**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

BETÂNIA DA MATA RIBEIRO GOMES

**A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONSUMO DE
ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA**

Ribeirão Preto

2012

BETÂNIA DA MATA RIBEIRO GOMES

**A influência da família no consumo de álcool na
adolescência**

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar.

Orientadora: Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Gomes, Betânia da Mata Ribeiro

A influência da família no consumo de álcool na adolescência.

Ribeirão Preto, 2012.

175 p. : il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Nascimento, Lucila Castanheira.

1. Adolescente. 2. Bebidas alcoólicas 3. família. 4. Enfermagem pediátrica.

GOMES, Betânia da Mata Ribeiro

A influência da família no consumo de álcool na adolescência.

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa Interunidades de Doutorado em
Enfermagem.

Aprovada em:/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

O longo caminho percorrido para conclusão de uma tese de doutorado é permeado por uma multiplicidade de sentimentos. Sentimento de satisfação e prazer pelas descobertas, de sofrimento pelas dificuldades enfrentadas e, não raro, de solidão. Vivi todos esses sentimentos.

Em alguns momentos, intensa satisfação pelos novos conhecimentos adquiridos, de vivenciar a experiência do Programa de Doutorado, de compartilhar descobertas.

No entanto também vivenciei o lado doloroso. Seja pela saudade dos que aqui ficaram durante minha estada em São Paulo, seja pelas dificuldades que todos que já vivenciaram essa experiência, bem conhecem. Ao longo dessa jornada, foram muitos aqueles que me apoiaram e incentivaram. A eles, quero agradecer.

Ao CNPq, pelo financiamento da Bolsa de Doutorado, realizada no período de agosto de 2008 até agosto de 2012, momento de grande enriquecimento pessoal e acadêmico;

Aos colegas da EERP e EEUSP, pelo conhecimento compartilhado;

Aos colegas da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco, pela liberação para realização do Programa de Doutorado, e compreensão pela ausência durante o curso;

Aos amigos que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada, e muito além dela. Temo citar alguns nominalmente e não fazer justiça a todos, mas aqueles em quem confio e com quem compartilho o afeto, bem o sabem. Foram e são amigos, no sentido completo do seu significado. Alguns amigos mais recentes, outros de longa data, porém todos tendo em comum a

sinceridade, a compreensão e a cumplicidade, tão necessárias para definir o sentido de amizade;

À minha orientadora, Lucila Castanheira Nascimento, pela orientação precisa, porém, sobretudo, por ter confiado em minha incursão na análise dos dados dessa tese;

Às professoras Sandra Pilon e Marta Angélica Iossi, pelas contribuições no Exame de Qualificação;

A todos os que fazem a Diretoria do Distrito sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, pelo convívio prazeroso e o aprendizado mútuo;

Às enfermeiras e a todas as Agentes Comunitárias de Saúde da ESF Emocy Krause, pelo apoio e parceria para o acesso às famílias;

Aos participantes dessa pesquisa, pela valiosa contribuição, sem a qual não teríamos esse produto. Obrigada;

Aos colegas de turma do Programa de Doutorado, sucesso a todos;

Aos Professores Márcia Oliveira e Divane Vargas, por terem me recebido no Grupo de Estudos sobre Álcool e Drogas e pelas trocas sempre interessantes;

Ao meu marido, Mauro, a quem dedico esse trabalho. Companheiro, amigo de todas as horas. Muito obrigada;

Aos meus filhos, Ivan, Caio e Hugo, tudo que eu aqui diga será insuficiente para expressar o significado deles para mim. Divertidos, inteligentes, companheiros, solidários e amigos em todos os momentos. Ivan, Caio e Hugo são tudo de bom!

A Arte *Naiïf*, também conhecida como ingênua, espontânea ou primitiva, caracterizada pela visão leve e encantada da vida.

Imagem Arte *Naiïf*, Cena familiar, pintada por Eliza Mello, (1983). Reprodução da revista Continente, ano XI. Set/2011.

RESUMO

GOMES, B. M. R. **A influência da família no consumo de álcool na adolescência.** 175 fl. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Embora os fatores de risco ao consumo de drogas sejam bastante conhecidos, ainda pouco se sabe sobre a dinâmica e a organização das famílias de adolescentes que consomem álcool, assim como suas interrelações com a comunidade. Buscando compreendê-las, esta pesquisa objetivou analisar e interpretar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes, a partir dos referenciais teóricos do interacionismo simbólico e da perspectiva sistêmica de família. Para tanto, adotou-se como campo de estudo a Unidade de Saúde da Família Emocy Krause, localizada no Distrito Sanitário IV, da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Os participantes do estudo foram 22 membros de dez famílias, dentre os quais estavam onze adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária de quatorze a dezenove anos, e que consumiam álcool. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram: observação e entrevista em profundidade, baseada modelo Calgary de Avaliação da Família, para obtenção de informações que permitissem a avaliação dos componentes estrutural, de desenvolvimento e funcional das famílias, além da construção do genograma e do ecomapa familiar. A análise dos dados foi realizada empregando-se a análise temática do tipo indutiva. Foram elaborados três temas: *na internalidade da família: fragilidade e conflitos; entre nós: limites, responsabilidades e esperança; e decisão pela bebida: diversão permeada por riscos*. O primeiro tema aborda as fragilidades das famílias, como as relações interpessoais conflituosas, o padrão de comunicação intrafamiliar, a experiência de separação e as perdas, e os conflitos vividos entre seus componentes. O segundo tema trata da interação entre os componentes da família, caracterizada pela desestruturação, envolvendo o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pelos familiares e desrespeito, marcando os limites de atuação da família que contribuíram para que os adolescentes se aproximassem das bebidas alcoólicas. Mesmo assim, a família não se eximiu de sua responsabilidade para com seus membros, bem como manteve a esperança, nutrida pelas aspirações e religião dos seus membros. Por fim, a decisão pela bebida retrata o contexto do consumo de álcool e as motivações para esse consumo. Os adolescentes apontaram como motivos o prazer e a diversão, sem ignorar os prejuízos do uso abusivo da bebida alcoólica. A diversão associou-se a músicas que se aproximavam do contexto de vida dos adolescentes, incentivando o consumo de bebidas e funcionando como escape dos problemas familiares. Concluiu-se que, tanto a família quanto o contexto sociocultural de inserção dos adolescentes podem influenciar, ao mesmo tempo, de forma positiva e negativa o uso e o abuso de álcool. A estrutura e composição da família, o padrão de interação familiar, a comunicação entre seus membros, a religião e a esperança são componentes que se articulam diretamente com a prática do consumo de álcool pelos adolescentes e podem ser alvo de intervenção na enfermagem.

Descritores: adolescente. bebidas alcoólicas. família. enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

GOMES, B. M. R. **Family influence on alcohol consumption during adolescence.** 175 p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

Although the risk factors for drugs consumption are well known, little is known so far about the dynamics and organization of families of adolescents who consume alcohol, as well as about their interrelations with the community. In the attempt to understand them, this research aimed to analyze and interpret the influence of the family on alcohol consumption by adolescents, based on the theoretical frameworks of symbolic interactionism and the systemic family perspective. Therefore, the place of study was the Family Health Unit Emocy Krause, located in Health District IV in Recife, Pernambuco, Brazil. The study subjects were 22 members of ten families, including eleven male and female adolescents between 14 and 19 years old who consumed alcohol and were considered index cases. The following data collection techniques were used: observation and in-depth interview, based on the Calgary Model of Family Assessment, to obtain information to assess the structural, development and functional components of the families, besides the construction of the genogram and the family ecomap. Inductive thematic analysis was used to analyze the data. Three themes were elaborated: in the family's internality: weakness and conflicts; among us: limits, responsibilities and hope and desire for the drink: diversion permeated by risks. The first theme addresses the families' weaknesses, including conflicting interpersonal relations, the intra-family communication standard, the separation experience and losses, and conflicts experienced among family members. The second theme refers to the interaction among family members, characterizes by loss of structure, involving alcohol abuse by family members and disrespect, outlining family activities that contributed for adolescents to approach alcoholic beverages. Nevertheless, the family did not refuse the responsibility towards its members and kept up hope, nourished by aspirations and members' religion. Finally, the decision to drink pictures the consumption context and the motivations to consume alcohol. The adolescents appointed pleasure and fun as motives, without ignoring the harm of alcohol abuse. Fun was associated with songs that approached the adolescents' life context, encouraging drinking and functioning as an escape from family problems. It was concluded that both the family and the adolescents' sociocultural context can influence alcohol use and abuse positively and negatively at the same time. The family structure and composition, the family interaction standard, communication among family members, religion and hope are components that directly articulate with adolescents' alcohol consumption and can be targets of nursing intervention.

Descriptors: adolescent. alcoholic beverages. family. pediatric nursing.

RESUMEN

GOMES, B. M. R. **La influencia de la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia.** 175 h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Aunque los factores de riesgo al consumo de drogas sean bastante conocidos, todavía se sabe poco sobre la dinámica y la organización de las familias de adolescentes que consumen alcohol, y también de sus interrelaciones con la comunidad. En el intuito de comprenderlas, la investigación objetivó analizar e interpretar la influencia de la influencia en el consumo de alcohol por adolescentes, a partir de los referenciales teóricos del interaccionismo simbólico y de la perspectiva sistémica de familia. Para eso, fue adoptado como campo de estudio la Unidad de Salud de la Familia Emocy Krause, ubicada en el Distrito Sanitario IV, de la ciudad de Recife, Pernambuco, Brasil. Los sujetos del estudio fueron 22 miembros de diez familias, entre los cuales estaban once adolescentes, de ambos sexos, en el rango de edad de catorce a diecinueve años, que consumían alcohol, considerados casos-índice. Las técnicas utilizadas para recolecta de datos fueron: observación y entrevista a hondo, basadas en el modelo Calgary de Evaluación de la Familia, para obtener informaciones que permitieran la evaluación de los componentes estructural, de desarrollo y funcional de las familias, además de la construcción del genograma y del ecomapa familiar. El análisis de los datos fue llevado a cabo mediante el análisis temático del tipo inductivo. Fueron elaborados tres temas: en la internalidad de la familia: fragilidad y conflictos; entre nosotros: límites, responsabilidades y esperanza y decisión por la bebida: diversión permeada por riesgos. El primer tema trata de las fragilidades de las familias, tales como las relaciones interpersonales conflictivas, el estándar de comunicación intrafamiliar, la experiencia de separación y las pérdidas, y los conflictos vividos entre sus componentes. El segundo tema trata de la interacción entre los componentes de la familia, caracterizada por la desestructuración, involucrando el consumo abusivo de bebidas alcohólicas por los familiares y falta de respecto, marcando los límites de actuación de la familia que contribuyeron para que los adolescentes se aproximaran de las bebidas alcohólicas. Aunque así, la familia no se eximió de la responsabilidad para con sus miembros, y también mantuvo la esperanza, nutrida por las aspiraciones y religión de sus miembros. Finalmente, la decisión por la bebida retrata el contexto del consumo y las motivaciones para el consumo del alcohol. Los adolescentes indicaron como motivos el placer y la diversión, sin ignorar los perjuicios del uso abusivo de la bebida alcohólica. La diversión se asoció a músicas que se acercaban del contexto de vida de los adolescentes, incentivando el consumo de bebidas y funcionando como escape de los problemas familiares. Se concluyó que, tanto la familia como el contexto sociocultural de inserción de los adolescentes pueden influenciar, al mismo tiempo, de manera positiva y negativa el uso y abuso de alcohol. La estructura y composición de la familia, el padrón de interacción familiar, la comunicación entre sus miembros, la religión y la esperanza son componentes que se articulan directamente con la práctica del consumo de alcohol por los adolescentes y pueden ser blancos de intervención en la enfermería.

Descriptores: adolescente. bebidas alcohólicas. familia. enfermería pediátrica.

SUMÁRIO

1	<i>Introdução</i>	13
1.1	USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	25
1.2	A FAMÍLIA E A CULTURA DO ÁLCOOL	28
2	<i>Referencial Teórico</i>	32
5.2	2.1 A FAMÍLIA DO PONTO DE VISTA SISTÊMICO	33
5.3	2.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A DINÂMICA FAMILIAR	35
3	<i>Objetivos</i>	39
5.4	3.1 OBJETIVO GERAL	40
5.5	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4	<i>Percurso Metodológico</i>	41
5.6	4.1 TIPO DE ESTUDO	42
5.7	4.2 LOCAL DO ESTUDO	42
	4.2.1 Caracterização da Unidade de Saúde da Família pesquisada	48
	4.2.1.1 Caracterização do Distrito Sanitário IV	48
	4.2.1.2 Vila de Santa Luzia: entre a “invasão” e o bairro	48
	4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	51
	4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	52
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	57
5	<i>Resultado e Discussão</i>	59
5.1	APRESENTANDO AS FAMÍLIAS	60
5.1.1	FAMÍLIA 1: a família de Rodrigo	63
5.1.2	FAMÍLIA 2: a família de Raimundo e Renato	68
5.1.3	FAMÍLIA 3: a família de Ronaldo	76
5.1.4	FAMÍLIA 4: a família de Renata	82
5.1.5	Família 5: a família de Rosa	89
5.1.6	FAMÍLIA 6: a família de Ricardo	94
5.1.7	FAMÍLIA 7: a família de Reinaldo	99
5.1.8	FAMÍLIA 8: a família de Rosângela	105
5.1.9	FAMÍLIA 9: a família de Rosana	109
5.1.10	FAMÍLIA 10: a família de Rafael	114
5.2	APRESENTANDO AS UNIDADES TEMÁTICAS	118
5.2.1	Na internalidade da família: fragilidades e conflitos	118

5.2.2	Entre nós: limites, responsabilidades e esperança	126
5.2.3	A decisão pela bebida: diversão permeada por riscos	135
6 Considerações Finais		141
Referências		145
APÊNDICES		162
APÊNDICE A		163
APÊNDICE B		164
APÊNDICE C		165
APÊNDICE D		166
APÊNDICE E		167
APÊNDICE F		168
APÊNDICE G		169
APÊNDICE H		170
ANEXOS		172
ANEXO A		173
ANEXO B		174
ANEXO C		175

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório sobre os prejuízos do consumo abusivo do álcool, publicado em 2011, afirma que o álcool provoca quase 10% das mortes de jovens; responde por 320 mil mortes entre jovens e adolescentes por ano e é responsável por 9% das mortes de pessoas entre 15 e 29 anos no mundo (WHO, 2011).

Reconhecendo a complexidade da questão, este estudo aborda o contexto de famílias com adolescentes que fazem consumo e abuso de álcool, residentes na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco. A elaboração desta pesquisa partiu de uma visão ampla e compreensiva do universo desse contexto e suas influências para a constituição do sujeito.

A ingestão excessiva de álcool é considerada um grande problema de saúde pública. Além de sua prevalência na população adulta, esse comportamento também está sendo evidenciado igualmente nos adolescentes, acarretando ônus ao sujeito, à família e à sociedade, na forma de: acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada), violência, ferimentos não intencionais e problemas acadêmicos (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

O consumo do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo, e as consequências do seu uso inadequado afetam a população de maior risco para o consumo, que são os adolescentes e adultos jovens (SOUZA et al., 2005).

O consumo de álcool na adolescência, além da alta prevalência, apresenta dois outros fatores: a iniciação, isto é, a idade, e o padrão de consumo. Estudo refere que no Reino Unido, cerca de um quinto dos adolescentes entre 12 e 13 anos de idade relatam consumo de álcool, mas essa proporção aumenta de 40% para 50% entre as idades de 14 a 15 anos e, mais de 70%, aos 17 anos (BONOMO; PROIMOS, 2005).

No Brasil, de acordo com o I Levantamento Nacional sobre Drogas, o consumo regular de bebidas alcoólicas pelos adolescentes começa aos 14,8 anos e, pelos adultos jovens, aos 17,3 anos (LARANJEIRA et al., 2007). Esse aumento tem suscitado questionamentos, sendo objeto de estudo nos mais variados campos do conhecimento, tais como antropologia, sociologia, política,

educação, enfermagem e outros (ASSIS et al., 2005; CAMPOS, 2007; LUÍS; LUNETTA, 2005; NEVES, 2004).

O presente estudo tem proximidade com um projeto desenvolvido anteriormente durante o mestrado. Foi neste contexto de produção de conhecimento que entrei em contato com o universo adolescente, participando de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde, da Universidade de Pernambuco. O projeto desenvolvido por nós e mais cinco mestrados do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria e Determinantes Sociais de Saúde objetivou identificar estilos de vida e comportamentos de risco em estudantes do ensino médio do Estado de Pernambuco.

Nos resultados obtidos naquele estudo, chamou-nos a atenção o consumo de álcool pelos alunos (29,8% só na Região Metropolitana do Recife) (GOMES, 2007). Esse movimento, que leva à aproximação do hábito de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes, implicou em preocupação imediata quanto a compreender a dinâmica das interrelações das famílias desses adolescentes e como elas estavam organizadas. A partir de tal interesse, motivamo-nos a buscar respostas à outra questão de pesquisa: **a dinâmica familiar influencia o desenvolvimento do consumo e abuso de bebida alcoólica entre os adolescentes?**

Partindo dessa busca de compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool por adolescentes, iniciamos, em 2008, o doutorado vinculado ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na unidade da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).

A participação no Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e do Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Problemático de Álcool e outras Drogas (GEAD) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP (EE/USP) abriu novos horizontes e suscitou novos desafios. Permitiu-nos identificar que a linha de

pesquisa a que nosso propósito estava afeito eram Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar, os quais demandam investimento em estudos na área de Enfermagem familiar. Dai decorreu identificar que nosso interesse de investigação estava inserido no cuidar e, ao mesmo tempo, poderia contribuir para o fortalecimento dessa área do conhecimento.

Pensando no cuidado de adolescentes que fazem uso e abuso de álcool e suas famílias, investimos no estudo da enfermagem familiar, por admitir a influência da família nessa problemática. O ambiente sociofamiliar, estrutura marcante no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas, necessita de especial atenção e não apenas a prevalência do uso, o padrão e o comportamento de consumo (BROOK; BROOK, 1996; SCHENKER; MINAYO, 2004).

Apesar da proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos de idade (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996) (BRASIL, 1996a), ela tem sido uma prática comum a favorecer o consumo de álcool pelos jovens. Essa controvérsia requer a interdependência de diversos contextos. Vários estudos vêm enfatizando fatores de risco e de proteção, relativos ao uso de álcool e outras drogas na adolescência (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; PRATTA; SANTOS, 2009; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Os estudos etimológicos sugerem que o verbete risco tem origem no latim “*risicu, riscu, resecare*”, mas o primeiro registro de seu uso data do Século XVI, em castelhano, com o significado de “perigo potencial” (GAMBA; SANTOS, 2006). Dentre os diversos significados construídos ao longo do tempo, está o conceito epidemiológico de risco, entendido como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora), em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado (SPINK, 2001).

Fatores de risco são, portanto, componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Ainda de acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006, p. 80), podem ser definidos como: “atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde, em comparação com outros grupos que não o tenha ou com menor exposição a tal característica”.

Embora o conceito de risco seja termo central da epidemiologia, aqui ele deve ser compreendido de forma mais abrangente, para além dos critérios biomédicos e contemplando variáveis sociais e de comportamento (SAITO, 2001). Deste modo, a avaliação deve incluir características do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade na qual está inserido, composta por seus variados grupos de referência - amigos, escola, trabalho, saúde, bem como pelos valores ou verdades sociais, expressos pela legislação e políticas públicas, pelo nível socioeconômico e pela inserção cultural.

Há consenso de que o uso e abuso de substâncias psicoativas é multifatorial, com implicações de fatores psicológicos, biológicos e sociais (SCIVOLETTO; GIUSTI, 2007). Os fatores habitualmente citados são: curiosidade, obtenção de prazer, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da sociabilização, influência dos pares, isolamento social, dinâmica familiar, baixa autoestima, manejo inapropriado da mídia na questão das drogas, influências genéticas, convívio com familiares alcoolistas, como também o uso indevido de medicamentos, ou seja, o uso de medicações que habitualmente são prescritas (APA, 2000).

Os fatores de risco relacionados ao ambiente familiar, mais descritos na literatura, são: a falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos, relacionamento familiar de baixa qualidade, educação parental negligente, pais separados, conflito cultural de gerações e falta de autoridade dos pais (SCHENKER; MINAYO, 2005). Outros fatores de risco relacionados à estrutura de vida do adolescente, associados ao plano individual, são: falta de autocontrole e de assertividade, fracasso escolar, falta de vínculos na escola, comorbidades (transtorno de conduta, ansiedade, depressão, entre outras) e a própria influência genética ao uso de substâncias psicoativas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Os fatores de risco também podem estar no domínio da comunidade e da sociedade em geral, dentre os quais estão a falta de conhecimento ou de consciência do problema pela comunidade, os serviços de saúde com programas voltados especificamente para jovens, a falta de programas comunitários de sociabilização para jovens, a disponibilidade das drogas de abuso, a carência de controle sobre o uso de drogas de abuso, o

empobrecimento, o desemprego, a discriminação e o preconceito (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

A complexidade dos diferentes fatores que podem levar ao consumo e abuso de álcool e outras drogas na adolescência ressaltam a necessidade de buscar esforços preventivos com vistas à adoção de comportamentos que possam levar ao bem-estar e à promoção de saúde (SWIFT; LEWIS, 2009). Nessa perspectiva, os fatores ou mecanismos de proteção na atenção aos adolescentes são considerados elementos cruciais para a promoção do seu crescimento saudável, na tentativa de minimizar as repercussões dos efeitos de riscos.

