre famílias. Você deverá decidir quais afirmações são verdadeiras e quais são falsas com relação à sua família. Se você achar que a afirmação é verdadeira ou em sua maior parte verdadeira marque um X na opção (V). Se Você acha que a afirmação é falsa ou na sua maioria falsa marque um X na opção (F).

Você pode achar que algumas afirmações se aplicam a alguns membros da sua família, mas não a outros. Marque (V) se a afirmação for verdadeira para A MAIORIA dos membros da sua família e (F) se a afirmação for falsa para A MAIORIA dos membros de sua família. Se mesmo assim você ficar dividido, decida pela impressão geral mais forte que predomina na sua família e faça sua escolha.

Lembre-se, gostaríamos de saber qual é a SUA visão de sua família. Portanto não tente imaginar como as outras pessoas da família imaginariam cada situação.

FRASES	V	F
1- As pessoas da família de fato se ajudam e dão apoio (moral) umas às outras.		
2- As pessoas da família freqüentemente guardam seus sentimentos para si mesmas.		
3- Nós brigamos muito em nossa família.		
4- Freqüentemente em nossa família nós não fazemos as coisas sozinhos.		
5- Nós sentimos que é importante sermos os melhores em qualquer coisa que nós façamos.		
6- Freqüentemente nós conversamos sobre problemas políticos e sociais.		
7- Nós passamos a maioria dos fins de semana e noites em casa.		
8- As pessoas de nossa família freqüentemente vão à igreja (ou a outro tipo de culto religioso) .		
9- Atividades familiares são cuidadosamente planejadas.		
10- Raramente manda-se em alguém da família.		
11- Freqüentemente as pessoas da família parecem estar "matando o tempo" quando estão em casa.		
12- Em casa, nós dizemos qualquer coisa que quisermos.		
13- Raramente as pessoas da família se tornam visivelmente zangadas.		
14- Em nossa família, somos muito encorajados a sermos independentes .		
15- Em nossa família ter sucesso na vida é muito importante .		
16- Raramente nós vamos a palestras, teatros ou concertos.		

17- Freqüentemente amigos vêm em casa para jantar ou nos visitar .		
18- Em nossa família nós não rezamos .		
19- Nós geralmente somos muito limpos e organizados.		
20- Em nossa família existem pouquíssimas regras a serem seguidas.		
21- Nós colocamos muita energia naquilo que fazemos em casa.		
22- Em casa é difícil desabafar sem preocupar ou magoar alguém .		
23- Algumas vezes as pessoas da família ficam tão bravas que atiram coisas.		
24- Em nossa família, nós tiramos nossas próprias conclusões sobre as coisas .		
25- Para nós, não importa quanto dinheiro uma pessoa ganha.		
26- Em nossa família é muito importante aprender coisas novas e diferentes .		
27- Em nossa família, ninguém pratica esportes, como futebol, voleibol ,etc.		
28- Freqüentemente nós falamos sobre o significado religioso do Natal ou de outros feriados religiosos.		
29- Freqüentemente é difícil achar as coisas em casa quando nós precisamos delas.		
30- Há uma pessoa da família que toma a maioria das decisões.		
31- Há um sentimento de união em nossa família.		
32- Nós contamos, uns aos outros, nossos problemas pessoais.		
33- Raramente as pessoas da família perdem o auto controle .		
34- Cada um entra e sai de casa quando quer.		
35- Nós acreditamos em competição e em “que vença o melhor”.		
36- Nós não temos muito interesse em atividades culturais.		
37- Freqüentemente nós vamos ao cinema, a jogos, a acampamentos, etc.		
38- Nós não acreditamos em céu ou inferno.		
39- Em nossa família chegar na hora certa é muito importante .		
40- Em casa existem maneiras bem determinadas de se fazer as coisas.		
41- É raro que alguém se ofereça como voluntário quando algo precisa ser feito em casa,.		
42- Freqüentemente se nós sentimos impulsivamente vontade de fazer alguma coisa, nós a fazemos.		
43- As pessoas da família criticam com freqüência umas às outras.		
44- Em nossa família há pouquíssima privacidade.		
45- Nós sempre nos esforçamos para fazer as coisas um pouco melhor da próxima vez.		
46- Raramente temos discussões sobre assuntos intelectuais.		

47- Em nossa família, todas as pessoas tem um ou dois passatempos favoritos.		
48- As pessoas da família tem idéias firmes acerca do que é certo e do que é errado.		
49- Freqüentemente as pessoas de nossa família mudam de opinião		
50- Em nossa família existe uma grande ênfase para que as regras sejam seguidas .		
51- As pessoas de nossa família realmente apoiam umas às outras.		
52- Freqüentemente alguém fica aborrecido se você se queixar ou reclamar.		
53- Algumas vezes as pessoas da família se pegam a tapas.		
54- As pessoas da família quase sempre são auto-suficientes quando aparece um problema .		
55- Raramente as pessoas da nossa família se preocupam com promoção no trabalho, notas escolares, etc.		
56- Em nossa família alguém toca um instrumento musical.		
57- As pessoas da nossa família não se envolvem muito em atividades de lazer além do trabalho ou da escola.		
58- Nós acreditamos que existem algumas coisas nas quais simplesmente se deve acreditar.		
59- As pessoas da família certificam-se de que seus quartos estejam arrumados.		
60- Todos tem direito igual de opinião nas decisões da família.		
61- Em nossa família existe pouquíssimo "espírito de grupo".		
62- As questões relativas a dinheiro e despesas são tratadas abertamente em nossa família.		
63- Se há um desentendimento em nossa família, tentamos com todo empenho amenizar as coisas e manter a paz.		
64- As pessoas da família incentivam muito umas às outras a defenderem seus direitos.		
65- Não nos esforçamos muito para sermos bem sucedidos (ter sucesso na vida).		
66- As pessoas da família freqüentemente vão à biblioteca.		
67- Algumas vezes pessoas da família freqüentam cursos ou tem aulas sobre algum *hobby* ou coisas que lhes interessam (fora da escola).		
68- Em nossa família, cada pessoa tem idéias diferentes sobre o que é certo e o que é errado.		
69- As obrigações de cada um são claramente definidas em nossa família.		
70- Nós podemos fazer o que quisermos em casa.		
71- Nós nos damos realmente bem uns com os outros .		
72- Freqüentemente somos cuidadosos com o que dizemos uns aos outros.		
73- Freqüentemente, as pessoas de nossa família procuram se mostrar ou serem melhores do que os outros.		
74- Em nossa família é difícil sermos independente sem ferir os sentimentos de alguém.		