É importante ressaltar que os fatores protetores não são simplesmente o oposto dos fatores de risco, estando muitas vezes relacionados com os eventos de vida, os recursos, as disposições ou as demandas que podem proteger o indivíduo à exposição de eventos estressantes (SCIVOLETTO; GIUSTI, 2007).

De acordo com *National Institute of Drug Abuse* (NIDA), em um levantamento realizado em 2002, os principais fatores protetores ao uso de drogas foram: a família, pelo estabelecimento de laços afetivos entre seus membros; o monitoramento das atividades e as amizades do adolescente; a construção de conduta social adequada; o forte envolvimento com a atividade escolar e a disponibilidade de informações sobre o consumo de drogas (NIDA, 2003).

No Brasil, algumas iniciativas de monitoramento já foram realizadas (BRASIL, 2004; GALDUROZ et al., 2005). Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com o objetivo de determinar os fatores de risco e de proteção para a saúde do adolescente, em especial os fatores relacionados às doenças e agravos não transmissíveis (DCNT), visando a orientar políticas públicas de promoção de saúde desse grupo etário (MALTA et al., 2010).

Os determinantes do processo saúde e doença considerados na PeNSE como fatores de risco foram: a exposição ao tabaco, ao álcool e às outras

drogas; a alimentação não saudável e os hábitos sedentários. Foram descritos, ainda, os fatores de proteção ligados à família e à escola (MALTA et al., 2010).

A prática religiosa tem sido implicada dentre os fatores pessoais e sociais protetores, cuja avaliação é geralmente realizada por parâmetros que envolvem frequentar igrejas, ter uma prática religiosa, crença em Deus ou nos preceitos da religião professada (DALGALARRONDO et al., 2004; GRAUNBAUM et al., 2000; KOENIG, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Para melhor compreensão quanto à importância da religião e da espiritualidade como fator protetor, faz-se necessária a conceituação desses termos. A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o transcendente. Já a espiritualidade é a busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o transcendente (KOENIG, 2001).

Anandarajah (2008) explica que a espiritualidade está voltada aos questionamentos e às necessidades universais dos seres humanos, enquanto que a religião provê respostas específicas às indagações e formas ou processos para atender às necessidades. A espiritualidade humana, portanto, é expressa na linguagem religiosa.

A partir da década de 90, observa-se incremento nas pesquisas e nas discussões acadêmicas acerca da influência da religião e da espiritualidade na saúde das pessoas (KOENIG, 2007). Dados quantitativos vêm apontando para a relevância da religiosidade na prevenção do consumo de drogas. As evidências dão suporte para a existência de uma associação positiva entre o não consumo de drogas e os altos índices da religiosidade que, em particular, são expressos pelas idas frequentes à igreja e pela importância dada à religião professada (DALGALARRONDO et al., 2004).

Sanchez e Nappo (2007), em estudo qualitativo, evidenciou que a maior diferença entre os adolescentes consumidores e não consumidores de álcool e outras drogas psicotrópicas, de classe social baixa, era sua religiosidade e a de sua família. Os autores observaram que 81% dos não consumidores praticavam a religião professada por vontade própria e por admiração, mas apenas 13% dos consumidores faziam o mesmo. Nesse segundo grupo,

porém, a prática religiosa estava diretamente ligada à busca da reabilitação do consumo dessas substâncias, mas essa prática religiosa só começou após o início do consumo abusivo.

Apesar do aumento de estudos sobre essa temática, ainda há lacunas na compreensão sobre os mecanismos ou variáveis de causalidade no processo da religiosidade e espiritualidade e o consumo de álcool e outras drogas, reforçando a necessidade de mais pesquisas nessa área.

As práticas e comportamentos familiares, ao longo dos últimos anos, têm sido objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento. Ao longo do século XX, as teorias e os métodos de pesquisa relacionados à família evoluíram consideravelmente, mudando a percepção sobre esse grupo social. Assim, as transformações observadas não são exatamente o enfraquecimento da instituição família, mas o surgimento de novos modelos familiares (SINGLY, 2007).

Família é:

[...] uma palavra que desperta diferentes imagens. Dependendo da área (Sociologia, Biologia, Direito, por exemplo) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social ou religiosa, entre outras), podem-se focalizar aspectos específicos da família, o que resulta em uma gama muito ampla de definições possíveis (ÂNGELO; BOUSSO, 2001, p. 14).

Para Singly (2007), os modelos familiares, enquanto fenômenos sociais, derivam de transformações marcadas por mudanças diversas, nas últimas décadas. Entre as mudanças mais importantes, é possível assinalar a expansão do universo feminino, que levou a mulher a se inserir cada vez mais na vida pública e, pela primeira vez, obter autonomia profissional e econômica. Isso teve grandes repercussões nos deslocamentos ocorridos no interior da família. Nesse contexto, a educação e os cuidados com os filhos deixam de ser atribuições exclusivas da mulher e passam a ser compartilhadas com o pai e outros cuidadores.

É possível assinalar, também, o declínio das grandes referências institucionais, como a igreja, que durante muito tempo legitimou o poder supremo do pai e sustentou a hegemonia do sistema patriarcal. Tal

enfraquecimento contribuiu para que o homem perdesse seu lugar de mantenedor e autoridade máxima da casa e do grupo familiar.

Esses e outros aspectos geraram verdadeira inflexão nos valores e padrões de funcionamento da família, levando-a a se diversificar. No esteio dessas mudanças, a família passa então a operar verdadeira metamorfose em suas relações internas, nos lugares que cada membro ocupa diante do outro e, sobretudo, na criação de um modelo, com o qual irá assumir um lugar na rede social mais ampla.

Em paralelo, Sarti (2004) discorda dessa tendência moderna com relação às famílias das camadas mais pobres, as quais ainda se enraízam em matrizes culturais tradicionais, reproduzindo valores que remontam ao modelo de família patriarcal. A autora, ao examinar tal problemática, chama a atenção para a complexidade dos modelos e tendências que caracterizam as famílias, requerendo continuada investigação sobre o tema.

Para atender à necessidade de pesquisar famílias, descrevendo seus componentes estruturais e suas experiências, a perspectiva sistêmica parece-nos adequada. O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), proposto por Wright e Leahey (2009), oferece essa possibilidade. Apresenta estrutura multidimensional, baseada no conceito de sistemas, na cibernética, comunicação e mudança, sendo constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A categoria estrutural deste modelo compreende a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados: elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente).

A categoria de desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento e a morte (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Já a categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados dois aspectos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças.

Na compreensão das famílias através da teoria geral de sistemas, Wright e Leahey (2009) propõem a abordagem teórico-metodológica dos sistemas familiares, na qual os sistemas são definidos como um complexo de elementos em interação mútua, em que todo sistema é composto de subsistemas e está inserido em um sistema mais amplo ou suprassistema.

Os sistemas são definidos de forma arbitrária por seus limites, os quais ajudam a especificar o que está dentro ou fora deles. Os limites estão associados aos sistemas de vida de natureza física, todavia, também é possível construir um limite e criar um sistema ao redor de ideias, crenças, expectativas ou papéis. Influenciada pelo contexto sociocultural no qual está imersa, a família cria limites e regras que representam os valores culturais adequados ao ambiente emocional do grupo (GALERA; LUIS, 2002).

As contribuições do modelo de enfermagem dos sistemas familiares têm ajudado na compreensão dos diversos ciclos de vida das famílias, das mudanças em sua organização, da transformação de papéis, entre outros. É nas fases de transição (mudança de uma fase para outra) que a família é desafiada a estruturar um novo pacto, necessitando desenvolver novos recursos para atravessar esse momento (ÂNGELO, 1999).

A adolescência, por exemplo, emerge como uma das fases no ciclo de vida familiar. Ela é concebida como uma fase do desenvolvimento humano, que constitui período de transição entre a infância e a vida adulta (UNICEF, 2011). Essa transição, em todas as culturas, é alvo de rituais de iniciação, um elemento interessante de apresentação do novo indivíduo à sociedade. Em algumas culturas, essa ritualização é importante para a construção e a consolidação da identidade e do papel social do adolescente. Todavia, na cultura ocidental, a inexistência dos rituais faz com que não haja marco definido para o início ou fim da adolescência (BRÊTAS et al., 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os limites cronológicos da adolescência são definidos entre 10 e 19 anos, empregados em estudos epidemiológicos, contrastando com o limite de 15 e 24 anos, adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU), voltado principalmente para fins estatísticos e políticos (UNICEF, 2011).

Uma segunda transição ocorre com a passagem da adolescência à condição de adulto jovem, termo que engloba a faixa etária de 20 a 29 anos de idade (CAMARANO, 2006). Importante ressaltar que esta também se faz sem ritual simbólico que ajude o adolescente a compartilhar essa condição e transcender coletivamente sua nova condição social (BRÊTAS et al., 2008).

Atualmente, usa-se, mais por conveniência, agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social, denominado de protagonismo juvenil (MUZA; COSTA, 2002).

No Brasil, as normas e políticas do Ministério da Saúde determinam os limites da faixa etária de interesse nas idades de 10 a 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (BRASIL, 1990; UNICEF, 2011).

No entanto, alguns autores questionam essas demarcações etárias, referindo que condições culturais, econômicas, políticas e sociais determinam comportamentos individuais e de grupo, devendo, portanto, serem consideradas ao se estudar a adolescência e se estabelecerem limites de idade para essa fase da vida (RAMOS et al., 2000).

Neste estudo, foram considerados adolescentes os indivíduos na faixa etária entre 14 e 19 anos, limites do final da primeira e da segunda fase da adolescência. O limite dos 14 anos foi admitido por ser o ponto médio do intervalo da classe do levantamento brasileiro de uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, coincidente com o limite adotado em pesquisa realizada na Região Metropolitana do Recife, entre abril e setembro

de 2006, incluindo 1.878 alunos de escolas públicas estaduais (GALDURÓZ et al., 2010; GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010). O limite inferior foi escolhido para contemplar o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, restringindo a faixa etária à adolescência biológica e legal (BRASIL, 1990). A faixa etária assim delimitada poderá permitir dialogar com pesquisa brasileira, de base populacional em 27 capitais, como com aquela restrita ao Recife, agora admitido como local de pesquisa.

Adicionalmente, apesar de não existir uma definição de consenso, parece haver concordância de que nesse período ocorrem inúmeras transformações físicas e psicossociais importantes para toda a vida. O corpo muda drasticamente e as variações hormonais vêm acompanhadas de alterações de humor. Tanto meninos quanto meninas atingem maturidade sexual, caracterizada pelo desenvolvimento dos órgãos genitais e aparecimentos de características sexuais secundárias, como o nascimento de pelos nos homens e mama nas mulheres (UNICEF, 2011).

Outro aspecto da maturidade física está relacionado ao cérebro, especialmente o córtex pré-frontal. Alguns mecanismos cerebrais, como o sistema de recompensa cerebral (via dopaminérgica mesolímbica), ao qual está associado ao processo de tomada de decisões, ainda estão imaturos para processar a complexidade de algumas escolhas importantes nessa idade (GEIER et al., 2009). De acordo com Chambers, Taylor e Potenza (2003), a forte estimulação desse sistema cerebral, concomitante à imaturidade do sistema de controle inibitório, pode predispor o adolescente a ações impulsivas e comportamentos que envolvem riscos à saúde.

Esse sistema motivacional do cérebro é o mesmo ativado pelo uso de substâncias psicoativas. Como no adolescente esse mecanismo ainda está em desenvolvimento, a estimulação do mesmo pelo uso de drogas pode acelerar mudanças neurais que são próprias da dependência, conferindo ao adolescente vulnerabilidade ao desenvolvimento desse transtorno mental (SWIFT; LEWIS, 2009).

No entanto não é apenas a vulnerabilidade conferida pela imaturidade dos sistemas cerebrais que leva o adolescente ao uso de substâncias psicoativas. A adolescência também passa por transformações cognitivas,

afetivas e sociais, para além da família; adesão a desafios; construção de uma nova identidade e imagem corporal (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Assim sendo, para entender o significado da adolescência para um determinado sujeito é necessário conhecer o contexto no qual ela está sendo vivida (GRYNBERG; KALINA, 2002).

Na adolescência, a família deixa de ser a única referência e os pares passam a exercer importante influência. Esse contexto de maior autonomia, liberdade para novas experiências, busca por novidades, curiosidade e adesão ao grupo de amigos estão associadas ao uso de algumas substâncias (SILVA; MATTOS, 2004).

No entanto não é difícil que a primeira experiência com bebida alcoólica aconteça na companhia da família (SCHENKER; MINAYO, 2005). A inserção cultural da bebida em eventos familiares facilita que o primeiro contato do adolescente com o álcool seja na casa dos pais ou de parentes e tal contato poderá influenciar o uso do álcool na adolescência.

1.1 USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

Entre as drogas de abuso, o álcool é a substância mais largamente consumida entre adolescentes (GALDURÓZ et al., 2005). De acordo com o V Levantamento Nacional com Estudantes, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 2004, 65,2% dos estudantes relataram o uso de álcool na vida; 44,3% nos 30 dias anteriores à pesquisa; 11,7% fizeram uso frequente e 6,7% fizeram uso pesado, ou seja, 20 ou mais vezes no mês que antecedeu a investigação (GALDURÓZ et al., 2005).

Estudos apontam, também, que o consumo aumenta com a idade e apresenta maior ocorrência entre adolescentes do sexo masculino (CARLINI-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000; GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; HORTA et al., 2007; LUCAS et al., 2006; PITKANEN; LYYRA; PULKKINEN, 2005; REBOUSSIN et al., 2006; SILVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2007), mas estudo realizado em Cuiabá, Mato Grosso, por

Souza, Areco e Silveira Filho (2005) identificaram proporção maior de consumo no sexo feminino.

De acordo com o *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Brasileira*, o consumo de álcool entre adolescentes na faixa etária de 14 a 17 anos foi de 36% entre os meninos e 32% entre as meninas, diferença de quatro pontos percentuais. Na faixa etária de 24 a 34 anos, a diferença sobe para 21 pontos percentuais. Só a partir dos 45 anos é que a diferença entre homens e mulheres mantém padrões mais clássicos, ou seja, com predomínio de consumo alcoólico maior pelo sexo masculino (LARANJEIRA et al., 2007).

Esse movimento, que levaria à aproximação dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas entre meninos e meninas, implica na preocupação imediata do ponto de vista de saúde pública, independente das modificações desse consumo, prevalência do consumo pelo sexo masculino e a aproximação pelo sexo feminino.

O consumo de álcool entre adolescentes é um tema controverso, pois discorre sobre a interdependência de diversos contextos. Apesar da proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei nº. 9.294, 15 de julho de 1996), seu consumo é prática comum (BRASIL, 1996a). A intervenção e o impacto do Estado, por meio de medidas de saúde pública, enquanto agente regulador, praticamente não se faz sentir, uma vez que se limita a definir uma idade mínima para os indivíduos poderem adquirir bebidas alcoólicas ou consumir em estabelecimentos desenhados para o efeito, como bares, botecos e similares (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ROMANO et al., 2007; VIEIRA et al., 2007).

A influência dos pares tem sido vista como fator consistente capaz de influenciar não só o início, como também a permanência do uso de substâncias por parte dos adolescentes. Ao mesmo tempo, estudos ressaltam que outros fatores relacionados à estrutura de vida do adolescente, como aqueles individuais, familiares e sociais, combinam-se de forma a aumentar a probabilidade do consumo abusivo (BRASIL, 1996b; HINGSON; WINTER, 2003; MATHEWS; PILLON, 2004).

O álcool provoca sensação de desinibição, favorecendo a conversação e interação entre pares. Especialmente, se consumido em maior quantidade numa mesma ocasião, aumenta a sensibilidade, na fase estimulante, e a tolerância, na fase depressora. Apesar desse padrão de consumo não acarretar prejuízos orgânicos tão intensos quanto os do consumo crônico, a impulsividade e a perda de reflexos podem trazer prejuízos sociais, tais como o envolvimento em comportamento sexual de risco e acidentes de trânsito (PECHANESKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). A intoxicação pelo consumo agudo de álcool pode gerar também desânimo, apatia, irritabilidade, diminuição da capacidade motora, náuseas, vômitos, entre outros (LEMONS; ZALESKI, 2004).

Para Galduróz et al. (2005), a população jovem é vulnerável em relação às consequências negativas e, muitas vezes, trágicas do consumo de bebidas alcoólicas. Acrescentaram que, nos Estados Unidos, o álcool está entre as quatro primeiras causas de morte entre indivíduos na faixa etária de 10 a 24 anos, que foram atribuídas aos acidentes de trânsito, ferimentos não intencionais, homicídio e suicídio.

No Brasil, de acordo com o artigo *Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool* (LARANJEIRA; ROMANO, 2004), os problemas atribuídos ao consumo abusivo do álcool compreendem acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada), violência, ferimentos não intencionais e problemas acadêmicos.

Cleveland e colaboradores (2008) identificaram que, as influências sobre o uso de substâncias podem ser atribuídas a diferentes esferas, tais como à família, aos amigos, à escola e à comunidade, e variam ao longo da adolescência. A família e a comunidade apresentaram maior influência na iniciação do uso de álcool e na do consumo *binge*, que corresponde à ingestão de cinco ou mais doses de álcool numa mesma ocasião, por homens, e de quatro ou mais doses, por mulheres (NIAA, 2005). Os pares e os colegas da escola apresentaram maior influência em adolescentes mais velhos, tanto para o consumo de álcool ocasional quanto para o *binge*. A família apareceu influenciando o consumo ocasional e como fator desestimulante para o consumo *binge*.

O ato de beber é compreendido como algo que serve para modelar o comportamento do adolescente como adulto (MARQUES; CRUZ, 2000). Na perspectiva socializante, o adolescente busca na bebida alcoólica um elemento facilitador para estabelecer relações sociais.

O consumo de álcool está relacionado com tradições, costumes, rituais e estilos de vida, que são interiorizados por observação e imitação comportamental (PILLON; LUIS, 2004). Bobo e Husten (2000) acrescentam, também, a associação entre o consumo excessivo de álcool, a adolescência, as relações entre famílias, a influência dos amigos, a situação econômica, assim como a disponibilidade do álcool e facilidade com que os adolescentes podem ter acesso ao mesmo. Nesse sentido, o uso do álcool por adolescentes resulta da aprendizagem dos modelos de consumo apresentados pela família, pelo grupo de pares, entre outros agentes de socialização.

1.2 A FAMÍLIA E A CULTURA DO ÁLCOOL

As bebidas nasceram quando o homem aprendeu a plantar, transformando em álcool o açúcar de frutas, cereais e raízes, usadas, primeiro, apenas como remédio, depois em celebrações religiosas e, por fim, só por puro deleite, com ou sem exageros. Platão chegou a recriminar o uso imoderado do álcool, alegando causar desarmonia e perda da luz (STANDAGE, 2005).

Todas as civilizações celebraram seus deuses do vinho: Osíris, no Egito; Dionísio, na Grécia; e o mais famoso deles, Baco, em Roma. Calígula governou em meio a orgias. Nero, depois de alguns copos, declarava ser homem de todas as mulheres e mulher de todos os homens (STANDAGE, 2005).

Onde havia fartura de cevada e lúpulo, especialmente na região em que hoje estão Inglaterra, Holanda, Bélgica, Alemanha, Polônia e Rússia, as preferências recaíam sobre a cerveja, vinho de cevada, como chamavam os egípcios. Todavia, em terras onde se podia plantar uva, reinava o vinho. Monges franceses tornaram famosos os da Borgonha e de Bordeaux. A Idade Média sagrou o apogeu dos mosteiros. O vinho passou a fazer parte da própria

cultura, até no linguajar: bom como vinho era elogio; de água para vinho era mudar para melhor, e de boa cepa significava quem tinha boa origem, em alusão à parte inferior do tronco das videiras, que determinava a qualidade das uvas (HALES, 2010).

Logo se começou também a produzir destilados, invenção dos alquimistas, a partir de técnica árabe, em que o calor eliminava o excesso de água, aumentando a concentração de álcool na mistura. Não por acaso é árabe a própria palavra álcool, *al-kool*, significando algo que se evapora com facilidade. No retorno das Cruzadas, por volta do Século XVII, muitos desses equipamentos de destilar acabaram sendo levados para a França. O governo francês começava a cobrar pesadas taxas sobre os vinhos e quase nenhuma sobre os destilados, que começaram, então, a ficar populares. A partir daí, pouco a pouco, foram nascendo outras bebidas destiladas como uísque, vodka e rum (STANDAGE, 2005).