75- O lema em nossa família é “o trabalho vem antes da diversão”.		
76- Em nossa família, assistir televisão é mais importante do que ler.		
77- As pessoas de nossa família saem bastante.		
78- A Bíblia é um livro muito importante em nossa casa.		
79- Em nossa família o dinheiro não é administrado com muito cuidado.		
80- As regras em casa são um tanto quanto inflexíveis.		
81- Em nossa família damos bastante tempo e atenção para todas as pessoas.		
82- Há muitas conversas e trocas de idéias espontâneas em nossa família.		
83- Em nossa família, nós acreditamos que levantando a voz para o outro você nunca chega a lugar algum.		
84- Em nossa família, nós não somos encorajados a dizer o que pensamos.		
85- As pessoas da família são freqüentemente comparadas com outras pessoas em relação a se eles estão indo bem no trabalho ou na escola.		
86- As pessoas da família realmente gostam de música, arte e literatura.		
87- Nossa principal forma de diversão é ver TV ou escutar rádio.		
88- As pessoas da família acreditam que se você pecar, será punido.		
89- A louça é geralmente lavada logo depois das refeições.		
90- Em nossa família, não podemos escapar das conseqüências do que fazemos.		

Anexo E – Autorização do Local de Pesquisa (PROMUD)

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Psicóloga Ana Beatriz Pedriali Guimarães, aluna da Pós-graduação em Ciências na Área de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a realizar o seu projeto de pesquisa para dissertação de doutorado "Mulheres Dependentes de Álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar" no PROMUD – Projeto de Atenção à Mulher Dependente Química -do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP).

Para tanto, a aluna poderá dispor de nossos recursos humanos e materiais, bem como ter acesso às pacientes e prontuários.

Profa. Dra.Patrícia B. Hochgraf
Coordenadora do PROMUD

Anexo F – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de Medicina da Universidade de São Paulo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 12/09/2007, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1291/06**, intitulado: "**MULHERES DEPENDENTES DE ÁLCOOL: LEVANTAMENTO TRANSGERACIONAL DO GENOGRAMA FAMILIAR**" apresentado pela **FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Profa. Dra. Patrícia Brunfentrinker Hochgraf**

Pesquisador (a) Executante: **Ana Beatriz Pedriali Guimarães**

CAPPesq, 12 de Setembro de 2007

Encaminhe-se à CPG-FMUSP
para as devidas providências.
S.P., 18/09/07

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Profª Dra. Elia Garcia Caldini
Vice Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiopatologia Experimental

RECEBIDO SPG 19/09/07
ASS.:

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

Anexo G – Autorização para Coleta de Dados do Departamento de Tocoginecologia, Hospital de Clínicas de Curitiba

Curitiba, 05 de maio de 2008

AUTORIZAÇÃO

O Departamento de Tocoginecologia autoriza a realização do trabalho "Mulheres Dependentes de Álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar" queira representar tese de doutoramento junto ao departamento de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A participação do DTG da UFPR será o de permitir a coleta de dados das mulheres que irão constituir o grupo controle conforme protocolo anexado. Para tanto, a aluna Ana Beatriz Pedriali Guimarães, poderá dispor de nossos recursos humanos e materiais, bem como ter acesso às pacientes e prontuários.

Ressalta-se ainda que as publicações originadas do presente estudo irão constar o nome de um professor designado pelo departamento para orientar tais coletas.

Professor Edson Gomes Tristão
Chefe do Departamento de Tocoginecologia

Anexo H – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Curitiba

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DECLARAÇÃO

Declaro que conheço e concordo com o desenvolvimento da pesquisa intitulada **"Mulheres Dependentes de Álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar"** no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o qual será desenvolvido pela Dra. Ana Beatriz Pedriali Guimarães.

Ressalta-se a obrigatoriedade por parte da Pesquisadora em apresentar a esta Instituição no decorrer da pesquisa, relatório anual, bem como ao seu encerramento comunicar-nos oficialmente de posse da publicação.

Curitiba, 06 de maio de 2008.

Profa. Dra. Heda Maria B. dos S. Amarante
Diretora de Corpo Clínico
do Hospital de Clínicas da UFPR

Ciente do Pesquisador:

Carimbo e assinatura

rua General Carneiro 181 - CEP 80060-900 - Fone (041) 362-2028 - FAX (041)264-5872 - Ctba-PR

11. REFERÊNCIAS

11. REFERÊNCIAS

Adalbjarnardottir S, Rafnsson FD. Perceived control in adolescent substance use: concurrent and longitudinal analyses. *Psychol Addict Behav*. 2001;15:25-32.