O português trouxe para o Brasil colônia um fermentado (vinho) e um destilado (bagaceira), além de sangria, uma mistura de vinho, água, açúcar e rodelas de limão. Esta última era servida pelas famílias às crianças nas refeições. A essas bebidas, vindas de longe, os índios deram o nome de “cauim-taiá” (bebidas de fogo), por serem bem mais fortes que as por eles preparadas, com matéria-prima da terra: mandioca, batata doce, jenipapo e mel. Cada grupo familiar fazia sua própria bebida e, durante as festas, os índios se deslocavam de uma oca a outra, bebendo tudo que estivesse disponível, durante a noite toda, até a exaustão. Os escravos também tinham suas próprias bebidas denominadas garapa e cachimbo, a primeira feita com a borra de caldo fermentado da cana e, a segunda, uma mistura de cachaça e mel (CASCUDO, 2004).

A cerveja chegou a Pernambuco com os holandeses, no Século XVII, mas não fez sucesso. Em 1810, os ingleses trouxeram uma cerveja de gengibre, chamada de *ginger beer*. No entanto a primeira fábrica de cerveja só chegou ao Brasil, em 1836, no Rio de Janeiro. Era considerada bebida do povo. No livro *Cozinheiro Nacional*, é descrita a distinção das bebidas de acordo com a classe social: na mesa, vinho; no bar, cerveja. Em 1888, veio a fábrica da Antártica e, em 1904, a fábrica da Brahma e tantas outras, passando

a se fazer cerveja para todos os gostos. Tornou-se, assim, a bebida de preferência nacional, sobretudo no carnaval, festa feita, literalmente, de sangue, suor e cerveja (PARÁISO, 2003; SILVA, 2005; SOUZA; MARQUES, 2008).

A partir do breve resgate histórico da introdução da bebida na sociedade, reconhece-se a importância e influência que a mesma teve e tem no comportamento humano. Admite-se, assim, que a história representa a construção do presente, mas que também é representada pelos registros dos antepassados, no que concerne a todos os aspectos culturais e, assim também, ao consumo do álcool.

O lugar refere-se ao espaço físico referendado pela cultura e pelo lugar do sujeito na organização do sistema. O registro da história cultural, geográfica, também marca e organiza o espaço e, portanto, a família está relacionada com a história e o lugar (DI NICOLA, 1998).

A cultura conceituada como processo, que muda e se transforma, se torna um elemento norteador dos traços e registros dos costumes, tecendo ritos e mitos nas diversas passagens da vida (GEERTZ, 1989). A família recria, busca novas possibilidades de construção, revisita também o passado e busca novas organizações sociais. Refletir sobre essa cultura é transportá-la para as narrativas das histórias da vida familiar, pois está inserida na geografia e no tempo de uma época.

Pensar a família é dar conta de que ela está inserida em um tempo e um espaço, que atravessa a cultura, que inclui e exclui valores e fatos significativos de uma história presente, mas atravessada pelo passado. É necessário, também, incluir a dinâmica e a história de vida familiar na perspectiva do adolescente que cada vez mais cedo inicia o consumo de bebidas alcoólicas.

É oportuno ressaltar que o lugar, a cultura e a história, no que se refere ao consumo de álcool são considerados de alta relevância para o mercado de bebidas, atualmente voltado especialmente para o Brasil, considerado um mercado emergente e o oitavo maior consumidor de álcool do mundo, correspondendo a 6,6 litros per capita anuais e uma despesa de importação de US\$ 152.383.598 (GILES; FONSECA, 2012; MORSS, 2011). No que se refere

ao uísque, o Recife é a capital que tem o maior consumo per capita do mundo (PORTMAN, 2008).

Pensar a família é dar-se conta de que ela está inserida em um tempo e em um espaço, que atravessa a cultura, que inclui e exclui valores e fatos significativos de uma história presente, mas atravessada pelo passado. É necessário, também, incluir a dinâmica e a história de vida familiar na perspectiva do adolescente, que cada vez mais cedo inicia o consumo de bebidas alcoólicas.

2 Referencial Teórico

Foram utilizados como referenciais teóricos para a compreensão deste estudo o Interacionismo Simbólico e a Teoria de Sistemas Familiares. O Interacionismo Simbólico analisa as experiências humanas e suas interações e tem como foco principal, em estudos com famílias, o funcionamento interno das mesmas (BOUSSO, 2008; BOUSSO; ANGELO, 2001). Já a Teoria de Sistemas Familiares, adaptada da Teoria Geral de Sistemas proposta por Bertalanffy (1975), quando aplicada à Enfermagem da Família, permite ver a família como unidade de cuidado (BOUSSO, 2008).

A abordagem sistêmica se interessa pelas relações entre os membros do sistema familiar, na tentativa de compreender o funcionamento de cada um deles. O que acontece com cada membro da família afeta o sistema como um todo, influenciando seus comportamentos, crenças e sentimentos (GALERA; LUIS, 2002). Foi a partir destas perspectivas que escolhemos os referenciais para o desenvolvimento deste estudo.

2.1 A FAMÍLIA DO PONTO DE VISTA SISTÊMICO

A teoria geral de sistemas, introduzida por Bertalanffy (1975), vem sendo utilizada em diversos contextos por muitos profissionais, e tem sido aplicada também nos estudos sobre família, por meio da Teoria de Sistemas Familiares. Para Bertalanffy (1975), os fenômenos, tanto da natureza quanto os humanos, não seriam mais explicáveis por meio de ações individuais, mas como consequência de sistemas socioculturais em interação, sejam eles preconceitos, ideologias, grupos de pressão, tendências sociais, ciclos civilizatórios ou fenômenos da natureza. Desse modo, a Teoria Geral de Sistemas abriu a possibilidade de comunicação entre as disciplinas, que se encontravam isoladas em seus universos referenciais, passando a dar ênfase à interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Segundo Vasconcellos (2005), o pensamento sistêmico, inclui o paradigma da complexidade do universo. Trata-se de uma epistemologia que traz para o âmbito da ciência o observador. O observador sistêmico atua possibilitando que as pessoas se tornem agentes ativos de mudança.

A partir da Teoria Geral de Sistemas, surgiram outros estudos além do conceito de sistemas, como, por exemplo, o estudo da Cibernética, termo utilizado por Norbert Wiener, em 1948. A cibernética é a área da ciência que estuda os processos de controle e transmissão de informação nos seres vivos e nas máquinas. A cibernética permitiu trazer os conceitos dos mecanismos reguladores dos sistemas pelo processo de retroalimentação (*feedback*). A retroalimentação é entendida como uma cadeia de eventos na qual o último elemento conduz de volta ao primeiro e torna a cadeia de eventos circular, e não mais linear. A retroalimentação pode ser positiva ou negativa. É positiva quando conduz às mudanças, à instabilidade, e negativa, quando produz o efeito de manutenção do sistema, da inércia, da ausência de modificações. Os dois tipos de retroalimentação são interdependentes e complementares. Desta forma, tanto a estabilidade quanto a mudança são fatores essenciais para a existência da vida e sua alternância é fator predisponente para o estado de saúde evolutivo dos organismos, tanto biológico quanto social (GALERA; LUIS, 2002).

A mudança fundamental que a Teoria Sistêmica traz é a substituição do modelo linear do pensamento científico para o modelo circular. Para Capra (2004), a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração, enfatizando as relações de natureza intrinsecamente dinâmica e não as entidades isoladas. No pensamento sistêmico, um efeito é consequência de várias causas.

Segundo Galera e Luis (2002), o modelo circular nos auxilia mais na compreensão dos comportamentos dos membros do sistema familiar que o modelo linear, que tem como lógica a relação causa-efeito. As autoras citam também as pesquisas realizadas pelo Grupo de Milão, representado por Palazzoli, Boscolo, Cechin e Prata, na década de 1970. Esse grupo desenvolveu novas técnicas no trabalho com famílias, a partir do referencial sistêmico, por meio da circularidade cibernética e da neutralidade sistêmica preconizada por Bateson (1986), o que tornou o conceito de sistema bastante útil para estudar relações familiares.

Um sistema é um conjunto de elementos que covariam de maneira interdependente dentro de limites; estão ligados entre si, em constante interação e em busca de equilíbrio (BERTALANFFY, 1975). Considerando a família como um sistema, esta é composta por sistemas menores ou subsistemas e está inserida em sistemas maiores ou suprassistemas (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

A família se constitui em um sistema em que o comportamento de cada um dos membros não é suficiente para explicar o comportamento dos outros membros, embora possam dizer muito a respeito do indivíduo e, conseqüentemente, da família. Para compreender uma determinada família não basta a soma da análise de seus membros individualmente (CERVENY, 1994). Por ser uma unidade composta de elementos ou membros que se relacionam, uma mudança na vida de um de seus membros afeta toda a família (GALERA; LUIS, 2002).

A família não é estática, ela se move tanto nos espaços das construções ideológicas quanto no papel que exerce na organização da vida social. A família tem a capacidade de modificar suas estruturas, quando se produzem mudanças em seu meio; é também um espaço de troca, de construção de personalidade e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões. No entanto, quando acontece uma mudança na família, após a perturbação ocorre alteração para uma nova posição de equilíbrio. A família se reorganiza de modo diferente da organização anterior (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Assim, manter-se estável no contexto do sistema familiar é um conceito dinâmico, não estático.

2.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A DINÂMICA FAMILIAR

O Interacionismo Simbólico teve origem no final do século XIX, tendo como principal precursor George Mead (1953). Essa teoria está fundamentada na descrição do comportamento humano. É uma perspectiva da psicologia social que retrata a ação do ser humano na relação com o mundo; focaliza a natureza da interação e a dinâmica social entre as pessoas (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

A natureza do Interacionismo Simbólico tem como base a análise de três premissas. A primeira é a de que os seres humanos agem através dos significados que as coisas têm para eles. A segunda premissa diz que o significado das coisas surge como consequência da interação social que cada qual mantém na relação com o outro. A terceira, afirma que os significados se manipulam e se modificam no processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao lidar com as coisas (BLUMER, 1969).

Ao fundar-se nessas premissas, a interação simbólica é levada a desenvolver um esquema analítico da sociedade e da conduta humana que envolve certas ideias básicas relacionadas com a natureza dos seguintes temas: grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões entre as linhas de ação. Em uma visão de conjunto, essas ideias representam a forma como o Interacionismo Simbólico vê a sociedade e a conduta humana (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Para compreender o mundo, nesta perspectiva teórica, é necessário se apropriar de alguns conceitos pertinentes a sua interação, tendo como base as obras de Mead (1953), Blumer (1969) e Charon (1989). Os conceitos são símbolos, objeto, self, mente, interação social e sociedade, assim descritos:

- a) Os símbolos são uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa e para pensar, comunicar e representar. Eles só são simbólicos quando há um significado, uma representação, uma intencionalidade. Símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras.
- b) O objeto é entendido como qualquer coisa que o indivíduo indica para si mesmo: objetos físicos, passado e futuro do indivíduo, o self do indivíduo, símbolos, ideias e perspectivas, portanto, seu significado não é intrínseco, é dado socialmente.

O self para o Interacionismo Simbólico é um objeto de origem social, porque é algo com relação a que o ator age, se engajando em um processo de autointeração, e de origem social, porque é definido no processo de interação com os outros. O self, à medida que interage com outros, é definido, redefinido e muda constantemente. O self representa um processo social no interior do indivíduo, envolvendo duas fases analíticas distintas: o Eu e o Mim, sendo o Eu a resposta para as atitudes do outro, ao lado impulsivo, espontâneo e que não age, porque interage simbolicamente com si próprio. O Mim é a organização das atitudes, é o outro generalizado, composto de padrões organizados, consistentes, compartilhados com outros.

- c) A mente é a ação simbólica para o self e surge da interação com outros. Ela é social, tanto em origem quanto em função, pois surge do processo de interação com os outros e é necessária para entender os outros e para determinar linhas de ação em relação aos objetos e às situações.

- d) A interação social é construída a partir da ação social. A ação é entendida como social quando se leva os outros em consideração, ou seja, as ações são guiadas pelo que os outros fazem na situação, porque os outros com os quais se interage são considerados objetos sociais. Assim, como ação social, significa o que o ator faz, como envolve outra pessoa ou pessoas, para que ela seja simbólica.
- e) A sociedade é descrita como um processo dinâmico. Os indivíduos, ao interagirem, definem e alteram a direção dos atos uns dos outros. Sociedade é o conceito que integra todos os outros conceitos do Interacionismo Simbólico e auxilia a entender a natureza do ser humano. Os indivíduos em sociedade assumem papéis, interpretam, ajustam seus atos uns aos outros, direcionam e controlam o self, compartilham perspectivas na interação e se comunicam com símbolos.

O Interacionismo Simbólico favorece a opção por abordagens metodológicas qualitativas, as quais possibilitam trazer respostas para pesquisas cujo propósito é conhecer os participantes, como sentem, quais significados dão e como interpretam o que vivenciam em um determinado contexto (BOUSSO, 2008). Esta abordagem valoriza o ambiente natural dos atores, a experiência dos seres humanos e o processo indutivo de análise dos dados (BOGDAN; BIKLEN, 1999). Dessa forma, é no âmbito da família, considerada como um sistema, e na dinamicidade da interação dos seus membros que o pesquisador tem o privilégio de coletar dados que os permita conhecer e analisar os modos de agir e pensar de seus membros, os aspectos compartilhados e comunicados entre eles e com outros sistemas acerca de um determinado objeto, como o consumo e abuso de álcool por adolescentes.

As famílias são capazes de mudar e se adaptar em resposta a um desafio. Para a análise do momento em que a família se encontra, é necessária sua avaliação, levando em conta alguns aspectos estruturais como a composição familiar, o gênero, a orientação sexual, a ordem de nascimento de seus membros, os subsistemas que esta possui e os limites estabelecidos. É preciso atentar para os aspectos de desenvolvimento, que envolvem os estágios do ciclo vital da família, as tarefas estabelecidas de cada membro e os vínculos existentes entre eles. Devem também ser considerados aspectos funcionais ou as características instrumentais, como as atividades da vida diária de seus membros, a comunicação não verbal, a comunicação circular, a solução de problemas, os papéis desempenhados pelos

membros, a influência e o poder, as crenças estabelecidas, as alianças e as uniões (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

De acordo com Caldas (2003), a família também apresenta outras demandas relativas aos aspectos materiais e emocionais, passando pela carência de informações. Os aspectos materiais incluem custos financeiros, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde. Necessita também de informações sobre o problema que estiverem vivenciando e como conduzi-lo. Os aspectos emocionais envolvem sentimentos, tais como a raiva, a frustração e a desaprovação, que precisam de suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família às pessoas e serviços de apoio, bem como meios que garantam a qualidade de vida a todos os seus membros.

Muitas famílias estão atentas para as mudanças que se instauram na adolescência, mas sentem certa impotência quanto à possibilidade de um descontrole da situação. As mudanças próprias dessa fase do desenvolvimento podem estar combinadas com a experimentação de drogas, dentre as quais o álcool é a primeira. O resultado poderá ser mais uma experiência na vida do adolescente ou o início de uma dependência.

Assim, voltamos o foco às famílias com adolescentes que consomem e abusam de álcool, considerando a perspectiva sistêmica e o interacionismo simbólico como apropriadas para conhecer e analisar suas experiências, com vistas a subsidiar um cuidado de enfermagem qualificado.

Diante do exposto, apresentamos, a seguir, os objetivos dessa pesquisa.

3 Objetivos

3.1 OBJETIVO GERAL

Frente ao exposto, o **objetivo geral** desta pesquisa é **analisar e interpretar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes.**

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como **objetivos específicos**, definimos:

- Caracterizar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento das famílias dos adolescentes, através do Modelo Calgary de Avaliação da Família;
- Identificar crenças nas famílias que podem influenciar o consumo de álcool pelos adolescentes;
- Identificar as interações familiares que protegem ou que expõem os adolescentes ao consumo ou abuso de álcool;
- Descrever o sentido da religião para essas famílias.

4 Percurso Metodológico

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista a natureza do objeto de estudo e os objetivos propostos, elegemos a abordagem metodológica qualitativa para o desenvolvimento dessa pesquisa. Esta abordagem é adequada para o estudo de famílias (ANGELO et al., 2009) e oferece condições para a compreensão de processos familiares, pois, segundo Minayo (2002), ela preocupa-se com o universo dos significados, com as experiências, valores, crenças, aspirações e atitudes ligadas às relações humanas.

Daí decorre que este estudo, de natureza descritiva e interpretativa, conduzido em consonância com o interacionismo simbólico e a perspectiva sistêmica de família, permitiu descrever, analisar e interpretar o significado que os sujeitos dão às suas ações, a partir das questões subjetivas do contexto cultural (MOREIRA; CALEFFE, 2008). Permitiu, também, conjugar a especificidade de cada sujeito em seu contexto sociocultural e interpretar seus discursos e práticas, a partir de suas certezas, contradições e ambiguidades (DESLANDES; ASSIS, 2002).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Recife, a qual foi selecionada por ser campo de ensino e pesquisa da pesquisadora. Dentre os espaços de inserção e recrutamento dos adolescentes em Recife, elegeu-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como campo para o desenvolvimento deste estudo.

Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma área territorial de 217 km², correspondendo a 0,2% da área total do Estado. Limita-se, ao Norte, com Olinda e Paulista, ao Sul, com Jaboatão dos Guararapes e o Oceano Atlântico, a Leste, com Olinda e o Oceano Atlântico e, a Oeste, com Camaragibe. Suas principais atividades são indústria, turismo e prestação de serviços (BRASIL, 2006).

O Recife surgiu de um núcleo de pescadores que se instalou na foz dos rios Capibaribe e Beberibe, quando Olinda ainda era a sede da Capitania de

Pernambuco (BRASIL, 2006). Foram os holandeses, em sua prolongada ocupação no século XVII, que deram o impulso inicial ao Recife, imprimindo-lhe características de cidade-porto (SALES, 2002).

Em 1823, o Recife foi elevado à categoria de cidade, deixando de ser uma vila subordinada a Olinda, e, em 1827, tornou-se capital da província de Pernambuco (BRASIL, 2006). O desenvolvimento urbanista do Recife, apesar de existirem diversos engenhos nas áreas de planície, deu-se do centro para a periferia, a partir da localização do porto (SALES, 2002).

Em 1855, após uma epidemia de febre amarela, foi publicado o plano de edificação, que tinha como objetivo melhorar as condições de salubridade da cidade. Nessa época, a teoria dos miasmas determinava que a inalação e o contato com o ar proveniente dos pântanos, da matéria em decomposição dos cadáveres e do lixo, dos mangues, esgotos, etc., eram os grandes responsáveis pelas doenças nas cidades. Era, então, necessário sanear os pântanos, oferecer à população água de boa qualidade para o consumo, melhorar a qualidade das edificações, a higiene das casas e de seus moradores (SALES, 2002).

Com a Abolição da Escravatura, em 1888, o crescimento da cidade se intensificou pela migração da população liberta que abandonou as propriedades à procura de novas oportunidades de vida e de trabalho. Foi nesta época que aumentou consideravelmente a construção de palafitas (também chamados mocambos), suspensas sobre os manguezais da cidade. Nessas habitações rudimentares, morava toda uma população pobre. Essa massa populacional foi aumentando, a ponto de constituir cerca de 30% da população da cidade, em 1940 (SALES, 2002).

Atualmente, Recife expressa, em sua configuração físico-territorial, as diferenças provocadas pelo quadro socioeconômico que consolidou ao longo de sua história (RECIFE, 2006). Apresenta-se como cidade heterogênea, com grandes desigualdades sociais, onde, ao lado de áreas altamente valorizadas, se encontram áreas fisicamente degradadas (BITOUN, 2005). Assim, o Recife exhibe a convivência de seus habitantes próximos territorialmente, mas separados pelas enormes diferenças sociais.

Nos últimos 10 anos, Recife vem marcando pontualmente a experiência urbana, destacando-se no imenso crescimento da economia regional, que recolocou

Pernambuco no cenário financeiro nacional e redefiniu trabalho, moradia e opções de deslocamento para seus residentes.

Os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 registraram 1.536.934 habitantes, somente na capital pernambucana (em 2000, a população era de 1.422.905 habitantes, o que significa um afluxo de 144.029 moradores, sejam eles nascidos ou migrados) (BRASIL, 2011)

A estimativa do órgão era de que, em 2009, a população local – incluindo os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista, que integram a Região Metropolitana do Recife (RMR) – chegasse a 3,7 milhões. A contagem recentemente divulgada pelo IBGE aponta para 2,8 milhões, um milhão a menos que o estimado, embora não seja necessário o aporte estatístico para se constatar as consequências do aumento populacional e do crescimento urbano (BRASIL, 2011).

Apesar de parecer uma cidade pequena, se comparada às principais capitais do país, como São Paulo (11.244.369 de habitantes) e Rio de Janeiro (6.323.037), o Recife tem apresentado os mesmos problemas urbanos recorrentes nas grandes metrópoles, a estrangulação do deslocamento, falta de opções de moradia, insegurança, como também o enfrentamento de outras questões sociais.