Adams GR, Ryan A, Ketsetzis M, Keating L. Rule compliance and peer sociability: a study of family process, school-focused parent-child interactions, and children's classroom behavior. *Journal Fam Psychol.* 2000;14(2):237-50.

Allen ES, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ, Williams T, Melton J, Clements ML. Premarital precursors of marital infidelity. *Fam Process.* 2008;47(2):243-60.

Amazonas MCLA, Damasceno PR, Terto LMS, Silva RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicol Estud.* 2003;8(n. esp):11-20.

American Psychiatric Association (APA) Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (*DSM IV).* 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Corigliano AMN. *Por trás da máscara familiar*: um novo enfoque em terapia da família. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Aun JG. A transmissão transgeracional da contabilidade familiar. In: Aun JG, Vasconcellos MJE, Coelho SV. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais:* o processo de atendimento. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa; 2007. V.II. p.368-433.

Ávila CAH, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid, cannabis and alcohol dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74:265-72.

Barakat LP, Patterson CA, Tarazi RA, Ely E. Disease-related parenting stress in two sickle cell disease caregiver samples: preschool and adolescent. *Fam Syst Health.* 2007;25(2):147-61.

Barnard M, McKeganey N. The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction.* 2004;99:552-9.

Barreras RE, Drucker EM, Rosenthal D. The concentration of substance use, criminal justice involvement, and HIV/AIDS in the families of drug offenders. *J Urban Health.* 2005;82(1):162-70.

Barton J, Haslett T. Analysis, synthesis, systems thinking and the scientific method: rediscovering the importance of open systems. *Syst Res.* 2007;24:143-55.

Bauer J. *O Alcoolismo e as Mulheres:* contexto e psicologia. São Paulo: Cultrix; 1982.

Beavers WR, Hampson RB. *Successful families*: assessment and intervention. New York: W.W. Norton & Company; 1990.

Bertanlaffy LV. *Teoria geral dos sistemas:* fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 3a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2008.

Bijttebier P, Goethals E, Ansoms S. Parental drinking as a risk factor for children's maladjustment: the mediating role of family environment. *Psychol Addict Behav.* 2006;20(2):126-30.

Björkqvist K, Bätman A, Äman SB. Adolescents' use of tobacco and alcohol: correlations with habits of parents and friends. *Psycho Rep.* 2004;95:418-20.

Bonifaz RGV, Nakano AMS. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004;12:433-8.

Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. Álcool. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química.* São Paulo: Roca, 2004. p.30-54.

Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. *Lealtades invisibles:* reciprocidad en terapia familiar intergeneracional. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

Bowen M. *Therapy in clinical practice.* New York: Jason Aronson, 1974.

Boyer PA. A guide to therapy with families with a chemically dependent parent. *Psychotherapy.* 1989;26(1):88-95.

Brasil VR. Família e drgadição. In: Cerveny CMO. *Família e...comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.187-209.

Brasiliano S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares:* perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Bray JH, Adams GJ, Getz JG, Baer PE. Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: a growth curve approach. *J Fam Psychol.* 2001a;15(2):301-14.

Bray JH, Adams GJ, Getz JG, Stovall T. Interactive effects of individuation, family factors, and stress on adolescent alcohol use. *Am J Orthopsychiatr.* 2001b;71(4):436-49.

Bussab WO, Morettin PA. *Estatística Básica*. 5a ed. São Paulo: Saraiva; 2003.

Bye EK. Alcohol and violence: use of possible confounders in a time-series analysis. *Addiction.* 2007;102:369-76.

Capra F. *O ponto de mutação.* São Paulo: Cultrix; 1993.

Carlini EA, Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez ZVDM. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:* estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas)/ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); 2005.

Carpenter PJ. The use of intergenerational family ratings: methodological and interpretive considerations. *J Clin Psychol.* 1984;40:505-12.

Castel S. *Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de segmento de dependentes de substâncias psicoativas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Castoldi L, Lopes RCS, Prati LE. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. *Psicol Reflex Crít.* 2006;15(2):292-300.

Chait L., Calvo ZB. Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Transt Adict*. 2005;7(2):104-13.

Chang G. Brief interventions for problem drinking and women. *J Subst Abuse Treat.* 2002;23:1-7.

Chang G. Primary care: detection of women with alcohol use disorders. *Harvard Rev Psychiatry.* 1997;4(6):334-7.

Chassin L, Rogosch F, Barrera M. Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):449-63.

Chermack ST, Wryobeck JM, Walton MA, Blow FC. Distal and proximal factors related to aggression severity among patients in substance abuse treatment: family history, alcohol use and expectancies. *Addict Behav.* 2006;31(5):845-58.

Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol, and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol*. 2008;43:73-80.

Christensen AJ, Raichle K, Ehlers SL, Bertolatus JA. Effect of family environment and donor source of patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychol.* 2002;21(5):468-76.

Clay CM, Ellis MA, Griffin ML, Amodeo M, Fassler IR. Black women and white women: do perceptions of childhood family environment differ? *Fam Process.* 2007;46(2):243-56.

Coco EL, Courtney LJ. A family systems approach for preventing adolescent runaway behavior. *Adolescence.* 1998;33(130):485-96.

Coelho SV. A transmissão de padrões familiares: o ciclo de vida e recursos instrumentais. In: Aun JG, Vasconcellos MJE, Coelho SV. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais*: o processo de atendimento sistêmico. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa; 2007. V. II. p.294-367.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98:302-57.

Collins RL, McNair LD. Minority women and alcohol use. *Alcohol Res Health.* 2002;26(4):251-6.

Conners NA, Grant A, Crone CC, Mansell LW. Substance abuse treatment for mothers: treatment outcomes and the impact of length of stay. *J Subst Abuse Treat.* 2006;30(4):447-56.

Corning PA. Control information theory: the missing link in the science of cybernetics. *Syst Res.* 2007;24:297-311.

Corrêa FK, Tucci AM, Hegedus AM, Trinca LA, Oliveira JB, Floripes TMF, Kerr LRFS. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(3):235-42.

Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, Gigante DP, Olinto MTA, Macedo S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):284-91.

Costa LF, Pereira LG. A perspectiva transgeracional na drogadição. *Rev Psicol.* 2003;21(1/2):80-8.

Coyne JC. The concept of empowerment in strategic therapy. *Psychoterapy.* 1987;24(3S):539-45.

Daly M, Farmer J, Harrop-Stein, C, Montgomery S, Itzen M, Costalas JW, Rogatko A, Millar S, Balshem A, Gillespie D. Exploring family relationships in cancer risk counseling using the genogram. *Cancer Epidemiol Biomakers Prev.* 1999;8:393-8.

Dauber AH, Dauber S, Samuolis J, Liddle HA. Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal Fam Psychol.* 2006;20(4):535-43.

Davis S. Effects of chemical dependency in parenting women. In: Watson RR. *Addictive behaviors in women.* New Jersey: Humana Press,1994, p.381-412.

De Micheli D, Formigoni ML. Drug Use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*. 2004;99:570-8.

Dick DM, Rose RJ, Viken RJ, Kaprio J. Pubertal timing and substance use: associations between and within families across late adolescence. *Dev Psychol*. 2000;36:180-9.

Diez JP. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Publica.* 1998;72:251-66.

Dixit AR, Crum RM. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):751-8.

Domenico D, Windle M. Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4):659-66.

Drapkin ML, McCrady BS, Swingle JM, Epstein EE. Exploring bidirectional couple violence in a clinical sample of female alcoholics. *J Stud Alcohol.* 2005;66:213-9.

Dym B. The cybernetics of physical illness. *Fam Process.* 1987;26:35-48.

East PL, Khoo ST. Longitudinal pathways linking family factors and sibling relationship qualities to adolescent substance use and sexual risk behaviors. J Fam Psychol. 2005;19:571-80.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo*: um guia para profissionais da saúde. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Eldar-Avidan D, Haj-Yahia MM, Greenbaum CH. Divorce is a part of my life…resilience, survival, and vulnerability: young adults' perception of the implications of parental divorce. *J Marital Fam Ther.* 2009;35(1):30-46.

Falicov CJ. O significado cultural dos triângulos familiares. In: McGoldrick M. *Novas abordagens da terapia familiar:* raça, cultura e gênero na prática clínica. São Paulo: Roca; 2003. p.43-56.

Farrell AD, White RS. Peer influences and drug use among adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:248-58.

Fischman HC. *Tratando adolescentes com problemas*: uma abordagem da terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Frame MW. The spiritual genograma in family therapy. *J Marital Fam Ther.* 2000;26(2):211-6.

François C. Transdiciplinary unified theory. *Syst Res.* 2006;23(5):617-24.

Friedman H. The time-line genogram: highlighting temporal aspects of family relationships. *Fam Process.* 1988;27(3):293-303.

Galanti GA. The hispanic family and male-female relationships: an overview. *J Transcult nurs.* 2003;14(3):180-5.

Galina RL. *A dança trigeracional:* uma leitura facilitadora. São Paulo: Vetor Editora; 2007.

García JLS, Valencia PV, Maci MM, Gómez RG, Serrano FJS, Jiménez AA, Cantalapiedra AZ. Utilidad práctica del genograma en la atención al paciente. *Aten Primaria.* 2000;25(4):258-62.

Getz JG, Bray JH. Predicting heavy alcohol use among adolescents. *Am J Orthopsychiatr.* 2005;75(1):102-16.

Giancola PR, White HR, Berman ME, McCloskey MS, Greer TF, Widom CS, Chermack ST, Leonard KE, Collins RL, Quigley BM. Diverse research on alcohol and aggression in humans: in memory of John A. Carpenter. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003;27(2):198-208.

Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet*. 2005;6:521-32.

Gomide PIC. *Pais presentes pais ausentes:* regras e limites. 3a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.

Gottman JM, Notarius CI. Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Fam Process.* 2002;41:159-97.

Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Diaz T, Miller N. Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psychol Addict Behav.* 2000;14:174-84.

Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(2):63-8.

Guimarães ABP. *Meninas usuárias de drogas*: relatos de aspectos familiares, início de uso, distúrbios alimentares e comportamentos sexuais de risco [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.

Guimarães ABP. *Perfil estrutural das famílias de alcoolistas que freqüentam grupos de alcoólicos anônimos na cidade de Curitiba* [monografia]. Curitiba: Dependências Químicas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2002.

Guiot ER, Bautista CF, Icaza MEMM, Morón MA, Rodríguez MD. Consumo de alcohol y drogas em estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública Méx.* 1999;41: 296-308.

Halevy J. A genogram with an attitude. *J Marital Fam Ther.* 1998;24(2):233-42.

Hammond D. Exploring the genealogy of systems thinking. *Syst Res.* 2002;19(5):429-39.

Haugland BSM. Recurrent disruptions of rituals and routines in families with paternal alcohol abuse. *Fam Relations.* 2005;54:225-41.

Haver B, Dahlgren L, Willander A. A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25(11):1586-93.

Heatherington L, Friedlander ML. Complementarity and symmetry in family therapy communication. *J Couns Psychol.*1990;37(3):261-8.