De acordo com os indicadores do Observatório do Recife (CARDOSO et al., 2011), os dados apresentados permitem fazer uma avaliação da situação dos moradores da cidade em aspectos fundamentais para a garantia de direitos e qualidade de vida. Esta avaliação revela que o Recife tem enormes desafios a enfrentar: a maioria dos dados levantados deixa a cidade abaixo da média ou entre as piores capitais do país. Os dados sobre renda familiar confirmam o quadro de desequilíbrio nessa distribuição. Renda inferior a um salário mínimo, ou não possuir rendimento, observa-se em 33,4% dos domicílios, enquanto 6,6% dispõem de rendimentos superiores a 20 salários mínimos. De um modo geral, a população é considerada bastante pobre, pois cerca de 70% da população possui um responsável pelo domicílio com renda de até cinco salários mínimos.

Quanto à pirâmide etária populacional, há predominância das faixas etárias mais jovens. As faixas etárias de 10 a 29 anos apresentam as maiores concentrações, ultrapassando 38% do total, enquanto a população com idade acima de 60 anos representa 9,4% dos habitantes. Quanto à população adolescente, por grupos de idade e sexo, a distribuição assim se apresenta: entre 10 - 14 anos, 4,0%

são meninos e 3,9%, meninas; entre 15 – 19 anos, 4,1% são meninos e 4,1%, meninas (BRASIL, 2011).

Quanto ao perfil epidemiológico, Recife, de modo geral, apresenta perfis de nascimento e de mortalidade semelhantes às outras metrópoles brasileiras. Os agravos de maior relevância para a cidade são: tuberculose, hanseníase, filariose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis (aids e sífilis) e doenças transmitidas pela água (leptospirose, hepatite A, cólera e outras gastroenterites); Outros agravos relevantes incluem: diabetes, hipertensão, transtornos mentais e uso/abuso/dependência de álcool, fumo e de outras drogas, neoplasias e causas externas (violências e acidentes). Apesar do subregistro, alguns dados podem ser utilizados como referência, fazendo as devidas ressalvas.

O cadastro do Programa Saúde da Família, contido no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), registra 13.500 (1,4%) pessoas declaradas como alcoolista, numa população de 964.286 cadastrados. Também informa média mensal de 25 pessoas que são internadas por abuso do álcool. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) registra 1.151 (1,1%) internações com causas específicas relacionadas ao uso do álcool. Essas cifras são preocupantes na medida em que não consideram causas externas que são, muitas vezes, consequência do uso de álcool e outras drogas (RECIFE, 2010).

No cuidado com a saúde, o alcoolismo ganha relevância ainda maior, pois, afora os males diretamente a ele relacionados, também interfere no tratamento de diversos agravos, sendo uma das principais causas de abandono de tratamento, como de tuberculose, hanseníase, aids, transtornos mentais, dentre outros) (CARDOSO et al., 2011).

Entre os municípios pernambucanos, Recife apresenta maior complexidade do sistema de saúde e é sede de quase a totalidade dos serviços de referência do Estado, confluindo um significativo contingente populacional de outros municípios em busca de ações básicas de saúde e atenção complexa.

O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros e, para efeito de planejamento e gestão, a cidade está dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões (RECIFE, 2008). Dessa forma, o processo de descentralização das

ações do SUS, no Recife, se faz por meio de seis Distritos Sanitários (DS), que correspondem à divisão espacial das seis RPAs (Mapa 1).

Mapa 1 - Divisão em Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões do município do Recife. Recife, 2012.

Fonte: Recife (2008)

O município conta com 250 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas nos seis DSs, com cobertura direta de 60% da população.

Em relação à Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a Secretaria de Saúde do Recife implantou, em 2003, o Programa Mais Vida – redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas, gerido pela Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DAS).

O modelo de atenção aos usuários do município do Recife divide-se em três eixos de abordagem: o primeiro aborda questões primárias de atenção (promoção e prevenção), o segundo trata da assistência à saúde na fase de tratamento e

reabilitação e, finalmente, o terceiro eixo atua no sistema de informação epidemiológica.

Atualmente, a rede dispõe de nove Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seis Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) e dois Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), distribuídos territorialmente seguindo-se a lógica da constituição dos DSs (RECIFE, 2007). No âmbito da Política de Redução de Danos (RD), além da implantação dos CAPS-ADs e de serviços pioneiros como a Casa do Meio Caminho (CMC), também traz para ação nos territórios os Agentes Redutores de Danos e toda a concepção filosófica e pragmática da RD (RECIFE, 2004).

A primeira unidade CMC foi criada em 2004, ampliando a Rede de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, dando um diferencial pioneiro à organização do modelo. As CMCs funcionam como albergues terapêuticos em regime de 24 horas, com atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial, vinculadas ao Programa Mais Vida e financiadas exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife (RECIFE, 2007).

A partir de 2008, há novo incremento da expansão da rede pela proposta das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2008). Com a UPA, tem-se a proposição de um novo espaço de atenção, além da regionalização e qualificação da atenção e da interiorização, com ampliação do acesso com vistas à equidade. Para favorecer a regionalização, é exigida a integração da UPA com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com o desenvolvimento da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou pronto-socorro (BRASIL, 2008).

Em Pernambuco, a UPA passou a integrar a rede estadual de urgência e emergência em janeiro de 2010. O programa foi implantado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS. Sem substituir o PSF e as policlínicas municipais, a UPA ajuda a desafogar as grandes emergências. Atualmente existem 14 UPAs em Pernambuco, cinco destas implantadas no Recife (PERNAMBUCO, 2010).

4.2.1 Caracterização da Unidade de Saúde da Família pesquisada

4.2.1.1 Caracterização do Distrito Sanitário IV

O modelo de saúde do DS IV organiza-se nos moldes estabelecidos pelo município, cuja lógica piramidal instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como grande e principal porta de entrada no sistema.

A rede de atenção à saúde deste DS dispõe de 18 USF totalizando 34 equipes de saúde, três UBS tradicionais, uma Policlínica (Unidade Especializada de Referência), dois CAPS, sendo um deles para tratamento de transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, um Albergue Terapêutico, duas Residências Terapêuticas e três Polos da Academia da Cidade. Completando a rede, o DS IV conta ainda para a atenção terciária, com dois hospitais, Barão de Lucena e Getúlio Vargas, sob gestão estadual, além de um hospital universitário, Hospital das Clínicas ligado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

4.2.1.2 Vila de Santa Luzia: entre a “invasão” e o bairro

A vila de Santa Luzia, localizada na zona oeste do Recife, era um enorme terreno baldio às margens do rio Capibaribe. A partir da década de 1970 essa área foi descoberta por uma população migratória que chegavam e aumentavam a massa de pessoas no desemprego e subemprego. Com a problemática salarial, as pessoas invadiram e assentaram-se nesse terreno, construindo suas moradias (barracos feitos de tabua e taipa, cobertos e cercados com palhas de coqueiro, plástico e papelão). Não havia água potável, sistema de esgoto sanitário e luz elétrica. Os moradores se utilizavam do rio para atender as suas necessidades básicas inclusive como fonte de alimentação e renda, através da pesca.

No começo os moradores não tinham sossego, por se tratar de uma área invadida a prefeitura vivia demolindo os barracos e os moradores viviam refazendo. Esse impasse entre a prefeitura e os ocupantes durou cerca de cinco anos. Devido a esta insistência a ocupação passou a se chamar favela “vila do apulso”. Até quase o

final da década de 1980 a situação das famílias que invadiram o terreno não estava regularizada.

Em 1988, com a Constituição Cidadã e, por grande pressão dos movimentos populares, a cidade do Recife foi pioneira em um projeto de lei para legalizar a posse da terra. Durante os anos seguintes, o governo municipal aprimorou essa legislação. Atualmente, as áreas em processo de legalização ou já legalizadas são chamadas de Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) e possui uma série de benefícios garantidos na legislação, como a regularização da construção de edifícios nestas áreas, o que visa à coerção da especulação imobiliária. Uma das maiores vantagens da área ser instituída como uma ZEIS é que seus habitantes não podem ser expulsos. Por este motivo que hoje no Recife pobre e rico convivem lado a lado.

É o caso da antiga favela do apulso que se tornou a Vila de Santa Luzia, localizada no bairro da Torre, uma das áreas mais valorizadas do Recife. Atualmente, a vila se apresenta como um espaço social heterogêneo e dinâmico, onde múltiplas demandas e necessidades sociais desafiam a gestão cotidiana das políticas públicas. A atuação local de ONGs, da Pastoral da igreja católica e de um Conselho de liderança comunitária também revelam a dinamização da vida associativa local e a tentativa de fortalecer a interlocução entre a comunidade e órgãos públicos (Mapa 2).

Mapa 2 – Localização geográfica da Vila de Santa Luzia, às margens do Rio Capibaribe. Recife, 2012.

Fonte: *Google Earth*, Coordenadas geográficas: 25 L 28:8641:39; S 91:10313:32

A vila possui, também, vários estabelecimentos comerciais, entre estes, foi observada pela pesquisadora durante as visitas à comunidade, diversos pontos de venda de bebidas alcoólicas, como mercadinhos, vendas, botecos e bares. Quanto às atividades culturais, lazer e esporte, apesar da atuação de organizações não governamentais e da associação dos moradores, o processo de adesão da população jovem é frágil, revelando déficits nas áreas de educação, trabalho e geração de renda.

Em relação à oferta de serviços de saúde, em 1993, a comunidade da Vila de Santa Luzia foi vinculada ao DS IV da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, é coberta por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e uma delas foi a USF pesquisada. Lá também se desenvolve um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculado à UFPE.

No que se refere ao atendimento de média e alta complexidade, apesar das dificuldades de acesso relatadas pelos moradores, há uma oferta razoável, sobretudo se comparada à realidade das regiões do interior do país, com destaque para os hospitais Barão de Lucena e Getúlio Vargas, sob a gestão estadual, e o Hospital das Clínicas, vinculado a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A USF Emocy Krause, no período da coleta de dados desta pesquisa, possuía 3.311 famílias cadastradas, totalizando 11.703 pessoas; 56% são do sexo feminino e 44%, do sexo masculino. Quanto à distribuição etária, menos de 1% tinham entre 0 - 1 ano; 13,4%, entre 1 – 9 anos; 16,4%, entre 10 – 19 anos; 36,1%, entre 20 – 29 anos; 22,3%, entre 40 – 59 anos; e 10,4%, entre 60 anos ou mais.

Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo era de cinco anos, sendo que quase 70% da população com mais de 25 anos de idade possuía menos de oito anos de estudo. O percentual de analfabetos era de 3%. Quanto ao percentual de condições referidas, o alcoolismo e o tabagismo aparecem em 1,52% e 3,13%, respectivamente, na população coberta.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidadas a participar do estudo as famílias dos adolescentes que se adequaram aos seguintes critérios de seleção: adolescente com cadastro na USF Emocy Krause; situado na faixa etária de 14 a 19 anos de idade; com uso e ou abuso de álcool e que morasse com seus familiares, independente do tipo de constituição familiar, ou seja, estas famílias poderiam ser famílias: nucleares, monoparentais, de pais separados, reconstituídas, de homossexuais ou aquelas em que o responsável pelo adolescente era o irmão mais velho ou outro familiar, com laços de consanguinidade ou não. Em cada família, o convite se estendeu aos familiares que estavam presentes no domicílio do adolescente por ocasião do primeiro encontro com a família. No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, a própria interação com a família e os discursos dos informantes indicaram a necessidade ou não de incluir outros membros na pesquisa.

Para a identificação dos adolescentes participantes da pesquisa, casos índices do estudo, foi realizado um levantamento, através do cadastro do Programa Saúde da Família, com vistas a identificar as áreas cobertas pelo DS IV que apresentassem famílias com filhos adolescentes que fizessem uso e ou abuso de bebidas alcoólicas. A partir da área identificada, USF Emocy Krause, partimos para a realização do convite aos adolescentes e suas famílias.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, é necessário explicitar a perspectiva adotada para a definição de família e sua unidade de análise. Com este cuidado, desde a concepção da pesquisa, procuramos evitar uma das fragilidades comuns no desenvolvimento de pesquisas com famílias, como por exemplo, a falta de clareza de que membros da família são indivíduos com propriedades de indivíduos e que grupos familiares são grupos com propriedades de grupos (GILLIS; DAVIS, 1992).

Para cada estudo, deve-se adotar, ressignificar e construir um conceito de família que seja operativo e que contemple as características das realidades das famílias pesquisadas e, principalmente, que seja compatível ao referencial teórico adotado. Adotamos a definição de família proposta por Ângelo (1999), por ser adequar à perspectiva interacionista. Nessa perspectiva, "família é um grupo de indivíduos em interação simbólica, chegando às situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, self, mente e habilidade para assumir papéis".

A unidade de análise deste estudo é a família, particularmente, famílias de adolescentes com uso e ou abuso de álcool, provenientes de classes populares, entendida a partir do conceito adotado por Romanelli (1997). Para este autor, essas famílias são constituídas por pessoas que vivem em condições precárias nos centros urbanos, como consequência da baixa escolaridade, qualificação profissional e ocupacional de seus membros, inserção dos trabalhadores nos modos de produção e participação deles nas relações de distribuição. Eles têm acesso restrito aos serviços públicos, como os de educação e de saúde, apresentando elementos culturais próprios.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A inserção no campo empírico se deu em julho de 2010. O primeiro local indicado pelo DS IV para início da coleta de dados foi uma USF localizada em um conjunto habitacional constituído por famílias que viviam em palafitas nos bairros de Casa Forte (Vila Vintém) e Pina (Brasília Teimosa). Apesar da mudança de local de moradia, essas famílias permaneceram em grande vulnerabilidade social. A precariedade na vida dessas famílias se apresentou no fato de não disporem de

renda fixa, necessitar de assistência de Associações Benéficas e de Programas de Transferência de Renda do Governo Federal, como Bolsa Família.

Nesse ambiente, portanto não foi possível realizar tal investigação, pois as famílias que tentamos nos aproximar e dialogar apresentavam como resposta à nossa questão de investigação a ocorrência de condições mais profundas e complexas quando comparadas ao consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com a leitura feita por uma moradora do conjunto: *“Aqui a senhora não vai encontrar isso não. Aqui o buraco é mais fundo”*. E, no relato de uma avó sobre o seu neto: *“Meu neto, graças a Deus, não bebe. Ele só fuma maconha”*.

Estes relatos, agregados a outros pontos informados na USF como, por exemplo, a presença do tráfico na comunidade, acabava por gerar condições favoráveis ao uso de drogas, assim como maior oferta de consumo, implicando em um ambiente permissivo ao uso de substâncias ilícitas.

Após uma semana nessa tentativa, sem sucesso, retornamos ao DS e solicitamos uma nova reunião. Após a exposição dos motivos para não mais continuarmos no campo indicado, inclusive com a possibilidade de risco à própria integridade física da pesquisadora, foi-nos sugerido pela gerência do DS IV outra USF. A coleta, portanto, foi realizada na ESF Emocy Krause.

O primeiro contato com os adolescentes e suas famílias foi realizado sempre em companhia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF Emocy Krause, no domicílio dos participantes ou nas dependências da ESF, como estratégia para aproximação das famílias e para facilitar a nossa apresentação, convite e orientações sobre a pesquisa. Partimos do pressuposto que seria menos ameaçador para as famílias entender que elas foram identificadas por nós a partir da ESF e com a anuência das autoridades competentes.

Na ocasião, após a nossa identificação, foi explicado o objetivo do estudo, sua finalidade e o caráter sigiloso e voluntário de cada participante, salientando que a qualquer momento a participação poderia ser interrompida. Mediante a concordância verbal quanto à participação no estudo, foi obtido o assentimento do adolescente e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável, autorizando a participação do referido adolescente no estudo. As possíveis dúvidas referentes à participação foram

esclarecidas. Foi assegurada também cópia do TCLE assinada para cada um dos participantes.

Partimos, então, para os agendamentos e realização das entrevistas em profundidade, orientadas por questões construídas com base no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, proposto por Wright e Leahey (2009), e outras mais amplas que abordavam aspectos que gostaríamos de explorar com os participantes (APÊNDICE H).

A entrevista em profundidade constitui uma técnica para obtenção de informações sobre como os sujeitos entrevistados atuam e reconstroem o sistema de representações sociais nas suas práticas. Esta técnica favorece a conversação entre entrevistador e entrevistado, com o propósito de favorecer a produção de um discurso sobre o tema definido no marco da investigação. A entrevista constitui, assim, uma forma de diálogo. O entrevistador, contudo, deve dispor sempre da possibilidade de orientar a entrevista em função dos seus interesses (AIRES, 2011). No estudo de Ribeiro e Rocha (2007), as autoras utilizaram o termo “conversa” a esta técnica de obtenção de dados, por considerar ser a melhor forma de expressar o sentido que desejavam imprimir, ou seja, o diálogo.

O roteiro elaborado serviu de orientação para a condução da entrevista, de modo que as questões não foram necessariamente abordadas na ordem nele dispostas, tampouco, em determinadas situações, precisaram ser formuladas. Os informantes discorreram sobre o tema proposto e coube à pesquisadora apreender os sentidos dados por eles, cuidando para não privilegiar um familiar em detrimento de outro, dando vozes a todos os participantes e estimulando a interação entre eles, sempre atenta à dinâmica familiar.

Todas as entrevistas com as famílias foram realizadas, prioritariamente, no domicílio de cada adolescente e, com duas delas, a pedido, foram realizadas nas dependências da ESF. De modo geral, cada encontro teve uma duração aproximada de uma hora.

Privilegiamos mais de um encontro com cada família e, em todos eles, contamos com a participação de, pelo menos, duas pessoas, caracterizando a entrevista familiar. Todavia encontros com a família, subsequentes ao primeiro, nem sempre foi possível, apesar da nossa tentativa. Acreditamos que essa dificuldade possa estar relacionada à própria característica do desenvolvimento do adolescente,

que prefere contato com seus pares e diálogo que verse sobre assuntos externos à sua individualidade. Há que se considerar, ainda, a temática da pesquisa, que aborda aspectos individuais e familiares que podem, de certa forma, causar desconforto aos participantes, como previsto nos aspectos éticos do estudo. Dessa forma, com algumas famílias, tivemos a oportunidade de realizar dois e três encontros, com outras, exploramos o objeto de estudo durante o único momento de interação com a família.

Durante o primeiro encontro, foram elaborados o genograma e o ecomapa de cada de cada família. As respostas dos participantes foram gravadas e transcritas, posteriormente a cada encontro, para que não perdêssemos a riqueza dos detalhes das interações de todos os envolvidos, do ambiente e da comunicação não verbal, que pôde ser recuperada e incluída na produção do texto de cada família, ampliando o processo de análise.

A construção do genograma é considerada uma boa estratégia para ampliar a coleta, enriquecendo os dados e estreitando vínculos com o entrevistado, além de contribuir para o sucesso da condução de entrevistas em profundidade. A organização gráfica da estrutura e dinâmica familiar, no decorrer da entrevista, permite uma boa interação entre entrevistador e entrevistado, além de encorajar este último a contar sua história. Essa riqueza de dados favorece a análise qualitativa da história da família (McGOLDRICK; GERSON; PETRY, 2008).

O ecomapa é um instrumento complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional da família. Consiste na representação gráfica dos contatos dos membros com os outros sistemas sociais. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo eminentemente, um retrato de um determinado momento na vida dos membros da família (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Foi utilizada também como técnica complementar de coleta a observação não participante, com a intenção de inserir a pesquisadora no ambiente familiar. A observação não participante é um procedimento de caráter sistemático, durante a qual o pesquisador presencia o fato, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações e faz mais o papel de espectador (GIL, 1999). Pela observação foi possível apreender questões relacionadas ao ambiente social, à interação entre as

peçoas, aspectos cognitivos e afetivos, por meio das atitudes dos participantes e comunicação verbal e não verbal observados.

A análise e interpretação das entrevistas, incluindo os dados provenientes dos genogramas, ecomapas e anotações do diário de campo, como notas sobre a observação não participante, foram realizadas de forma integrada, visando a uma maior compreensão de cada família estudada e, num segundo momento, de todo o material produzido.

Para a análise dos dados, optamos por realizar a análise de conteúdo do tipo temática indutiva, proposta por Braun & Clarke (2006). A análise temática indutiva consiste em uma forma de análise dirigida pelos dados, uma vez que a identificação dos temas não é conduzida por interesses teóricos do pesquisador. Pode ser aplicada em pesquisas que se fundamentam em diferentes referenciais teóricos, pois não se prende apenas a um deles.