Hill EM, Blow FC, Young JP, Singer KM. Family history of alcoholism and childhood adversity: joint effects on alcohol consumption and dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994;18(5):1083-90.

Hintz HC. Novos tempos, novas famílias? Da modernidade a pós-modernidade. *Pensando Fam*. 2001;3:8-19.

Hochgraf PB. *Alcoolismo feminino:* comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.

Hochgraf PB. Mulheres farmacodependentes. *J Bras Dep Quím*. 2001;2(1):34-7.

Hockley J. Psychosocial aspects in palliative care: communicating with the patient and family. *Acta Oncol.* 2000;39(8):905-10.

Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC, Randall PK. Unipolar depression, life context vulnerabilities, and drinking to cope. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(2):269-75.

Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction.* 2005;100:1763-9.

Holtslander L. Clinical application of the 15-minute family interview: addressing the needs of postpartum families. *J Fam Nurs.* 2005;11(1):5-18.

Hoo TS. Strategic consultation: the evolution and application of an efficient approach. *Consult Psychol J: Practice Research.* 1997;49(3):194-206.

Hopfer CJ, Stallings MC, Hewitt JK. Common genetic and environmental vulnerability for alcohol and tobacco use in a volunteer sample of older female twins. *J Stud Alcohol.* 2001;62:717-23.

Huebner AJ, Shettler L, Matheson JL, Meszaros PS, Piercy FP, Davis SD. Factors associated with former smokers among female adolescents in rural Virginia. *Addict Behav.* 2005;30:167-73.

Jacob T, Kenneth EL, Haber JR. Family interactions of alcoholics as related to alcoholism type and drinking condition. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25(6):835-43.

Jacob T, Krahn G, Leonard K. Parent-child interaction in families with alcoholic fathers. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:176-81.

Jacobson KC, Beseler CL, Lasky-Su J, Faraone SV, Glatt SJ, Kremen WS, Lyons MJ, Tsuang MT. Ordered subsets linkage analysis of antisocial behavior in substance use disorder among participants in the collaborative study on the genetics of alcoholism. *Am J Med Genet.* 2008;147B:1258-69.

Jang KL, Vernon PA, Livesley WJ. Personality disorder traits, family environment, and alcohol misuse: a multivariate behavioural genetic analysis. *Addiction.* 2000;95(6):873-88.

Jang KL, Vernon PA, Livesley WJ, Stein MB, Wolf H. Intra and extra familial influences on alcohol and drug misuse: a twin study of gene-environment correlation. *Addiction.* 2001;96:1307-18.

Jennison KM, Johnson KA. Parental alcoholism as a risk factor for DSM-IV-defined alcohol abuse and dependence in American women: the protective benefits of dyadic cohesion in marital communication. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2001;27(2):349-74.

Jester JM, Jacobson SW, Sokol RJ, Tuttle BS, Jacobson JL. The influence of maternal drinking and drug use on the quality of the home environment of school-aged children. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000;24(8):1187-97.

Johnson JL, Leff M. Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics.* 1999;103(5):1085-98.

Jones DW. Toward an African American genogram. *Fam Process.* 1997;36:375-83.

Kalichman S, Cain D. Prospective study of sensation seeking and alcohol use as predictors of sexual risk behaviors among men and women receiving sexually transmitted infection clinic services. *Psychol Addict Behav.* 2004;18(4):367-73.

Kaplan SJ, Salzinger S, Weiner M, Mndel FS, Lesser ML, Labruna VE. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *Am J Psychiatr.* 1998;155:954-9.

Kaufman E. Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1):21-7.

Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2007;32:1272-83.

Keiley MK, Dolbin M, Hill J, Karuppaswamy N, Liu T, Natrajan R, Poulsen S, Robbins N, Robinson P. The cultural genogram: experiences from within a marriage and family therapy training program. *J Marital Fam Ther.* 2002;28(2):165-78.

Kelly AB, Halford WK, Young RM. Expectations of the effects of drinking on couple relationship functioning: an assessment of women in distressed relationships who consume alcohol at harmful levels. *Addict Behav.* 2002;27:451-64.

Kendler KS, Schmitt BS, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(6):619-25.

Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:19-30.

Knight R. The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction. *Bull Menn Clin.* 1987;1:233-5.

Koblinsky AS, Kuvalanka KA, Randolph SM. Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers? Role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *Am J Orthopsychiatr.* 2006;76(4):554-63.

Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nat Neurosci.* 2005;8(11):1450-7.

Krestan JA, Bepko C. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: Betty C, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar:* uma estrutura para a terapia familiar. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p.415-39.

Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP, Helgason AR. Parental divorce and adolescence cigarette smoking and alcohol use: assessing the importance of family conflict. *Acta Pedriatr.* 2009;98:537-42.

Kubacki SR. Applying Hagerman's theory of communicative action to values in psychotherapy. *Psychotherapy.* 1994;31(3):463-77.

Kuntsche EN, Kuendig H. What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Subst Use Misuse.* 2006;41:71-86.

Lally MA, Alvarez SBA, MacNevin RBA, Cenedella CBS, Dispigno MRN, Haewell JI, Pugatch D, Flanigan TP. Acceptability of sexually transmitted infection screening among women in short-term substance abuse treatment. *Sex Transm Dis.* 2002;29(12):752-5.

Lawson A, Lawson G. *Alcoholism and the family:* a guide to treatment and prevention. 2nd ed. Texas: Proed; 2004.

Lex B. Some gender differences in alcohol polysubstancers users. *Health Psychol*. 1991;10:121-32.

Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction.* 2007;102:1522-30.

Li X, Stanton B, Cottrell L, Burns J, Packk K. Patterns of initiation of sex and drug-related activities among urban low-income African-American adolescents. *J Adolesc Health*. 2001;28:46-54.

Like RC, Rogers J, McGoldrick M. Reading and interpreting genograms: a systematic approach. *J Fam Pract.* 1998;26(4):407-12.

Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AAP. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse.* 2003;38(1):51-66.

Liossi C, Hatira P, Mystakidou K. The use of the genogram in palliative care. *Palliat Med.* 1997;11:455-61.

Lisboa AV, Carneiro TF, Jablonski B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicol Estud.* 2007;12(1):51-9.

Little M, Handley E, Leuthe E, Chassin L. The impact of parenthood on alcohol consumption trajectories: variations as a function of timing of parenthood, familial alcoholism, and gender. *Dev Psychopatol.* 2009;21:661-82.

Loukas A, Fitzgerald HE, Zucker RA, Krull JL. Developmental trajectories of disruptive behavior problems among sons of alcoholics: effects of parent psychopathology, family conflict, and child undercontrol. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(1):119-31.

Lusterman DD. Helping children and adults cope with parental infidelity. *J Clin Psychol.* 2005;61(11):1439-51.

Magnavita JJ. In search of the unifying principles of psychotherapy: conceptual, empirical, and clinical convergence. *Am Psychol.* 2006;61(8):882-92.

Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:1-7.

Marlatt GA., Gordon JR. *Prevenção da recaída:* estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Klein DJ. Exploring the link between substance use and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspect sex reprod health*. 2006;38(2):66-75.

Maynard S. Growing up in an alcoholic family system: the effect on anxiety and differentiation of self. *J subst abuse*. 1997;9:161-70.

McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. *Genograms:* assessment and intervention. 2a ed. New York: Norton & Company; 1999.

McGoldrick M, Gerson R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: Betty C, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar:* uma estrutura para a terapia familiar. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p.144-68.

Mello DF, Viera CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2005;15(1):78-88.

Menning CL. Nonresident father's involvement in adolescents' smoking. *J Health Soc Behav*. 2006;47:32-46.

Michalak L, Trocki K, Bond J. Religion and alcohol in the U.S. national alcohol survey: how important is religion for abstention and drinking? *Drug Alcohol Depend.* 2007;87:268-80.

Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Públ.* 1998;14(1):35-42.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. *Violência intrafamiliar:* orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Minuchin S. *Famílias*: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Minuchin S, Fishman HC. *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Moos RH, Moos BS. *Family environment scale manual:* development, applications, research. 3a ed. California: Mind Garden; 2002.

Moos RH, Moos BS, Timko C. Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Research.* 2006;4(3):163-74.

Moos RH, Schutte K, Brennan P, Moos B. Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction.* 2004;99:829-38.

Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(6):1053-9.

Moysés ST, Talbot Y, Czeczko NG, Nassif PAN, Wagner ABP, Oliveira E, Moysés SJ, Wagner HL. Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento – genograma – uso em saúde da família. *Rev Méd Paraná.* 1999;57(1/2):28-33.

Mulej M. Systems theory: a worldview and/or a methodology aimed at requisite holism/realism of humans' thinking, decisions and action. *Syst Res.* 2007;24(3):347-57.

Müller C. Liver, alcohol and gender. *Wien Med Wochenschr.* 2006;156(19-20):523-6.

Mulligan MK, Ponomarev I, Hitzemann RJ, Belknap JK, Tabakoff B, Harris RA, Crabbe JC, Blednov IA, Grahame NJ, Phillips TJ, Finn DA, Hoffman PL, Iyer VR, Koob GF, Bergeson SE. Toward understanding the genetics of alcohol drinking through transcriptome meta-analysis. *National Acad Sciences.* 2006;103(16):6368-73.

Natera-Rey G, Borges G, Icaza EMM, Solís-Rojas L, Tiburcio-Sainz T. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública Mex.* 2001;43(1):17-26.

Nelson T, Figley CR. Basic family therapy skills, III: brief and strategic schools of family therapy. *J Fam Psychol.* 1990;4(1):49-62.

Nicastri S, Ramos SP. Prevenção do uso de drogas. *J Bras Dep Quím*. 2001;2(1):25-9.

Nichol PE, Krueger RF, Iacono WG. Investigating gender differences in alcohol problems: a latent trait modeling approach. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(5):783-94.

Nichols MP, Schwartz RC. *Terapia familiar:* conceitos e métodos. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Niv N, Hser YI. Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: service needs utilization and outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2007;87:194-201.

Nixon S. Typologies in women. In: Galanter M. *Recent developments in alcoholism.* New York: Plenum Press, 1993. p.305-23.

Nóbrega MPSS, Oliveira EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):816-23.

Noether GE. *Introduction to statistics:* the nonparametric way. New York: Springer Verlag; 1990.

Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use problems. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:981-1010.

Nolen-Hoeksema S, Wong MM, Fitzgerald H, Zucker RA. Depressive symptoms over time in women partners of men with and without alcohol problems. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(3):601-9.

Nyamathi A, Longshore D, Galaif ER, Leake B. Motivation to stop substance use and psychological and environmental characteristics of homeless women. *Addict Behav.* 2004;29:1839-43.

Omer H. Dialectical interventions and the structure of strategy. *Psychotherapy.* 1991;28(4):563-71.

Orford J, Natera G, Velleman R, Copello A, Bowie N, Bradbury C, Davies J, Mora J, Nava A, Rigby K, Tiburcio M. Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction.* 2001;96:761-74.