As autoras sublinham que esse tipo de análise oferece duas perspectivas: a essencialista/realista e a construcionista. A primeira perspectiva dispõe sobre as experiências, os sentidos e a realidade vivida pelo indivíduo, já a segunda analisa os acontecimentos, a realidade e as experiências que são produzidas e reproduzidas na sociedade (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática foi realizada em seis etapas, descritas a seguir:

Etapa 1: Familiarização com os dados

Nesta fase, realizamos uma imersão nos dados, a partir das transcrições das entrevistas, tomando-se o cuidado de manter a escrita fiel à fala, atentando-se, inclusive, para as pontuações utilizadas, a fim de não alterar o significado do que nos foi dito. Adotamos a seguinte padronização, na transcrição das entrevistas: os parênteses contendo reticências, (...), indicaram recortes dentro da mesma fala, e as informações entre colchetes, [...] referiram-se a observações importantes, contextualizações e expressões não verbais dos participantes, as quais visaram auxiliar a compreensão do leitor acerca do assunto e sentido contido na fala. Ao final dessa etapa, os dados obtidos com cada participante foram organizados e transformados em discursos e textos.

Etapa 2: Gerando códigos iniciais

Nesta etapa, realizamos a identificação e a criação sistemática e manual de códigos para as unidades significativas contidas nos dados.

Etapa 3: Busca por temas

Realizamos agrupamentos dos códigos em temas mais genéricos.

Etapa 4: Revisão dos temas identificados

Verificamos a validade dos temas em relação aos códigos e aos dados como um todo, reformulando-os, quando necessário.

Etapa 5: Definição e nomeação dos temas

Neste momento, buscamos refinar as especificidades de cada tema, definindo-os claramente e criando nomes (títulos) a cada um deles.

Etapa 6: Elaboração do relatório final

Finalmente, relacionamos os extratos de dados que deram origem aos temas com os achados na literatura, visando responder à questão de pesquisa, e acrescentamos trechos ilustrativos das entrevistas, produzindo um relatório acadêmico. Nessa fase, de acordo com Duarte (2002), como em todas as etapas da pesquisa, foi preciso ter olhar e sensibilidade armados pela teoria, utilizando conceitos e constructos do referencial teórico, construído por meio da discussão dos resultados, entre o diálogo com os princípios do Interacionismo Simbólico e da perspectiva familiar sistêmica.

Houve ainda um esforço para interpretar os discursos dos participantes e realizar a análise em um nível latente, não explícito, que vai além do conteúdo semântico dos dados, identificando o significado que se encontra “nas entrelinhas” (BRAUN; CLARKE, 2006).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, Parecer nº 050/11 - CEP/UPE (ANEXO A), e atende aos procedimentos éticos preconizados pelas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 196/96. Foi obtida também a anuência da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife (ANEXO B), autorizando o desenvolvimento do estudo no Distrito Sanitário IV (ANEXO C).

Como parte da documentação estabelecida, foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes e seus familiares (APÊNDICES A e B), os quais serviram de instrumentos para orientação dos participantes do estudo. Em respeito aos adolescentes, colhemos seus assentimentos, assim como o consentimento dos seus pais ou representantes legais.

Os nomes dos informantes foram substituídos por nomes fictícios ou identificados de acordo com o grau de parentesco ou afinidade com o adolescente, para assegurar o anonimato dos participantes. Foram utilizados nomes que iniciam pela consoante R para identificar os adolescentes, casos índices do estudo, e optou-se por incluir junto aos nomes fictícios a letra F, significando a abreviação de família, e o número que indicou a ordem em que ela foi inserida na pesquisa. Assim, a família 1 é a família de Rodrigo e todo discurso proveniente dessa família foi identificado por F1, por exemplo, Rodrigo, F1; Mãe, F1 ou Sônia, F1; Irmão, F1 ou Vitor, F1, e assim por diante. O mesmo se aplicou aos demais participantes e respectivos familiares.

5 Resultado e Discussão

A influência da família no consumo de álcool na adolescência foi investigada nesta tese a partir das ideias e ações de seus membros e do contexto no qual estão inseridos e foi interpretada por meio dos discursos que emergiram da interação com as famílias. As famílias aqui investigadas possuíam poucos recursos e, como já mencionado, eram provenientes de classes populares. As ocupações refletem trabalho não especializado, com menor remuneração. Em geral, a escolaridade dos provedores não ultrapassava a do ensino fundamental.

Outro ponto, essencial para consideração, é a influência que a família sofre da comunidade onde se localiza da cultura do meio. Assim, embora este estudo se atenha ao núcleo familiar, sabe-se que este se estrutura de acordo com um entorno maior, evidenciando-se a complexidade que permeia a constelação familiar.

Neste estudo a investigação se deu com: a) famílias geridas por somente um dos pais; b) famílias cujos pais casaram-se uma vez e os pais moravam juntos com os seus filhos; c) famílias cujos pais se separaram, recasaram e constituíram novas uniões nucleares.

A partir da seleção de 11 adolescentes, provenientes de 10 famílias, participaram da pesquisa 22 informantes, incluindo mães, pais e irmãos.

5.1 APRESENTANDO AS FAMÍLIAS

Inicialmente, apresentamos as características sociais dos adolescentes que integraram a pesquisa, incluindo algumas particularidades dos familiares que também participaram do estudo. Na sequência, apresentaremos os temas elaborados a partir da análise dos dados:

O Quadro 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes do estudo.

Quadro 1– Caracterização dos adolescentes, segundo idade, estado civil, escolaridade, familiares que residem com ele, bebida consumida, familiares participantes da pesquisa, religião e renda mensal

Identificação familiar	Adolescente Caso índice	Idade (anos)	Estado civil e filhos	Escolaridade	Com quem mora	Bebida consumida	Participantes	Religião	Renda mensal (salário mínimo)
F1	Rodrigo	18	Solteiro	Abandono	Mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente, Mãe e dois irmãos	Sem religião	1
F2	Raimundo	19	Solteiro	Ensino Fundamental incompleto	Mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente, Mãe e irmãos	Sem religião	1,68
F2	Renato	17	Solteiro	Educação de Jovens e Adultos	Mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente, Mãe e irmãos	Sem religião	1,68
F3	Ronaldo	15	Solteiro	Supletivo de Ensino Fundamental	Mãe e irmão	Cerveja, rum	Adolescente e Mãe	Sem religião	1,12
F4	Renata	17	Solteira Filho 8 meses	Ensino Médio incompleto	Pai, mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente e Mãe	Católica, não praticante	0,96
F5	Rosa	19	Solteira	Educação de Jovens e Adultos	Pai e irmã	Cerveja, uísque	Adolescente e Pai	Católica, não praticante	1,60
F6	Ricardo	19	Solteiro	Ensino Médio completo	Pai, mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente e Mãe	Católica, não praticante	1,60

Identificação familiar	Adolescente Caso índice	Idade (anos)	Estado civil e filhos	Escolaridade	Com quem mora	Bebida consumida	Participantes	Religião	Renda mensal (salário mínimo)
F7	Reinaldo	16	Solteiro	Ensino Médio incompleto	Pai, mãe e irmã	Ice	Adolescente	Evangélica praticante	Bolsa monitoria do SENAI
F8	Rosangela	18	Solteira Filha 4 meses	Abandono	Pai, mãe e filha	Cerveja, vodka	Adolescente	Católica praticante	0,51
F9	Rosana	18	Solteira	Ensino Médio incompleto	Mãe e irmão	Cerveja	Adolescente e Mãe	Católica, não praticante	Pensão + Programa Bolsa Família
F10	Rafael	18	Solteiro	Abandono	Mãe e irmãos	Cerveja	Adolescente e Irmã	Católica, não praticante	2,08

Fonte: Diário de campo e entrevistas

5.1.1 FAMÍLIA 1: a família de Rodrigo

a) A estruturação do núcleo familiar

Rodrigo, 18 anos, morava com a mãe de 47 anos, Sônia, e com os irmãos, Ana de 16 anos, Vitor de 15 e Mateus de 13 anos.

A família me recebeu numa segunda-feira pela manhã. Sentamos ao redor da mesa de jantar para a entrevista. Lembro-me que à minha frente estava a irmã e a mãe preferiu sentar-se em uma cadeira de balanço, próxima à mesa, referindo ser mais confortável e também para que pudesse elevar e apoiar sobre um banco a perna direita, na qual apresentava uma úlcera proveniente de varizes; o irmão mais novo e Rodrigo postaram-se à minha esquerda. O irmão de 15 anos permaneceu no quarto e não quis participar da entrevista. Todos me acolheram de forma generosa, prontos a colaborar com a pesquisa.

A mãe me pareceu frágil, apesar do corpo grande e forte; a perna com a úlcera parecia incomodar bastante. Os filhos eram fisicamente bem parecidos com a mãe: morenos, de olhos escuros e de feições que a mim lembravam o seu rosto. Rodrigo era alto e corpulento: o corpo grande e a cabeça pequena.

O grau de escolaridade dos membros da família era variado. A mãe tinha o ensino médio incompleto, porque parou de estudar; Rodrigo também interrompeu os estudos na 6ª série/7º ano do ensino fundamental; Ana cursava o ensino médio; Vitor parou de estudar na 5ª série/6º ano do ensino fundamental e Mateus cursava a 5ª série/6º ano do ensino fundamental.

A família morava em uma casa própria e tinha uma renda mensal de um salário mínimo, proveniente do benefício social que a mãe estava recebendo. Sônia era empregada doméstica, mas estava sem trabalhar, devido ao seu problema de saúde. O pai, João, de 46 anos, há dez anos estava separado de Sônia e, segundo ela, o principal motivo da separação *“foi à bebida”* (Mãe, F1).

O pai mantinha um convívio afastado dos filhos, aparecia muito pouco em casa e não oferecia nenhum tipo de ajuda financeira à família. Sônia referiu

que ele estava com problemas de saúde devido ao seu consumo abusivo de álcool.

Sônia era evangélica praticante e os filhos referiram não ter nenhuma religião.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

A entrevista desvendou um ambiente onde as relações familiares eram repletas de desentendimentos e desafetos, de problemas de comunicação entre os pais e destes com seus filhos e da família em geral.

O primeiro detalhe que me chamou a atenção foi o fato de Rodrigo demonstrar dificuldades para falar sobre seus sentimentos, sobre a maneira como os membros da família se relacionavam entre si e como ele se relacionava com a família. Muitas vezes, eram usados apenas monossílabos ou poucas palavras para responder às perguntas sobre sua família. Rodrigo disse: *“Se quiser perguntar de mim [interrompeu a sua fala]. Eu não quero falar sobre a minha família não”* (Rodrigo, F1).

Percebemos uma dificuldade de comunicação entre a mãe e o filho. Rodrigo considerou a autoridade da mãe *“fraca”*. Revelou que no tempo em que vivia com o pai, ele agredia a mãe fisicamente. Nesse momento, eu o indaguei sobre como era a sua relação com o pai e ele disse que tinha muitas queixas a seu respeito. Considerou que o pai não era um modelo de comportamento e era agressivo, ausente e que há tempos não o via. Os irmãos também tinham a mesma opinião negativa do pai. Continuando a falar com Rodrigo sobre o seu relacionamento com seus familiares, ele nos disse:

Pesquisadora: Como é a vida dele?

Rodrigo: Ah, só bebendo! Ele não para de beber. Ele está quase morrendo por causa da cachaça.

Pesquisadora: Após responder a esta pergunta, permaneceu em silêncio, olhou para a mãe e disse com um tom de voz forte:

Rodrigo: Meu pai que me ensinou a beber. Botou um copo de cerveja pra mim, aí eu peguei e tomei. Aí, eu fui gostando e comecei.

Pesquisadora: Como é a sua relação com a sua mãe?

Rodrigo: Minha mãe é muito estressada. A turma não pode falar nada que ela fica logo estressada. Ela está ficando velha.

Pesquisadora: Como é a relação com seus irmãos?

Rodrigo: Boa. A gente briga, mais depois volta a se falar.

No tocante à família estendida, pareceu-nos não haver muita união dos membros da família nuclear com os demais membros:

Pesquisadora: Você tem contato com seus primos, tios, avós?

Rodrigo: Uma vez na vida ou outra.

Sônia lembrou que, quando os filhos eram pequenos, a sua mãe morava com eles e a ajudava na criação dos netos, para que ela pudesse trabalhar. Rodrigo revelou ter um mau relacionamento com a avó: *“Nunca se demo bem. Desde pequeno sempre brigando; ela batia na gente. Muito enjoada, falava demais. Depois eu briguei com ela e, aí, ela foi embora”* (Rodrigo, F1).

A avó não morava mais com a família e, de acordo com a mãe do adolescente, *“Ela foi embora porque Rodrigo bateu nela”* (Mãe1).

Ao investigarmos sobre como Rodrigo gostaria que fosse a sua família, caso pudesse efetuar alguma mudança, ele nos disse que não faria nenhuma modificação, pois sua família estava bem da maneira como ela era.

Quanto ao consumo de álcool, Rodrigo nos disse ter experimentado bebida alcoólica pela primeira vez aos quinze anos e reafirmou o fato mencionado anteriormente citado, que foi seu pai que lhe ofereceu o primeiro copo de cerveja. Considerou que *“beber de vez em quando é normal”*. O que achava ruim na bebida era: *“ficar muito bêbado, gasta muito”* (Rodrigo, F1).

Rodrigo ampliou suas considerações, explicando acerca do seu motivo de beber. Segundo ele, bebia porque gostava: *“Eu bebo um bocado, eu bebo muito”* (Rodrigo, F1).

Limites e responsabilidades

Sônia nos disse deixar claro para os filhos alguns limites em casa, tais como: acordar cedo e o horário de chegar a casa à noite, mas reconheceu que nem sempre eram cumpridos. Ela também se considerou a figura de autoridade na família, porque *“fica em casa” (Mãe, F1)*. Avaliou, ainda, que os acordos de participação dos filhos nas tarefas domésticas eram sempre transgredidos por Rodrigo e Vitor, sobrecarregando ela, a filha e o filho mais novo. Considerou que *“só a vida”* mostraria a realidade para os filhos. Complementou preocupar-se com Rodrigo e Vitor, que viviam totalmente desocupados e relatou sua angústia pela falta de perspectiva dos filhos: *“Eles deveriam voltar a estudar, ter uma profissão, um trabalho” (Mãe, F1)*.

Quanto às perspectivas de futuro, Rodrigo disse que não gostaria de falar sobre o assunto. Em relação à escola, Rodrigo falou que parou de estudar *“porque não tinha mais paciência”*. Em relação a trabalho, disse: *“Já trabalhei como ajudante de pedreiro e entregando água mineral. Agora estou parado”*. Acrescentou, também, que estava pensando em *“arranjar um outro trabalho”*. Expressou seu sentimento ao falar que gostava mesmo era de *“(…) beber, jogar bola, conversar com os amigos no bar, ir dançar, ir a um show” (Rodrigo, F1)*.

Figura 1 – Genograma e Ecomapa da Família 1

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino
 —/— = casal separado legalmente
 seta roxa contínua = relação muito forte
 seta verde contínua = relação forte
 seta vermelha traço dois pontos = relação fraca
 seta marrom tracejada = relação conflituosa
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.2 FAMÍLIA 2: a família de Raimundo e Renato

a) A estruturação do núcleo familiar

Nesta família, especificamente, foram incluídos dois adolescentes, Raimundo, 19 anos, e Renato, 17 anos, que moravam com a mãe Lurdes, 48 anos, com a irmã Amanda, 20 anos, e o sobrinho Lucas, de 3 meses, filho de Amanda. Raimundo e Renato tinham também um irmão mais velho Armando, 24 anos, que era casado com Luciana, 23 anos, e tinham um filho, Alan, 1 ano e 3 meses. Este irmão morava com a mulher e o filho em outro bairro. A casa da família era conjugada com a casa dos avós maternos, onde também moravam uma tia, e três primos. O pai era falecido.

A família me recebeu, de forma acolhedora, perto da hora do almoço, em uma terça-feira. Participaram do primeiro encontro a mãe, a irmã e Raimundo. Renato estava no curso de marcenaria que frequentava todos os dias pela manhã, portanto, a entrevista que incluiu Renato foi realizada em outro momento.

Raimundo era um jovem magro, alto, olhos pequenos e, na ocasião da entrevista, usava um boné, bermuda e chinelo. Sentamo-nos ao redor da mesa da sala e iniciamos a conversa. Começamos levantando o grau de escolaridade dos membros da família: a mãe tinha o ensino médio incompleto; Amanda estava no terceiro ano do ensino médio; Raimundo, naquele ano, havia retomado os estudos e estava na oitava série do ensino fundamental e Renato, por informação da família, era aluno do 2º ciclo da Educação de Jovens e Adultos (EJA), compatível às 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, à noite, e também cursava marcenaria em um Espaço Cultural do Projeto Criança Cidadã.

Lurdes referiu que Renato era o filho que mais lhe dava trabalho e era muito calado em casa. Ao conversarmos sobre ele, Lurdes nos explicou sobre o motivo dele estar cursando a EJA e participando do projeto. Conforme nos disse, cursar a EJA foi decisão do gestor da escola: *“Por nota só repetiu a 2ª série. Nos outros anos, foi reprovado porque sempre abandonava a escola. Por*

isso, mandaram ele para a EJA” (Mãe, F2). Quanto ao projeto, ela nos contou que, em 2010, Renato se envolveu em um ato infracional e foi estabelecida pelo juiz da vara da infância e adolescência a inserção do adolescente em um programa de liberdade assistida, que foi o projeto de habilitação profissional, como medida socioeducativa. A mãe acrescentou que, depois desse fato ocorrido na vida do filho, sempre o levava e o buscava na escola e no curso de marcenaria, pois não confiava em deixá-lo ir só, pois achava que ele podia “faltar na aula, mentir” (Mãe, F2).

A casa onde a família de Raimundo e Renato morava pertencia ao avô. A renda mensal da família era constituída pela pensão do pai já falecido, no valor de R\$400,00, e do salário de Raimundo, que começou no serviço militar como soldado efetivo voluntário do exército e recebia R\$ 650,00.

Quanto à religião, Lurdes nos disse ser evangélica. Referiu que os filhos não frequentavam nenhuma instituição religiosa e disse, ainda, que gostava de ouvir músicas, salmos e assistir programas evangélicos na televisão, e que, às vezes, os filhos a acompanhavam na igreja.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

No tocante ao relacionamento entre os membros, os participantes foram unânimes ao dizer que mantinham um bom relacionamento entre eles e com os demais parentes, como os avós, tia e primos.

Raimundo afirmou que se dava bem com a mãe: “Amo demais a minha mãe”. Reconheceu que a mãe era preocupada em dar conselho para os filhos não entrarem na vida do crime, para que eles não usassem drogas e não se envolvessem com “más companhias” (Raimundo, F2).

Em relação ao pai, Raimundo relatou sua história de convívio com ele, antes de sua morte:

Pesquisadora: Como era a sua relação com seu pai?

Raimundo: Era boa. A gente assistia jogo juntos. (...) Quem bebia era ele, todos os dias. Ficava doente.

Ao falar sobre a morte do pai, ele nos explicou:

(...) Foi acidente de trabalho. Ele trabalhava numa concessionária de automóveis, era pintor, mas ele fazia todo tipo de serviço lá. Ele levou uma queda da escada e morreu no hospital.

Raimundo iniciou o consumo de álcool aos quinze anos. Disse ter bebido, pela primeira vez, em um bar em companhia dos amigos. Ele nos disse: *“Ver todo mundo bebendo, aí quis provar também”* (Raimundo, F2).

O consumo de bebida alcoólica geralmente ocorria aos finais de semana e dependia dos recursos que ele dispunha, mas, segundo o adolescente, era intenso, por volta de dez a quinze latas de cerveja por noite. Ele nos relatou: *“bebo até dar o brilho”*, o que nos explicou que era ficar meio tonto. Acrescentou que bebia para: *“Curtir a noite, chamar as meninas pra dançar. Se não fosse isso, eu não teria coragem, mas já que bebo [interrompeu sua fala]”* (Raimundo, F2).

Raimundo expressou seu sentimento e sua elaboração ao falar sobre o que achava ruim na bebida:

Ah, a cabeça já fica de outro jeito, girando, entra em outro corpo. À medida que vai bebendo, a pessoa vai desenvolvendo, já não é mais aquela pessoa. Faz coisa que não é pra fazer e faz, tipo brigar. É a coisa ruim na bebida. (Raimundo, F2)

Também nos disse que costumava beber em casa, na companhia de Renato, da tia e dos primos.

Em outro encontro com a família, como dito anteriormente, foi realizada a entrevista com a participação do segundo adolescente, Renato, de 17 anos, que também fazia consumo de bebida alcoólica.

Renato era magro e aparentava ser mais alto que Raimundo; usava brinco e *piercing* na orelha esquerda. Demonstrou dificuldade em falar sobre seus sentimentos e sobre o relacionamento com os membros da sua família, permanecendo em silêncio ao ser motivado a falar.

No tocante ao relacionamento com o pai, o adolescente relatou que tinha uma boa relação com ele: *“Meu pai era atencioso”,* mas também comentou sobre o consumo de bebida do pai: *“Ele bebia muito. Aí a bebida tomou conta dele. Ele ia no bar, bebia duas cervejas, uma Pitú [cachaça], já ficava bêbado”* (Raimundo, F2).

Em relação ao relacionamento com a mãe, Renato afirmou também ter uma boa relação com ela: *“Ela é cuidadosa comigo. Ela gosta de me dar conselho pra sair dessa vida”* (Renato, F2), referindo-se, ao final de sua fala, ao ato infracional que havia cometido.