Organização Mundial da Saúde [Internet]. 2008. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/organizacaomundialdasaude.

Owen MT, Cox MJ. Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *J Fam Psychol.* 1997;11(2):152-64.

Pai ALH, Lewandowski A, Youngstrom E, Greenley RN, Drotar D, Peterson CC. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol.* 2007;21(3):407-15.

Pakenham ARC, Pakenham K, Leech C. Evaluation of an intensive psychosocial intervention for children of parents with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol.* 2007;52(2):133-42.

Patterson ET, Charles HL, Woodward WA, Roberts WR, Penk WE. Differences in measures of personality and family environment among black and white alcoholics. *J Counsult Couns Psychol.* 1981;49:1-9.

Patterson RB. Becoming a strategic therapist. *J Fam Psychol.* 1987;1(2):240-54.

Pears KC, Capaldi DM, Owen LD. Substance use risk across three generations: the roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychol Addict Behav.* 2007;21(3):373-86.

Pélissolo A, Gourion D, Notides C, Bouvard M, Lépine JP, Siméoni MCM. Familial factors influencing the consumption of anxiolytics and hypnotics by children and adolescents. *Eur Psychiatry*. 2001;16:11-7.

Penso MA, Costa LF, Ribeiro MA. Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma. In: Penso MA, Costa LF. *A transmissão geracional em diferentes contextos:* da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus; 2008. p.9-23.

Penso MA, Sudbrack MF. Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. *Psicol USP*. 2004;15(3):29-54.

Prescott CA, Kendler KS. Associations between marital status and alcohol consumption in a longitudinal study of female twins. *J Stud Alcohol.* 2001;62(5):589-605.

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.

Rabello PM, Caldas Junior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(6):970-8.

Ramos SP, Woitowitz AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(Supl I):18-22.

Ravazzola MC. *Historias infames*: los maltratos en las relaciones. Buenos Aires: Paidós; 2005.

Raymond L, Friedlander ML, Heatherington L, Ellis MV, Sargent J. Communication processes in structural family therapy: case study of an anorexic family. *J Fam Psychol.* 1993;6(3):308-26.

Redgrave GW, Swartz KL, Romanoski AJ. Alcohol misuse by women. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15:256-68.

Reinaldo MAS, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008;16(esp.):529-34.

Relvas AP. *O ciclo vital da família*: perspectiva sistêmica. 2a ed. Coimbra: Edições Afrontamento; 2000.

Ribeiro MA, Albuquerque MS. Separação e recasamento: aspectos transgeracionais dos novos arranjos familiares. In: Penso MA, Costa LF. *A transmissão geracional em diferentes contextos:* da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus; 2008. p.224-50.

Ribeiro MA, Bareicha IC. Investigando a transgeracionalidade da violência familiar. In: Penso MA, Costa LF. *A transmissão geracional em diferentes contextos:* da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus; 2008. p.251-81.

Robbins MS, Briones E, Schwartz S, Dillon FR, Mitrani VB. Differences in family functioning in grandparent and parent-headed households in a clinical sample of drug-using African American adolescents. *Cultur Divers Ethni Minor Psychol.* 2006;12(1):84-100.

Robinson EAR, Cranford JA, Webb JR, Brower KJ. Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *J Stud Alcohol Drugs.* 2007;68:282-90.

Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002;10(5):709-14.

Rogers JC, Cohn P. Impact of a screening family genogram on first encounters in primary care. *Fam Pract.* 1987;4(4):291-301.

Rogers JC, Rohrbaugh M. The sage-page trial: do family genograms make a difference? *J Am Board Pract.* 1991;4:319-26.

Rolland JS. Genetics, family systems, and multicultural influences. *Fam Syst Health.* 2006;24(4):425-41.

Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consume de drogas. *Rev Psiquiat Clin.* 2007;34(1):73-81.

Sartor CE, Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Heath AC. Genetic and environmental influences on the rate of progression to alcohol dependence in young women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(4):632-8.

Satir V. A mudança no casal. In: Andolfi M, Angelo C, Saccu C. *O casal em crise.* São Paulo: Summus;1995. p.29-37.

Saulnier CF. Women-specific alcohol use(r) intervention programs: a preliminary dimension analysis based on specialized services in Western New York State. 2000;35(11):1585-612.

Schabel C. Mediação familiar. In: Seibel SD, Junior AT. *Dependência de drogas.* São Paulo: Atheneu; 2001. p.417-24.

Schenker M. *Valores familiares e uso abusivo de drogas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Schenker M, Minayo, MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8:299-306.

Scholte RHJ, Poelen EAP, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RCME. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: the role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addict Behav.* 2008;33:1-14.

Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito*: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora Unesp; 2005.

Schuckit MA. An overview of genetic influences in alcoholism. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(1):5-14.

Schwaninger M. System dynamics and the evolution of the systems movement. *Syst. Res.* 2006;23:583-94.

Schweitzer J, Zwack J, Weber G, Nicolai E, Hirscenberger N. Family systems psychiatry: principles, good practice guidelines, clinical examples, and challenges. *Am J Orthopsychiatr.* 2007;77(3):377-85.

Scivoletto S, Morihisa RS. Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. *J Bras Dep Quím.* 2001;2(Supl 1):30-3.

Seeley PR, Seeley JR, Clarke GN, Kaufman NK, Stice E. Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(1):80-8.

Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. Alcohol use in families: a 15-year prospective follow-up study. *Addiction.* 2006;101:984-92.

Sellers B. Unique effects of alcoholism in women. *Prim Psychiatry.* 2005;12(1):47-51.

Shek DT. Paternal and maternal influences on the psychological well-being, substance abuse, and delinquency of Chinese adolescents experiencing economic disadvantage. *J Clin Psychol.* 2005;61:219-34.

Sher KJ. Psycholigical characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health Res World.* 1997;21(3):247-54.

Silva ACD, Carvalho MRS. Aspectos genéticos do alcoolismo. *Psiquiatr Biol.* 1999;7(2):51-64.

Silva EA, Formigoni ML. Avaliação do funcionamento familiar em farmacodependências. *Rev Psiquiatr Clín* (São Paulo). 1999;26(1, n.esp):38-40.

Simão MO, Corrêa FK, Dalben I, Smaira SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):121-9.

Simpionato E, Correia CC, Rocha SMM. Histórico familiar de crianças com insuficiência renal crônica: coleta de dados. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):682-6.

Sloan CD, Sayarath V, Moore JH. Systems genetics of alcoholism. *Alcohols Res Health.* 2008;31(1):14-25.

Stanton MD. Family treatment approaches to drug abuse problems: a review. *Fam Process.* 1979;18:227-369.

Stanton MD, Todd T y cols. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas.* 4a ed. Barcelona: Gedisa; 1999.

Steinglass P, Bennet LA, Steven JW, Reiss D. *La familia alcohólica.* Barcelona: Gedisa; 2001.

Suchman N, Mayes L, Conti J, Slade A, Rounsaville B. Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: from behavior management to fostering emotional bonds. *J Subst Abuse Treat.* 2004;27:179-85.

Suchman N, Pajulo M, DeCoste C, Mayes L. Parenting interventions for drug-dependent mothers and their young children: the case for an attachment-based approach. *Fam Relations.* 2006b;55:211-26.

Suchman NE, McMahon TJ, Zhang H, Mayes LC, Luthar S. Susbstance-abusing mothers and disruptions in child custody: an attachment perspective. *J Subst Abuse Treat.* 2006a;30:197-204.

Sudbrack MF. Terapia familiar sistêmica. In: Seibel SD, Junior AT. *Dependência de drogas.* São Paulo: Atheneu; 2001. p.403-15.

Szykula SA. Child-focused strategic and behavioral therapy processes. *Psychoterapy.* 1987;24(2):202-11.

Tong W. Contemporary systems and complexity studies in China: review and prospect. *Syst Res.* 2007;24:381-92.

Torres SF, Pacheco BP. El genograma y su importancia en la práctica clínica. *Pediatr dia*. 2004;19(5):19-24.

Tracy EM, Martin TC. Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32:81-8.

Trindade EMV, Bucher-Maluschke JSNF. Considerações acerca da abordagem transgeracional de famílias alcoólicas. In: Penso MA, Costa LF. *A transmissão geracional em diferentes contextos:* da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p.165-80.

Vasconcellos MJE. *Pensamento sistêmico*: o novo paradigma da ciência. 5a ed. São Paulo: Papirus; 2006.

Velleman R. Intergenerational effects: a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. I: the intergenerational effects of alcohol problems. *Int J Addict.* 1992a:27(3):253-80.

Velleman R. Intergenerational effects: a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II: the intergenerational effects of family disharmony. *Int J Addict.* 1992b:27(4):367-89.

Vianna VPT. *Comparação do ambiente familiar de dependentes de álcool e/ou outras drogas, avaliado pela escala do ambiente familiar (FES – Family Environment Scale)* [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Vianna VPT, Silva EA, Formigoni MLOS. Versão em português da family environment scale: aplicação e validação. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):419-26.

Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde Soc.* 2008;17(3):113-25.

Wagner GA, Stempliuk VA, Zilberman ML, Barroso LP, Andrade AG. Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(2):123-9.

Walden B, Iacono WG, McGue M. Trajectories of change in adolescent substance use and symptomatology: impact of paternal and maternal substance use disorders. *Psychol Addict Behav.* 2007;21:35-43.

Waldman JD. Thinking Systems need systems thinking. *Syst Res.* 2007;24:271-84.

Walsh F. Casais saudáveis e casais disfuncionais: qual a diferença? In: Andolfi M. *A crise do casal:* uma perspectiva sistêmico-relacional. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. p.13-28.

Walsh F. Crenças, espiritualidade e transcendência: chaves para a resiliência da família. In: McGoldrick M. *Novas abordagens da terapia familiar:* raça, cultura e gênero na prática clínica. São Paulo: Roca; 2003. p.72-89.

Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K, Hertling I, Dvorak A, Lesch OM. Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Womens Ment Haealth.* 2003;6:253-8.

Watts C, Shrader E. How to do (or not to do)...the genogram: a new research tool to document patterns of decision-making, conflict and vulnerability with households. *Health Policy Plan.* 1998;13(4):459-64.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da comunicação humana.* São Paulo: Cultrix; 1967.

Webb JA., Bray JH., Getz JG., Adams G. Gender, perceived parental monitoring, and behavioral adjustment: influences on adolescent alcohol use. *Am J Orthopsychiatr.* 2002;72:392-400.

Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction.* 2000;95(2):251-65.

Wilsnack SC, Wilsnack RW. International gender and alcohol research: recent findings and future directions. *Alcohol Res Health.* 2002;26(4):245-50.

Wulun J. Understanding complexity, challenging traditional ways of thinking. *Syst Res.* 2007;24:1-10.

Yen JY, Yen CF, Chen CC, Chen SH, Ko CH. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychol Behav.* 2007;10:523-9.

Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:51-5.

Zuse AS, Rossato VMD, Backes VMS. Genetograma: um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002;10(3):308-20.