A esse respeito, Renato nos contou que este fato ocorreu durante uma discussão em uma festa, pois havia brigado com um rapaz, por ciúmes da namorada. Renato o atacou com socos e pontapés, iniciando uma luta corporal. Agrediu o rapaz com um pequeno canivete, que revidou com uma soqueira. Os dois adolescentes assumiram o ato infracional. O fato ocorreu em um bar que frequentava com Raimundo e amigos. Foi a primeira e única vez que, de acordo com o adolescente, ele praticou um ato infracional. No período em que fizemos a entrevista, Renato estava cumprindo a medida socioeducativa. Segundo nos disse, ele pegou “Liberdade Assistida” e estava nesse período sendo acompanhado por agentes comunitários do projeto no qual estava inserido.

Em relação ao relacionamento com os demais membros da família, Renato nos disse ter um relacionamento razoável com os irmãos: *“É bom, mas às vezes a gente briga por coisinha que não vale a pena brigar. Não é aquela briga de sair na tapa. É discussão. A gente discute, mas daqui a pouco a gente tá brincando”*.

Quanto ao consumo de álcool, Renato relatou que começou a beber aos treze anos de idade, em sua casa, na companhia de parentes. Disse: *“Todo mundo bebe”*. De acordo com o adolescente, o consumo de bebida alcoólica ocorria sempre aos finais de semana: *“Eu gosto, é divertido”*. Acrescentou: *“Eu não bebo como o meu pai bebia. Eu não! Eu bebo pra ficar ligado. Eu não quero ficar bebendo assim como meu pai ficou”* (Renato, F2).

Limites e responsabilidades

Lurdes nos relatou que criava a família com a ajuda financeira para alimentação e moradia do seu pai. O marido faleceu há sete anos e a morte do marido teve uma repercussão muito grande para todos os membros da família.

Apesar do *“problema com a bebida”*, considerava-o um *“homem bom”* tanto com ela quanto com os filhos (Lurdes, F1). A mãe nos disse que sofreu muito e que precisou assumir o papel de pai e de mãe. Também teve que aprender a resolver as questões ditas por ela *“de rua”*, tais como: os pagamentos diversos, idas aos bancos e providenciar a documentação para a pensão, naquela época. Disse que gostava de ficar em casa e quase não saía, e que enquanto o marido era vivo, ele era quem resolvia tudo.

Quanto aos filhos, Lurdes considerou o filho mais velho responsável e independente, porque morava com a mulher e o filho, trabalhava e sustentava sua família. Lurdes conta que Armando estava *“meio perdido”* até conhecer Luciana: *“a relação o colocou no prumo”* (Lurdes, F2).

Considerou os outros filhos responsáveis em algumas coisas e irresponsáveis em outras. Amanda, ela a considerou que era *“muito brigona, mal criada”* (Lurdes, F2). Mas havia, também, na sua relação com o neto, filho de Amanda, um transbordamento de afeto. Disse sentir tristeza pelo que estava acontecendo na vida da filha e temia que não conseguisse se estabilizar nos estudos, prejudicando assim o seu futuro.

Raimundo estava no exercito e auxiliava financeiramente a família, assim como nas tarefas domésticas. Quanto ao caçula, a mãe julgou ser o filho que mais lhe dava trabalho. Disse que Renato *“bebe mais que Raimundo, mas ele é mais forte para a bebida. Já Raimundo, sempre que bebe fica doente [ressaca]”* (Lurdes, F2). Ouvindo a mãe falar, Raimundo concordou e teceu um comentário sobre as suas ressacas: *“Fico doente, com dor de cabeça, dor na barriga, vomito. Sempre tenho”* (Raimundo, F2).

Numa interação entre a mãe e os filhos, Lurdes comentou que *“agora está sempre atenta”* ao filho mais novo. Sublinha que depois que Raimundo

“começou no quartel”, ele está mais responsável. Raimundo e Amanda concordaram com o que a mãe pensava sobre eles. Lurdes comentou que, o seu sonho, é ver os filhos seguirem nos estudos, Raimundo na carreira militar, Amanda fazer faculdade de administração e que Renato concluísse o curso de marcenaria e tivesse uma profissão. Ela considerou, ainda, que os amigos dos filhos não são da melhor qualidade, principalmente os amigos de Renato, e percebia que o filho estava estritamente ligado ao grupo de pares, o que para ela não era uma boa influência, manifestando preocupação.

A educação dos filhos, anteriormente de forma mais passiva, passou a ser mais fortalecida com o estabelecimento de normas, depois da morte do marido. Segundo Lurdes, o consumo abusivo de álcool por parte do marido permeou a vida dela e dos filhos até culminar com a sua morte.

Raimundo, falando de si, nos contou que estava “*meio perdido*” até começar a trabalhar. Ele nos disse: “*vou dar um tempo na bebida*” (Raimundo, F2), pois, segundo ele, gastava muito dinheiro.

Renato disse que depois da medida socioeducativa de Liberdade Assistida era “*outra pessoa*”. Acrescentou:

Deu pra pensar melhor no que eu fiz; eu não achava que pudesse acontecer isso. Se soubesse, eu não ia bater não. O que me ajudou mais é que eu tenho o incentivo da minha mãe. Quero estudar, trabalhar no futuro. Não fico mais na rua, que eu tenho medo de ser abordado. Agora não faço mais confusão como eu fazia antes. Agora parar, não sei; é difícil [referindo-se ao uso do álcool]. Vê assim todo mundo bebendo, aí não dá pra resistir não. Quando eu quero beber, eu bebo em casa, com a minha tia, meu irmão. (Renato, F2)

Figura 2 – Genograma e Ecomapa da Família 2 - Raimundo

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ☒ = falecido
 - - = relação de compromisso, mas vivendo separados
 seta verde contínua = relação forte
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

Figura 3 – Genograma e Ecomapa da Família 2 - Renato

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ☒ = falecido.
 - - = relação de compromisso, mas vivendo separados;
 seta verde contínua = relação forte;
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.3 FAMÍLIA 3: a família de Ronaldo

a) A Estruturação do núcleo familiar

Esta família se constitui apenas pela mãe, Vera, 35 anos, pelo adolescente, caso índice, Ronaldo, 15 anos, e seu irmão, Leo, de 13 anos. O pai faleceu há dois meses, mas já era separado da mãe há oito anos.

O primeiro contato com essa família foi realizado na USF, no dia 20 de julho de 2011, com a mãe de Ronaldo, que aceitou participar do estudo e forneceu seu consentimento para participação do adolescente, diante de seu desejo de ingressar na pesquisa. Marcamos, então, a primeira entrevista familiar, que aconteceu no dia 25 de julho, pela manhã.

A família me recebeu na referida data, conforme combinado. Sentamos ao redor da mesa da sala para conversar. Na cabeceira, estava a mãe. Ronaldo se posicionou ao lado; o irmão não participou, pois estava na escola. Para a mãe era nítido, desde o início, o interesse na pesquisa e na oportunidade de estar sentada junto ao filho e, juntos, pudessem identificar meios para solucionar as dificuldades que estavam passando.

Ronaldo aparentava ter idade inferior à que realmente tinha, pois fisicamente, tinha porte pequeno; usa brincos e cabelos com mechas coloridas.

O grau de escolaridade dos membros da família era semelhante: Vera concluiu o ensino fundamental I e Ronaldo cursava o Supletivo para concluir o ensino fundamental II, à noite, e Leo cursava a 6ª série do ensino fundamental, só que pela manhã.

A renda mensal da família era de R\$ 700,00, proveniente do trabalho da mãe, de Ronaldo e do Programa Bolsa Família. Vera era diarista e Ronaldo trabalhava numa firma de manutenção de refrigeração. Sobre a manutenção da família, Vera nos explicou que ainda estava resolvendo questões relativas à pensão do ex-marido.

Quanto à religião, a mãe nos disse que frequentava a Igreja Batista e a Igreja Universal; os filhos, segundo ela, “vão às vezes”. Vera considerava a ida

aos cultos um apoio e nos disse: *“volto mais calma, mais sábia”*. Referiu que quando os filhos também frequentam os cultos, *“voltam mais aliviados (Mãe, F3)”*.

Ronaldo nos disse que acreditava em Deus, mas não se identificou como vinculado a alguma religião.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Vera nos informou que sentia dificuldades em lidar com a educação dos filhos, principalmente quando se tratava de Ronaldo. Apresentou-se, durante nosso encontro, muito emocionada e chorou, ao comparar os dois filhos.

Ao se recuperar da emoção, nos falou: *“Ronaldo sai com os amigos, não avisa para onde vai. Chega em casa com cheiro de bebida”*. Continuou, tecendo elogios e comparações em relação aos filhos: *“Leo [filho mais novo], gosta mais de mim, se preocupa comigo, ajuda em casa, é obediente e não bebe”* (Mãe, F3).

O relacionamento com a mãe foi descrito por Ronaldo como “razoável”. Ele nos disse: *“Ela é preocupada, fica perguntando o tempo todo pra onde eu vou, me dá conselho, essas coisas”* (Ronaldo, F3). A mãe se queixou sobre as dificuldades em manter a autoridade com Ronaldo, principalmente depois da morte do pai.

Quanto ao relacionamento entre os irmãos, Ronaldo revelou não se dar muito bem com o irmão mais novo: *“a gente briga muito”*. Ao expressar-se em relação aos sentimentos pelo irmão mais novo, ele nos disse: *“Nem dou muita confiança a ele quando chego em casa. Vou logo pro quarto”* (Ronaldo, F3).

No tocante à família estendida, Vera disse ter contato e melhor relacionamento com a sua família, no caso com a sua mãe, e também mantém contato com uma prima do ex-marido. Ronaldo falou que não gostava da avó por parte de pai. Ele nos disse: *“Nunca se demo bem. Eu ia na casa da minha*

vó quando meu pai tava vivo. O meu pai falava que ela maltratava muito ele” (Ronaldo, F3).

Quanto ao relacionamento conjugal dos pais, Ronaldo revelou não se lembrar, pois os pais já estavam separados há oito anos. Já Vera, relatou que era um relacionamento conturbado e que, frequentemente, brigavam. Depois da separação, ela disse que conseguiram manter um relacionamento amigável e que o pai apoiava à família de forma financeira e afetiva.

No tocante ao relacionamento com o pai, Ronaldo disse se lembrar de momentos agradáveis: *“Ele era amoroso com a gente [com os filhos]. Ele gostava de dar conselho”*. Ele prosseguiu e se emocionou: *“Sempre ia ver meu pai, todo dia [se emociona]. Eu não conseguia ficar sem ver meu pai, senão eu ficava triste. Tenho muita saudade dele [chora]”* (Ronaldo, F3).

Ao explorarmos sobre o uso de álcool pelo pai, Ronaldo nos disse: “Meu pai não bebia não. Mas, nos últimos tempos, ele começou a beber muito (Ronaldo, F3). Prosseguiu na sua fala, nos descrevendo o motivo do falecimento do pai. Falou sobre o sucesso do pai, o desemprego e a decisão equivocada de iniciar o tráfico de drogas, culminando com a sua morte:

Nos últimos três meses ele começou a beber muito. Antes, ele não bebia. É que ele ficou desempregado. Meu pai era inteligente, tinha currículo. Aí ele desistiu de procurar emprego e resolveu procurar outra saída. Entrou pro negócio errado [tráfico de drogas]. Aí, ele começou a vender mais que o outro, ele ficou com inveja e matou meu pai. (Ronaldo, F3)

Em seguida, ainda sobre o sentimento em relação à morte do pai, Ronaldo concedeu: *“Depois que o meu pai morreu eu me revoltei, não gostei do que tinha acontecido. Aí pensei em pegar uma arma e matar o cara que fez isso com meu pai. Eu sei quem é ele, e ele está solto* (Ronaldo, F3)”.

Vera também expressou seu sentimento e elaboração ao falar sobre o assassinato do ex-marido: *“Ah, eu fiquei triste e fiquei pensando em tudo. Isso é coisa da vida”* (Mãe, F3).

Refletindo sobre como gostaria que fosse sua família, caso pudesse efetuar alguma mudança, Ronaldo expôs a vontade de que seu pai estivesse vivo e que gostaria de ter mais recursos financeiros para poder ajudar a sua

família. Falou também sobre seu sonho de ser jogador de futebol, interrompido por saber, de alguma forma, de sua necessidade de contribuir com o sustento da família: *“Eu queria ser jogador de futebol e ajudar a minha família, mas não dá mais, porque eu tenho que trabalhar”* (Ronaldo, F3).

Ronaldo iniciou o consumo de álcool com amigos aos quatorze anos. Comentou que, na época, estava morando com o pai e disse:

Eu morava antes com meu pai. Uns amigos me chamaram para ir pra uma festa lá na Madalena [bairro próximo à comunidade onde Ronaldo morava]. Aí, eu pedi pro meu pai. Disse que voltava entre cinco e seis da manhã [a festa começou por volta de meia noite], e que qualquer coisa eu dormia por lá. Aí, ele disse: ‘vá embora, mas cuidado na vida’. Aí, quando eu cheguei lá, meu amigo disse: ‘Vai rolar umas bebidas e aí, tu vai tomar?’ Aí eu disse: ‘não bebo não’. Ele insistiu: ‘bebe aí pô! Vai ficar aí só bebendo guaraná!’. Aí eu bebi. Quando foi no outro dia, eu cheguei em casa era quase oito horas. Aí, meu pai disse: ‘tá bebendo é cara?’ (Ronaldo, F3)

Na tentativa de compreender melhor a relação do adolescente e seu pai, solicitamos que nos explicasse melhor:

Pesquisadora: Então nessa época você morava com o seu pai?

Ronaldo: A gente, na favela, morava um do lado do outro. Às vezes, eu dormia na casa dele e, às vezes, na casa de mainha. Depois que a gente se mudou pra cá, todo final de semana eu ia visitar ele. (...) Ele [referindo-se ao pai, depois da mudança de casa] voltou a morar com a mãe dele [avó de Ronaldo].

Retomando a conversa sobre o seu consumo de bebida alcoólica, Ronaldo nos relatou sobre sua percepção acerca do motivo pelo qual as pessoas bebiam:

Ronaldo: Pra se divertir, encher a cara. Bebe na intenção da outra pessoa.

Pesquisadora: Como assim? Você pode me explicar melhor?

Ronaldo: Bebe pra ficar bêbado e vir descontar a raiva no outro. Eu vejo muito isso.

Pesquisadora: Onde você vê isso?

Ronaldo: Na rua, os vizinhos.

Continuando:

Pesquisadora: O que você acha legal na bebida?

Ronaldo: Eu não acho nada. Me deixa muito ruim no outro dia. A pessoa não tem disposição pra nada. Fica só deitado na cama. Na hora que está bebendo, é bom. A pessoa fica curtindo, dançando. Mas no outro dia, fica um negócio ruim.

Ainda expressando seu sentimento sobre o que era ruim na bebida: *“Sempre que bebia tinha ressaca. Agora não fico mais, porque a pessoa vai bebendo, bebendo e aí se acostuma mais com o negócio”* (Ronaldo, F3).

O consumo de bebida alcoólica, de acordo com o adolescente, geralmente ocorre *“nas festas de aniversário, festas na casa dos amigos. A gente se reúne e compra cerveja”*. Ronaldo comentou, também, sobre os amigos que vão às festas acompanhados dos pais. Ele nos disse: *“não bebem, os pais só deixam beber guaraná e eles ficam afastados da gente”* (Ronaldo, F3).

Ao detalhar sobre suas preferências em relação à bebida, Ronaldo falou que ingeria vodka, alcatrão [destilado] com mel e limão e cerveja, mas que dessa última, ele não gostava muito. Ele disse: *“Só paro de beber quando acaba a festa”* (Ronaldo, F3).

Limites e responsabilidades

Durante a conversa com a mãe e Ronaldo, não houve manifestação de conflitos. A mãe relatou, comovida, que a relação com o ex-marido depois que se separaram tornou-se mais amigável: *“A gente parecia dois irmãos”* (Mãe, F3).

Em relação à divisão das responsabilidades com os membros da família, Vera comentou que: *“Acho que não uso a autoridade certa”*. Disse que agora tenta usar a autoridade de mãe e pai e determinar as regras em casa. Acrescentou que falhou nas atribuições de responsabilidades ao filho. Achava que seria talvez pelo motivo de que *“os filhos sejam homens”* (Mãe, F3).

Ronaldo comentou que não foi habituado a cumprir com os afazeres domésticos. Ele afirmou que mais o pai que a mãe impunha limites a ele. Ronaldo ressaltou que, quando discordava da mãe, agia da maneira que achava ser a certa, como no caso de sair com os amigos à noite, apesar da proibição: *“Eu não obedeco, não porque não quero, mais eu quero sair, me divertir, é mais isso”* (Ronaldo, F3).

Vera concordou que o pai exercia melhor a sua autoridade com os filhos. Insistiu que faltava responsabilidade ao filho mais velho nas questões que considerava básicas na família e disse: *“Ronaldo é muito desarrumado, as roupas, a casa, é irresponsável nos estudos, com as amizades, porque sai com amigos que considero más companhias”*. Acrescentou: *“O que vale é que, pelo menos, ele está trabalhando”* (Mãe, F3).

Referindo-se ao filho mais novo, Vera o considerava responsável e avaliou que ele tinha *“respeito e carinho”* por ela.

Para Ronaldo, o trabalho significava ganhar dinheiro para gastar. Ele contou que ajudava um pouco em casa, mas gostava de *“sair com os amigos, comprar coisas”*. Falou novamente e se emocionou, mais uma vez, quando mencionou sobre seu futuro. Retomou seu sonho de ser jogador de futebol e disse que queria *“se dar bem na vida”*, mas só *“se ganhasse na loteria”*, para realizar seu sonho, porque para isso [ser jogador de futebol] precisava *“ter algum dinheiro para ir treinar, até você mostrar mesmo que é bom e eles começarem a te ajudar”* (Ronaldo, F3).

Ronaldo começou a trabalhar após a morte do pai, por iniciativa da mãe. Trabalhava de segunda a sábado, pintando e limpando aparelhos de ar condicionado.

No âmbito das relações intrafamiliares, a morte recente do pai tem representado um fardo muito grande para todos os membros da família.

Figura 4 – Genograma e Ecomapa da Família 3

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ☒ = falecido
 — = casal separado legalmente, mas mantendo laço de amizade;
 seta roxa contínua = relação muito forte;
 seta verde contínua = relação forte;
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta marrom tracejada = relação conflituosa;

5.1.4 FAMÍLIA 4: a família de Renata

a) A estruturação do núcleo familiar

Renata mora com seu filho, Rafael, de sete meses; seu pai, Sérgio, de 46 anos; sua mãe, Lúcia, com 48; duas irmãs, Simone, de 25 anos, filha da primeira união de Lúcia, e Solange, de 23 anos; um sobrinho, Gabriel, 7 anos, filho de Solange, e o cunhado Ricardo, de 29 anos, casado com Simone.

O encontro para a entrevista se deu na casa da família, com a participação da adolescente e de sua mãe. Os demais membros não estavam em casa, exceto as crianças: Rafael estava dormindo e Gabriel brincando com os vizinhos.

Renata é uma garota bonita. Sua aparência está de acordo com os padrões das meninas de sua geração: cabelos longos, roupas justas e curtas, unhas pintadas, *piercing* no umbigo.

O grau de escolaridade dos membros da família assim se distribuía: o pai era analfabeto; a mãe estudou até a 5ª série; Simone terminou o ensino médio; Solange abandonou os estudos durante o ensino médio e Renata está cursando o 1º ano do ensino médio.

A Família vive com poucos recursos. A mãe se dedica somente aos afazeres domésticos. O pai trabalhava em casa, pois tinha uma oficina, que precisou ser fechada. Atualmente, sua renda é proveniente somente de trabalhos esporádicos, pequenos serviços que contribuem para as despesas da casa, biscates, como são conhecidos na região onde a pesquisa foi desenvolvida. A irmã mais velha trabalha como secretária em um consultório médico e tem uma renda aproximada de R\$600,00 por mês. O filho de Solange recebe uma pensão relativa à sua aposentadoria por invalidez, em decorrência do diagnóstico de hidrocefalia congênita. Esta pensão é totalmente direcionada para suprir as despesas com a criança. O cunhado trabalha como vendedor e, por morar com a família da esposa, ajuda nas despesas da casa.

Renata iniciou o consumo de álcool com 17 anos. Disse: *“Comecei a beber depois que tive o meu filho, porque antes, eu nem dava conta disso. Eu preferia ficar namorando. Antes de eu ser mãe eu não sentia vontade de sair”* (Renata, F4).

Ao longo do nosso encontro, Renata teve a oportunidade de refletir e falar sobre sua vida. Ela nos falou sobre sua gravidez e sobre o pai do seu filho:

“Até pouco tempo, minha vida estava mais ou menos, mas agora está mais estável. Conheci o pai do meu filho numa festa. Eu tinha 14 anos. No começo, eu gostava muito dele. Ele era uma pessoa ótima. Mas depois, ele começou a se envolver com gente que não presta”.
(Renata, F4)

Complementou que o namorado começou a cometer atos infracionais, como assaltos e venda de drogas. Renata externou sua tristeza e comoção, demonstrando seu sentimento durante a entrevista, em decorrência do fim trágico do pai do seu filho, que na ocasião de seu falecimento, Renata encontrava-se com um mês de gravidez:

Eu estava com ele no dia que mataram ele. Foi a noite, perto do Distrito [DS VI]. Ele tinha 17 anos; ele bebia; cheirava loló. Eu dava conselho direto, mas ele não queria saber. Dizia que quem ia preso era ele. (Renata, F4)

Quanto à religiosidade, Lúcia e Renata afirmaram que toda a família era católica. Lúcia considerou importante passar os valores religiosos aos seus descendentes, porém, na realidade, disse que as filhas não aprenderam, porque, segundo ela, *“nenhuma frequenta missa, nem mesmo aos domingos”* (Mãe, F4).

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Os discursos de Renata e sua mãe em relação aos seus relacionamentos e dinâmica familiar desvendaram um ambiente repleto de desentendimentos e desafetos, de problemas de comunicação entre os pais e demais membros da família.

No tocante ao relacionamento com o pai, Renata iniciou a descrição de sua história de convívio com pai com relatos de passagens que demonstraram um relacionamento conflituoso. Afirmou que antigamente, o relacionamento com o pai era melhor. Ao ser indagada sobre como era a sua relação com o seu pai, Renata respondeu: *“Meu pai gosta de agredir minha mãe. A minha mãe sempre querendo botar ordem em casa e o meu pai sempre ia pelo lado dos amigos”* (Renata, F4).

As brigas dos pais eram presenciadas pelas filhas; o pai batia e a mãe revidava para se defender. Há relatos de violência física do pai também direcionadas às filhas. Disse que, quando a irmã do meio ficou grávida, ele também quis *“bater nela, deu uma mãozada na cara dela”*. E, com ela, a agressão do pai foi desencadeada pelo início de seu namoro: *“Comecei a namorar com 14 anos. Minha mãe aceitava mais, já meu pai, morre de ciúme de mim. Ele pegou uma faca e queria me acertar”* (Renata, F4).

Ao relatar sobre as agressões, ela expôs o alcoolismo do pai: *“Ele, quando chegava bêbado em casa, batia na minha mãe. Mas, hoje em dia, quando ele chega bêbado em casa, toma banho, come e vai embora dormir”* (Renata, F4).

Lúcia, durante nossa conversa, apresentou várias queixas em relação ao marido. Considerou que ele não era um modelo de comportamento, pois era agressivo e falava palavras obscenas. Acrescentou que o casal está em processo de separação de corpos há três anos e que estava *“lutando pela saída dele de casa”* (Mãe, F4).

A mãe foi valorizada por Renata como aquela que dá tudo para ela, que se sacrificou e criou as filhas praticamente sozinha. Disse: *“A minha mãe é tudo de bom pra mim. A minha mãe, o que ela puder fazer pela gente, ela faz”* (Renata, F4).

Quanto às filhas, Lúcia relatou que, a seu ver, sua filha mais velha era muito responsável porque trabalhava e cuidava de sua própria vida. Em relação às filhas Renata e Solange, a mãe considerou que são irresponsáveis porque dependiam dela pra tudo, não trabalhavam e, ainda, *“tiveram filhos pra criar”*.

Na tentativa de se justificar diante do comentário da mãe, Renata disse: *“A minha gravidez é o de menos. Há quem tenha se envolvido com coisas que não deveria e hoje está na pior”* [aqui se referindo à irmã Solange e às amigas e aos amigos] (Renata, F4).

Na continuidade da entrevista, Renata concordou com a mãe: *“Sei que sou nova para ser mãe, mas tenho responsabilidades, que são cuidar do meu filho e estudar”* (Renata, F4). Disse não estar conseguindo ir à escola por

causa do filho, e a mãe já estava cansada de a auxiliar no cuidado do neto, além de poder contar com a ajuda das irmãs.

No que concerne ao relacionamento com as irmãs, Renata disse que a relação era difícil porque brigavam muito, mas também se falavam muito. Comentou que elas têm ideias opostas, o que atribuía ao fato [falando da irmã do meio] dela se envolver *“com gente que não presta”*.

Em relação à sua família, Renata manifestou seu desejo de, um dia, presenciar e sentir o respeito do seu pai pelos familiares, principalmente pela mãe:

Precisa mudar o respeito do meu pai por minha mãe, por mim, pelos netos. Se ele fizesse por onde eu não gostaria que ele saísse de casa não, mas desse jeito assim eu prefiro que ele saia. Eu e minhas irmãs, quando ele está assim, a gente quer que ele saia mesmo. A minha mãe quer que ele saia faz tempo. (Renata, F4)

Além desse desejo, Renata expressou o anseio por um futuro melhor. Ela sonha que:

O meu filho cresça, que não seja igual ao pai dele. Que seja estudioso e respeitador. Terminar meus estudos. Arrumar um emprego, para poder dar ao meu filho o que a minha mãe fez pela gente (Renata, F4)

Limites e responsabilidades

Lúcia considerou que as participações das filhas nas tarefas domésticas eram cumpridas. Elas próprias estabeleciam os acordos. No caso de Solange e Renata, a mãe comentou sobre a responsabilidade que elas tinham de cuidar dos filhos. Lúcia concluiu que impõe limites, por isso se considerou autoridade da casa. Projetou que, num futuro próximo, resolveria a questão judicial da saída do marido de casa. Este era uma questão que ainda estava por se resolver e que era motivo de tensão na família.

Renata se referiu à sua responsabilidade em relação às tarefas da casa e também considerou que a figura de autoridade em casa é a da mãe. Recordou, a todo o momento que teve a oportunidade, que o pai agredia a mãe fisicamente.

Quanto aos limites, mãe e filha concordaram que há um desrespeito por parte do pai na forma de tratar os demais membros da família, pois ele falava mal e desrespeitava todos permanentemente. Disse: *“O problema aqui de casa é só meu pai. Ele não deixa de beber cachaça. Quem é mais viciado é ele”* (Renata, F4).

Renata, como já foi dito, experimentou bebida alcoólica aos 17 anos. Disse que achou “ruim”. Acrescentou: *“Antes, quando eu saía, eu só bebia coca. Aí, um dia, as meninas misturaram coca com cerveja. Aí eu peguei e tomei uns golinhos, mas eu não gostei muito não (Renata, F4)”*. Para ela, as pessoas bebem *“porque gostam, pra ficar bêbado, curtir, dançar”*.

Ao se referir sobre ela e sobre o que ela achava de consumir o álcool, ela nos disse: *“Eu não acho nada, porque eu não bebo assim pra ficar bêbada. Eu acho horrível quem bebe assim pra ficar bêbada”* (Renata, F4). Para Renata, a bebida *“só traz confusão”*. Ela nos contou que todos na casa dela bebem:

Solange bebe direto. Uma tia que mora aqui vizinha, todo dia tem que beber. Meu pai, quando volta do serviço que ele está agora, se ele voltar cedo, ele vai logo procurar uma barraca pra beber. Minha mãe, parou porque ficou doente”. (Renata, F4)

Lúcia, concordando com a revelação de Renata sobre ela, referiu que estava diabética, hipertensa e com problemas hepáticos.

Figura 5 – Genograma e Ecomapa da Família 4

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ☒ = falecido
 —/— = relação de compromisso legal com separação de corpos
 - / - = relacionamento casual, temporário
 seta verde contínua = relação forte
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta marrom tracejada = relação conflituosa
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.5 Família 5: a família de Rosa

a) A estruturação do núcleo familiar

A família de Rosa era constituída apenas por ela, 19 anos; Marcos, seu pai, de 58 anos; pela irmã, Magda, 26 anos, e um sobrinho, de três meses, chamado Vinicius, filho de Magda. A mãe faleceu há doze anos de câncer de pulmão.

O encontro para a entrevista deu-se em uma das salas da USF, por opção da própria família. Participaram da entrevista o pai e Rosa, pois a irmã mais velha preferiu não participar. O pai pareceu frágil, pelo corpo pequenino, e Rosa era fisicamente distinta dele: mais morena, de olhos escuros e de feições que não lembravam o rosto do pai.

Começamos nossa conversa levantando o grau de escolaridade dos membros da família: o pai estudou até a 2ª série do primeiro grau, o que representaria o terceiro ano do ensino fundamental na classificação de hoje; Rosa havia abandonado os estudos há mais ou menos três anos, retomando-o naquele ano. Ela nos disse: *“Eu nunca gostei de estudar na minha vida, eu nunca liguei para estudo. Hoje, estou na 4ª série, à noite”* (Rosa, F5). Ela, por estar com 19 anos, não foi matriculada na escola regular, sendo encaminhada para a EJA. A irmã mais velha também abandonou os estudos no ensino fundamental.

A renda mensal da família girava em torno de R\$ 1.000,00, assim divididos: R\$ 250,00 eram provenientes do aluguel de um quarto construído por Marcos nos fundos da casa; R\$ 536,00 se referia à pensão que o pai recebia pela morte de sua esposa e, o complemento do orçamento, era resultante do trabalho do pai como marceneiro. Rosa e a irmã mais velha não trabalhavam.

Quanto à religiosidade, Rosa disse que todos da casa eram católicos, mas não tinham o hábito de frequentar a igreja.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Se referindo à mãe, Rosa disse: *“eu tinha oito anos quando ela morreu”* e, portanto, ela relata que não tem lembranças sobre ela. Comentou, apenas, que ela morreu *“por causa do cigarro”*.

O pai relatou que, os parentes mais próximos, como os avós e os tios, moravam distantes em outras cidades. Lembrou que quando a mãe das meninas faleceu, sua mãe (avó paterna), falou para ele (pai): *“Marcos, me dê às meninas pra eu cuidar. A gente aqui é tudo mulher, vai saber cuidar melhor. Você venha ver suas filhas sempre que quiser”*. Mas Marcos não aceitou e as duas irmãs ficaram aos cuidados do pai, que precisava trabalhar de forma que *“não ficava muito atento para a frequência escolar delas”*. Relatou que, quando elas eram pequenas, a filha mais velha era que tomava conta de Rosa.

No tocante ao relacionamento com o pai, Rosa disse manter bom relacionamento com ele: *“Não tenho o que falar dele. É uma boa pessoa”* (Rosa, F5).

Rosa apresentava dificuldade para expressar seus sentimentos e emoções. Por fim, o último comentário que acrescentou ao falar do pai foi sobre o seu consumo de bebida alcoólica: *“Ele bebe e depois vai dormir, quando não aguenta. Não arruma confusão”* (Rosa, F4). Já a respeito do seu relacionamento com a irmã mais velha, Rosa disse: *“Minha irmã, a minha relação com ela é ótima”* (Rosa, F5).

Rosa mencionou estar satisfeita com a sua família, expressando unicamente seu desejo de poder estar ao lado de sua mãe. Ela disse: *“Eu acho que do jeito que está, está bom. A única coisa que se eu pudesse mudar era a minha mãe estar viva”* (Rosa, F5).

Entre os doze e treze anos, Rosa começou a beber. Disse que foi por influência dos amigos, que diziam a ela: *“Rosa, toma um pouquinho. Eu fui ver se era bom, aí eu gostei”*. Referiu que, a primeira vez que bebeu, foi em um bar

e a bebida consumida foi cerveja: *“Eu tomei um copo de cerveja e aí eu comecei a beber. Eu provei e gostei”*. Hoje, com 19 anos, diz que *“bebe muito”* e só interrompe o uso do álcool quando estiver *“bêbada”* (Rosa, F5).

Falando sobre o consumo de bebida alcoólica, Rosa comentou que todos na casa tinham esse hábito. Na opinião de Rosa, o legal na bebida *“é a diversão. (...) Acho que beber é uma diversão”* (Rosa, F5). Apesar de identificar o prazer do ato de fazer uso de álcool, Rosa descreveu uma das consequências negativas desse consumo abusivo: *“No outro dia, a gente não come nada, a gente fica só em cima da cama de ressaca”* (Rosa, F5).

Para Rosa, as pessoas bebem por motivo de *“diversão”*, porque frequentam *“bregas”* - que é um gênero musical brasileiro de grande aceitação nas camadas populares, aplicado por ela com o sentido de representar as festas, shows e bares que tocam música brega - e *“bagaceira”*, que é uma aguardente de vinho de origem portuguesa, usada por Rosa, nesse contexto, com o sentido de desordem, baderna.

Limites e responsabilidades

Marcos ficou viúvo cedo e teve que criar as filhas sem a ajuda da esposa que, segundo ele, foi a sua opção. No entanto, ao refletir sobre como era sua interação com as filhas e como lidava com a autoridade e os limites em casa, o pai nos disse: *“mas, às vezes, eu me arrependo. Se eu tivesse me casado de novo [interrompeu sua fala], porque a mulher, de uma certa forma, faz falta”* (Pai, F5).

O pai relatou, também, que, a seu ver, as suas duas filhas não eram responsáveis porque eram dependentes dele. Explicou-nos, ainda, que elas eram independentes e livres fora de casa, mas Rosa e a irmã eram irresponsáveis por causa de suas próprias idades. O pai considerou que falhou na educação das filhas e agora achava que já não tinha mais tempo para retomar e que *“só a vida”* mostraria a realidade para as filhas.

A esse respeito, Rosa concordou com o seu pai e achava que, *“com o tempo”*, iria tornar-se responsável com a sua vida. Esperava conseguir à sua maneira. Disse que estava aprendendo um pouco porque, segundo ela, *“ainda estou naquela de curtir”*. Mas, ao mesmo tempo, tinha responsabilidades ligadas às tarefas domésticas e ao cuidado do sobrinho. Disse que só não ficava em casa nas noites de sexta e sábado, porque queria *“beber”* ir ao *“brega”*. Acrescentou: *“quando eu bebo, eu não quero parar de beber não. Quando eu paro, eu já estou pra lá e aí eu vou pra casa”* (Rosa, F5).

Rosa nos disse que gostava de beber cerveja e uísque. Falando sobre o seu consumo de álcool, ela comentou que comprava bebidas com amigos, de *“três a quatro garrafas de uísque pra cinco pessoas”*. Quando a bebida em questão era a cerveja, Rosa nos informou que bebia, por noite, umas *“vinte latinhas”* (Rosa, F5).

Descrevendo sobre suas perspectivas para o futuro, Rosa comentou que *“queria mudar, parar de beber tanto”*. Ela desejava *“um dia, trabalhar”*. Reconheceu que, para isso, precisaria se dedicar mais aos estudos, pois reconheceu que ainda se envolvia pouco com eles. Como não se empenhava suficientemente, acabou repetindo que gostava mesmo era de se *“divertir”* e *“sair com os amigos”* (Rosa, F5).

Figura 6 – Genograma e Ecomapa da Família 5

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ⊗ = falecida.
 seta roxa contínua = relação muito forte;
 seta verde contínua = relação forte;
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.6 FAMÍLIA 6: a família de Ricardo

a) A estruturação do núcleo familiar

Ricardo tinha 19 anos. Morava com o pai João, de 54 anos; a mãe Ana, 50 anos; o irmão Marcelino, 27 anos; e a irmã caçula Lúcia, de 14 anos. Ricardo tinha, ainda, dois irmãos: Manoel, 25 anos, e Marcos, 22 anos; e uma irmã, Leda, de 23 anos. Manoel e Leda já eram casados e não moravam com a família. Leda tinha uma filha de 3 anos e estava grávida do segundo filho. Marcos era solteiro, mas não morava mais com a família.

Quando os pais de Ricardo foram viver juntos, eles já tinham filhos de uniões anteriores. Portanto, Ricardo possuía outros irmãos por parte de pai – Amália, 34 anos, casada e tinha três filhos, e Carlos, 30 anos, morava sozinho. Por parte de mãe, Ricardo tinha a irmã Célia, 31 anos, casada, que tinha uma filha, e Celina, 30 anos, que também era casada e tinha quatro filhos.

A família me recebeu num dia de semana, no período à tarde. Estavam em casa Ricardo, a mãe e o pai, mas participaram da entrevista apenas o adolescente e a mãe. O pai, apesar de se encontrar em casa, não manifestou o desejo de participar da pesquisa.

A mãe pareceu-me frágil e logo fui informada que ela estava se recuperando de uma cirurgia, histerectomia. Sua pele apresentava-se pálida e Ana tinha os olhos claros. Ricardo era fisicamente distinto dela. Um jovem alto, muito bonito, pele morena, cabelos escuros. Na ocasião, vestia camisa regata, bermuda e chinelos. Possuía tatuagens nos braços e brinco na orelha direita; era educado e demonstrava, a todo tempo, muita atenção e interesse em auxiliar no desenvolvimento do trabalho.

O grau de escolaridade dos membros da família era variado: o pai tinha o ensino fundamental incompleto; a mãe estudou até a 4ª série; Marcelino havia concluído o ensino fundamental e Ricardo o ensino médio e, a sua irmã, Lúcia, cursava a 6ª série do ensino fundamental.

A renda mensal da família girava em torno de R\$ 1.000,00 e era proveniente da aposentadoria por invalidez do pai; das diárias da mãe como faxineira; do Programa Bolsa Família e dos serviços esporádicos realizados pelo irmão mais velho.

Quanto à religiosidade, a mãe disse que ela e os filhos eram evangélicos e que o marido não possuía qualquer credo. Ricardo referiu ser católico, não praticante.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Ao falar da família, Ricardo disse que a sua era aquela que ele acabara de apresentar durante a elaboração do genograma. Já a mãe, disse que na família devia haver *“respeito”* como base para a *“união”*. Ricardo corroborou com a ideia da mãe que era necessário um ambiente de respeito, mas em sua opinião, sua família não professava este valor.

No tocante ao relacionamento com o pai, Ricardo considerou que tinha um relacionamento *“ruim”*. Referindo-se ainda ao pai, ele disse que era *“agressivo”* com os filhos e era *“histérico”*. Teceu comentário sobre o uso de bebida alcoólica pelo pai: *“Meu pai bebia direto. Depois que ele ficou doente, ele parou de beber, porque ele precisa tomar remédio controlado”* (Ricardo, F6). Ana nos revelou que o marido apresentava transtorno bipolar.

Ricardo, em outra oportunidade, reafirmou a sua relação *“ruim”* com o seu pai: *“Não falo com o meu pai e nem com o meu irmão mais velho. Só falo com a minha mãe e com a minha irmã”* (Ricardo, F6). Descreveu seu relacionamento com a mãe como bom. Ela foi valorizada por Ricardo como aquela que se sacrificava, trabalhava, que dava estrutura à família e que zelava pelos filhos. Ele nos disse: *“Gosto muito da minha mãe”*. Com a mãe, comentou que tinha intimidade para *“conversar sobre tudo”* (Ricardo, F6).

Em relação aos irmãos, o relacionamento variou. Com as irmãs mais velhas, Ricardo disse manter uma boa relação; com a irmã caçula, a relação

era difícil porque brigavam muito. Com os irmãos, revelou ter uma boa relação, mas tinha um caso difícil com seu irmão mais velho, em função da agressividade psicológica e física muito presente na comunicação entre o pai e os irmãos e copiada por esse irmão, conforme apontou Ricardo.

Acerca do relacionamento conjugal dos pais, Ricardo comentou que os pais viviam juntos, porém em um relacionamento conturbado, porque o seu pai “rebaixa” a sua mãe, ou seja, não valorizava e considerava a voz da mãe na família. A esse respeito, a mãe reconheceu que não havia comunicação. Achou que ele “piorou” de lá pra cá, referindo-se à doença do marido. Considerou que o marido era distante dela e dos filhos. Avaliou que não havia condições de manter uma relação de diálogo. Portanto, não viu possibilidade de modificação na relação, atribuindo essa falta de perspectiva à doença mental e à idade do marido.

Ao contrário da sua mãe, Ricardo manifestou o desejo de poder viver uma mudança familiar e poder usufruir de um ambiente melhor, tanto hoje quanto no futuro. Todavia, consciente da realidade, reconheceu que não tinha nenhum diálogo com o pai: “com meu pai, é um desastre”, sem “nenhuma possibilidade” de modificação, o que tornava mais difícil alcançar seu sonho.

Limites e responsabilidades

Ao falar sobre a forma como lidam com a autoridade e os limites em casa, Ricardo disse: “Quando eu era menor minha mãe me prendia muito”. Mas agora, em casa, não tem limites e que “faço o que quero” (Ricardo, F6).

A mãe considerou Ricardo independente, porque só fazia o que queria. Expressou preocupação com o filho, porque, atualmente, ele vive totalmente desocupado. Ana considerou que seria melhor que Ricardo fizesse algum curso técnico. Ricardo terminou o ensino médio no ano passado, mas não prestou o vestibular. Disse que iria fazer o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) esse ano, pois pretendia cursar faculdade de administração. Aquele era o seu “sonho”.

Refletindo sobre suas perspectivas, Ricardo comentou que, no futuro, pretendia “*se ver diferente*” do que era naquele momento, almejava “*se ver trabalhando em uma empresa ou montando um negócio*”. Manifestou, também, desejo de, um dia, “*sair de casa*”.

Ricardo tinha muitas queixas do seu pai. Considerou que ele não era um modelo de comportamento, pois era agressivo, ausente e há tempos não trocava uma palavra com ele.

Ricardo nos contou que iniciou, aos 17 anos, o consumo de bebida alcoólica e que seu pai sempre gostou muito de beber. Hoje, com 19 anos, ele considerava que bebia muito. Disse que gostava de “*beber cerveja*” para se “*divertir*” e que perdia as contas do número de latinhas que consumia, mas disse que não “*fica bêbado*”.

Durante o diálogo com Ricardo e sua mãe, procuramos explorar sobre a experiência deles com fatos ocorridos na família ou com pessoas próximas, relacionados ao consumo abusivo de álcool. A esse respeito, Ricardo comentou que se recordava de episódios dessa natureza. Ele nos disse que já perdeu amigos vítimas de “*acidente de carro*” e que uma “*tia morreu por causa do álcool*”. Achou que o álcool “*já é um problema na sua vida*”, aí se referir aos efeitos colaterais do uso abusivo de bebida alcoólica que já ser experimentados por ele.

Figura 7 – Genograma e Ecomapa da Família 6

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; Δ = gravidez

—/— = relação de compromisso legal com separação de corpos

seta roxa contínua = relação muito forte

seta verde contínua = relação forte

seta vermelha tracejada = relação fraca

seta marrom tracejada = relação conflituosa

seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.7 FAMÍLIA 7: a família de Reinaldo

a) A estruturação do núcleo familiar

Esta família era composta pelo pai, Fernando, 40 anos; pela mãe, Maria José, 41 anos; pelo adolescente Reinaldo, de 16 anos, e sua irmã, Vanessa, de sete anos. Após os devidos procedimentos de orientação e esclarecimentos sobre a pesquisa, além da obtenção do assentimento do adolescente e consentimento da mãe, a entrevista foi realizada em uma das salas de atendimento da ESF Emocy Krause. Reinaldo era um rapaz alto, magro e bem educado. Demonstrou atenção e interesse em participar e contribuir com a pesquisa.

Começamos levantando informações necessárias para a construção do genograma familiar e, em seguida, falamos sobre a escolaridade dos membros da família: o pai concluiu o ensino fundamental; a mãe, de acordo com Reinaldo, era analfabeta funcional, e Reinaldo estava cursando o terceiro ano do ensino médio pela manhã e, à tarde, fazia um curso técnico, em que era aluno e monitor; e, a irmã mais nova, estava no primeiro ano do ensino fundamental.

Quanto à geração de renda na família, Reinaldo afirmou que os pais estavam desempregados. Disse que a empresa, em que seu pai trabalhava como contínuo, fechou a sede e foi para outro estado, portanto, todos os funcionários foram demitidos. A mãe era empregada doméstica, mas depois que a irmã mais nova nasceu ela parou de trabalhar e, atualmente, começou a revender produtos cosméticos. Reinaldo disse que se virava com o dinheiro que recebia da bolsa da monitoria do curso técnico e de uma poupança feita pela mãe na época em que trabalhava como empregada doméstica.

Reinaldo se definiu como evangélico praticante. A escolha em professar esta religião foi, segundo ele, por influência de uma amiga de sua mãe, que ajudou na sua criação quando ele era pequeno. A mãe trabalhava fora e Reinaldo era deixado aos cuidados desta amiga, com quem mantém um

vínculo afetivo. Disse que a considera como uma avó. Quanto aos pais, Reinaldo refere que eles não têm religião.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Reinaldo falou primeiro sobre a relação dos pais, que a seu ver, era uma relação *“tradicional, conservadora”*. Disse que nunca havia visto os pais *“trocando carinhos, afeto, nunca vi meus pais se beijando”*. Considerou a relação conjugal dos pais *“regular, no modo como vem ocorrendo”*. Recordou a época de criança, dizendo que também foi criado pela *“avó de consideração”*. A mãe ainda não era casada com o seu pai, eles só passaram a morar juntos quando ele tinha entre três ou quatro anos de idade.

O seu relacionamento com o pai foi descrito por Reinaldo como *“estranho”*. Considerou-o assim, pelo fato de o pai estar:

(...) sempre fora trabalhando e, por isso, eu não tive muito contato com ele, assim, como eu tive com a minha mãe. Então, até hoje, eu posso dizer que eu posso passar por um local que ele esteja, mas eu não falo, eu só falo com ele realmente o essencial. (Reinaldo, F7)

O relacionamento com a mãe foi descrito por Reinaldo como bom: *“Qualquer coisa eu falo sempre com ela, eu tenho intimidade com ela”*. Retomou seu pensamento sobre o relacionamento com o pai, dizendo: *“não sou tão íntimo dele. Sou filho dele, lógico, mas como se ele fosse mais um tio pra mim, por não estar tão presente na minha infância”* (Reinaldo, F7). Acrescentou que ele, naquele momento, havia crescido e reconhecia que o pai era *“um pouco fechado para tratar assuntos mais cautelosos”*. Todavia, mesmo estes assuntos mais íntimos, ele disse que sempre se reportava à mãe para conversar, encontrando amparo e acolhimento.

Quanto à irmã mais nova, Reinaldo disse que a via *“como uma graça”* dentro da família. Disse que, antes da irmã nascer, os pais viviam *“estressados”* e, depois da chegada da irmã, ela trouxe *“paz para a família”*.

Considerou a irmã uma grande amiga e que ela também o considerava um grande amigo.

No tocante à família estendida, Reinaldo informou que não tinha contato com os tios, por morarem em outras cidades e outros estados e, com os avós maternos, ele disse manter relacionamento, enfatizando a boa relação com a avó materna, por morar próximo a ela. Seu avô morava no interior, o que dificultava a interação. Quanto aos avós paternos, disse que a avó já faleceu e que o avô era vivo, mas morava distante da família. Reinaldo citou também uma forte influência em seu convívio por parte da família da *“avó de consideração”*, na qual ele disse ter *“adotado”* como sua família também.

Em relação ao modo como sua família se apresenta a ele, Reinaldo expôs seu desejo de mudança em relação às questões relativas ao *“caráter e ao compromisso”* do seu pai. Sobre a sua mãe, ele revelou que gostaria que as oportunidades de estudo para ela tivessem sido diferentes. Reinaldo mudaria a questão que ele considerou como *“social, pelo fato dela não ter conseguido estudar”*. Ele nos disse: *“Hoje, eu vejo que ela sente muita falta e não pode mais, não tem mais como estudar. Eu tentei ajudar, ela se esforçou, mas desistiu novamente”* (Reinaldo, F7).

Em relação à sua vida, considerou que sonhar era importante. Na sua percepção, a família tem a função também de manutenção do sonho dos jovens, pois, de certa forma, sonhar alimenta o desejo e a motivação de seguir em frente, apesar das adversidades. Para ele, sonho não se *“frustra, principalmente quando ainda é jovem e não está maduro.”* Disse que não pode deixar de citar os pais, pois considerou que eles nunca deram apoio para o alcance daquilo que ele sonhava. Disse que queria ser músico, mas hoje, fez desse sonho um *“hobby”*, porque *“além de você ter que ser bom, você tem que ter muita sorte, e com a sorte eu não quero contar, pelo menos por enquanto”* (Reinaldo, F7).

Informou-nos que tocava violão e cantava. Fez conservatório de música, mas não terminou, porque não foi, de *certa forma, estimulado* pelos pais. Chegou a comprar um violão e fazer aula de canto oral, mas disse que a mãe não o estimulava.

Outro sonho de Reinaldo era ser promotor e, por esse motivo, planeja prestar o vestibular para direito. Mais uma vez, referiu que a mãe não apoia esse seu desejo, de forma alguma, por considerar uma profissão *“perigosa, de risco”*. Reforçou *que gostaria que os pais “acreditassem mais no filho deles, que ele cresça e seja algo que eles não foram, que não conseguiram ser”*. Disse acreditar num futuro bom para ele.

Reinaldo experimentou bebida alcoólica aos 16 anos. Contou que a sua primeira experiência de consumo foi no natal do ano passado, em uma festa na casa de uma amiga de sua namorada. Disse ter bebido *“uma dose de vodca com refrigerante, vinho e ice”*. Também chegou a experimentar cerveja, mas que não o agradou. Atualmente, bebe esporadicamente bebidas *ice*. Disse: *“mesmo que eu gostasse, eu tenho certeza que até hoje eu não beberia mais, pelo fato de eu ser também evangélico”*. Reinaldo considerou as bebidas tipo *ice* apenas energéticas, disse parecer *“suco de limão”* e, segundo ele, não via *“nenhum problema se eu tomá-lo, até porque eu estudo de manhã e, à tarde, é preciso estar bem revigorado, mas quanto ao álcool mesmo, não [tem interesse]. Nenhum interesse, pelo próprio gosto ou religião”*. Reinaldo considerou que não sofreu nenhum tipo de influência para o consumo da bebida alcóolica; foi por *“vontade própria, curiosidade”*.

Reinaldo disse, ainda: *“Eu quero deixar bem claro que o álcool é uma droga, mas que nenhuma outra droga eu tentaria experimentar da mesma forma do álcool, porque eu também tenho consciência do que eu estaria fazendo”* (Reinaldo, F7).

Complementando a sua opinião sobre a bebida, disse: *“Não vale a pena você gastar dinheiro com qualquer droga que seja e, com a bebida alcoólica, é perda de tempo. Você acaba embriagado e fica inconsequente. Não que eu tenha ficado, mas eu já vi pessoas, várias pessoas na minha frente fazerem isso e vi que não vale a pena; as pessoas não agem por si”* (Reinaldo, F7). Reinaldo afirmou que, na sua casa, *“só se bebe às vezes, em datas comemorativas”*.

Sobre a sua opinião acerca do que motiva as pessoas a consumirem bebida alcoólica, Reinaldo disse:

Por várias coisas, aspectos sociais, onde neles eu incluo a família, falta de atenção por família, companheiro, parceiro e por motivos que, às vezes, nem nós sabemos. Em relação à família, pode ser que, às vezes, a pessoa se sinta sozinha e veja numa droga, especificamente aqui no álcool, um momento de fuga, um momento que ele se sinta bem e esqueça os problemas. Até porque a droga tem esse efeito, você fica entorpecido. Não só o álcool, o álcool bem menos do que uma droga ilícita, como a maconha e o crack, mas de qualquer forma há fuga da realidade. Então eu acho que é por esses motivos que você é induzido a beber. Por influência de amigos, por status, não status de você ter, mas de você fazer e participar de algum grupo [referindo-se aqui à escola], grupos que gostam de curtir um rock, um *reggae*, e tem grupo que curte estilos de música e também drogas. Para se sentir mais popular e achar que bebendo, participando desse grupo, você vai ser popular. (Reinaldo, F7)

Recuperando suas experiências sobre episódios na família ou com pessoas próximas, relacionados ao uso abusivo de álcool, Reinaldo nos descreveu que havia convivido com as repercussões na família de um caso de alcoolismo do um tio. Ele nos disse: *“Ele era alcoólatra mesmo. Ele acordava, bebia, ia deitar, bebia, e morreu há um ano e meio, por causa do álcool”* (Reinaldo, F7).

Limites e responsabilidades

Em relação aos limites e responsabilidades na família, Reinaldo considerou a figura materna como a principal mantenedora dos limites em casa, apesar do pai exercer o papel do principal provedor da família. Considerou a mãe a autoridade familiar, devido ao *“seu caráter de liderança nas decisões”*. Para nos explicar sobre isso, nos deu um exemplo: *“Se eu pedir para sair para algum lugar, eu não peço a ele, peço a ela. Ela não consulta a ele para decidir se eu posso sair ou não”* (Reinaldo, F7).

Reinaldo se considerou responsável e independente na família, porque se mantém com recursos próprios. Preocupa-se com o seu futuro. Considerou a sua escola perfeita. Quanto aos amigos, Reinaldo relatou ser *“muito criterioso”* em relação a escolha das amizades, por isso, tem poucos, mas acrescentou que a sua relação é perfeita com os amigos. Completou: *“Não que eu seja antissocial, mas eu gosto de escolher meus amigos”*. Acha que as

pessoas que não tem “*uma boa conduta*”, podem, de certa forma, influenciar negativamente os indivíduos, incentivando para a realização de “*coisas erradas*”.

Em relação ao lazer, Reinaldo disse que agora está “*difícil*” pensar nessa esfera, porque estuda de segunda a sábado e em dois turnos. Então, sua folga é apenas à noite. Mas, mesmo assim, também precisa estudar. Resta-lhe, apenas, o sábado à noite e o domingo para sair com a namorada.

Figura 8 – Genograma e Ecomapa da Família 7

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ⊗ = falecida
 seta verde contínua = relação forte
 seta vermelha tracejada = relação fraca

5.1.8 FAMÍLIA 8: a família de Rosângela

a) A estruturação do núcleo familiar

Rosângela, 18 anos, reside com o pai Severino, 60 anos, a mãe Josefa, 58 anos e a filha Alice, de quatro meses. Referiu, ainda, ter tido dois irmãos mais velhos, mas que já faleceram. Um, morreu ainda pequeno e ela não soube dizer a causa e, o outro, morreu aos dezoito anos, vítima de um tiro.

A entrevista foi realizada na casa da família. Apenas a adolescente participou da entrevista. A mãe, apesar de se encontrar em casa, preferiu não participar da pesquisa. O pai não estava em casa.

Rosângela era uma jovem magra e alta, vestia short e camiseta. Sentamo-nos no terraço e iniciamos a conversa. Começamos levantando o grau de escolaridade dos membros da família: o pai era analfabeto; a mãe tinha o ensino fundamental incompleto; e Rosângela interrompeu os estudos, sem ter concluído o ensino médio.

A renda mensal da família constava do aluguel de um quarto nos fundos da casa, no valor de R\$ 170,00, das faxinas da mãe, que rendiam R\$ 150,00 por semana, e do Programa Bolsa Família.

Quanto à religiosidade, Rosângela nos informou que era católica praticante; que sua mãe era evangélica e que o seu pai não tinha uma religião definida.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

No tocante ao relacionamento entre os membros da família, Rosângela considerou *“bom”*, mas logo em seguida redefiniu sua afirmação dizendo que, às vezes, a sua mãe era *“muito chata”*. Acrescentou: *“Ela fala demais. Às vezes, diz umas coisas que não tem nada a ver, fica esculhambando eu e meu pai”*. Afirmou que, com a mãe, a sua relação era difícil: *“Ela é quem discute comigo e com meu pai sem a gente fazer nada”*. Com relação ao pai, Rosângela disse ter uma relação *“tranquila”*.

Quanto à relação conjugal dos pais, ela disse: *“Oxe!, eles brigam”* (Rosângela, F8). Acrescentou que o seu pai: *“só vive na rua, na banca de bicho jogando”*. Disse que o pai ficava pedindo dinheiro à sua mãe *“pra jogar e pra comprar cigarro”*, sendo este o principal motivo das brigas do casal.

Sobre a sua filha, Alice, Rosângela disse: *“Ela é a minha vida! Veio na hora certa! Eu sou louca por ela”*. Disse que havia engravidado porque *“era louca pra ter uma menina”* e que Deus havia dado a ela esse presente.

No tocante à família estendida, Rosângela disse não ter tido convívio com os avós, tanto paternos quanto maternos. Morreram quando ela ainda era muito pequena. Ela também mantém pouco contato com tios e primos, por eles residirem em outras cidades.

Rosângela expressou seu desejo de possuir uma situação econômica privilegiada, caso pudesse realizar alguma mudança na sua família de origem. Ela disse que gostaria de ter *“bem muito dinheiro pra ajeitar a casa de minha mãe”*. Seu maior sonho era ter sua casa própria.

Em relação ao pai de sua filha Alice, Rosângela comentou que o relacionamento deles tinha sido interrompido e que eles apenas mantinham uma comunicação. Disse que o ex-namorado bebia muito e acrescentou: *“bebe não, vira bicho”*. A partir dessa expressão, solicitamos a ela que nos explicasse melhor e ela nos disse:

Ele bebe para estranhar os outros, sai falando coisa e já vai arranjando confusão. Aí, eu não aguento isso não” (Rosângela, F8). Esse foi o motivo para o fim do relacionamento. Disse que: “Ele bebia para vir dar em mim, porque ele é noiado [gíria usada para cara doidão, pelo uso de droga]. Ele aprendeu a fumar essas coisas agora e aí vem com violência. (Rosângela, F8)

Limites e responsabilidades

Rosângela considerou que a figura materna representa a autoridade em casa, mas logo ponderou: *“já sou de maior, já sei o que faço”* (Rosângela, F8). Comentou também sobre a vontade de *“sair de casa”*. Disse que iria conseguir, porque que iria trabalhar e voltar a estudar, para um dia, ser engenheira.

Rosângela iniciou o consumo de álcool aos quinze anos. Disse ter bebido pela primeira vez em um bar, na companhia das amigas. O consumo ocorria mais aos fins de semana, mais precisamente às sextas-feiras à noite,

quando vai aos “bregas” com as amigas. Para viabilizar sua participação nessas atividades, ela contava com o apoio de sua mãe, que permanecia em casa, cuidando de sua filha, que aos olhos de Rosângela, não dá trabalho para a avó, pois *“dorme a noite toda”*.

A bebida preferida de Rosângela era a cerveja, que consome cerca de mais de vinte latinhas por festa. A outra opção é a vodka misturada com refrigerante, consumindo em torno de dez doses por ocasião. Relatou, também, que às vezes o consumo ocorre na rua, quando ela e as amigas não estão com vontade de sair. Então, se reúnem, compram cerveja no bar e bebem na esquina ou na calçada da casa de alguém do grupo.

Para Rosângela, beber também significa *“diversão”*. Mas o que acha ruim na bebida é *“ficar bêbada”*, e descreveu o que sentia: *“a cabeça fica girando, fico estranha”*. Disse que logo quando começou a beber ficava doente, com ressaca, mas agora não tem mais esse problema porque já aprendeu a beber: *“enquanto bebo, não como”*. Acredita que o fato de comer enquanto bebe é o que provoca os sintomas da ressaca e faz a pessoa sentir-se mal no dia seguinte.

Ao longo do nosso encontro, Rosângela descreveu sua experiência de testemunhar consequências negativas do consumo abusivo de bebida alcoólica às suas amigas. Ela relatou: *“muitas colegas que eu nunca pensava que elas iriam ter problema com o álcool e entrar nessa vida de droga [crack], agora, tão no internamento”* (Rosângela, F8).

De acordo com Rosângela, os seus pais também bebiam, mas agora não o fazem mais. O pai parou porque, segundo ela: *“ele conseguiu e agora só faz fumar”*. A mãe bebia, às vezes, quando alguém oferecia. O irmão mais velho, que já é falecido, também bebia.

Sobre ela consumir bebida alcoólica, Rosângela disse que seus pais não simpatizam com o fato dela beber. Além disso, a adolescente relatou que os seus pais acreditam que ela usa bebida alcoólica por influencia de outras pessoas.

Figura 9 – Genograma e Ecomapa da Família 8

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino; ☒☒ = falecidos
 seta roxa contínua = relação muito forte
 seta verde contínua = relação forte
 seta vermelha tracejada = relação fraca
 seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.9 FAMÍLIA 9: a família de Rosana

a) A estruturação do núcleo familiar

Rosana, 18 anos, morava com a mãe Anete, 40 anos, e o irmão Márcio, 17 anos. O pai Antonio, 42 anos, há 10 anos estava separado de sua mãe.

O primeiro contato com essa família foi realizado na própria USF, por intermédio da mãe da adolescente, que aceitou participar do estudo. Após as orientações sobre a pesquisa e explicações sobre os aspectos éticos, marcamos um próximo encontro com a família, que foi realizado no seu domicílio.

A recepção pela família foi acolhedora. Rosana e sua mãe já me aguardavam. Elas eram, fisicamente, bem parecidas, mas o irmão não estava em casa.

Como de costume, iniciamos nossa aproximação a partir da elaboração do genograma familiar, por meio do qual tivemos condições de detalhar, dentre outros, a estrutura da família e as informações sobre a caracterização dos seus componentes.

O grau de escolaridade dos familiares era semelhante. Anete concluiu o ensino fundamental I; Rosana e o irmão cursavam o primeiro ano do ensino médio, sendo que ela estudava pela manhã e, o irmão, à noite.

A renda mensal da família era proveniente do trabalho da mãe, da pensão paga pelo pai e do Programa Bolsa Família. Vera era empregada doméstica.

Quanto à religião, a mãe informou que todos eram católicos, não praticantes.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Anete falou que sentia dificuldade em lidar com a educação dos filhos, principalmente com Rosana. Contou que quando Rosana era pequena, ela não tinha condições de criar a filha, porque precisava trabalhar, portanto, a sua filha sempre morou com a avó e, há apenas dois anos, estavam morando juntas. A mãe acrescentou, também, que Rosana namorava um rapaz de quinze anos de idade com problemas com álcool e outras drogas. Devido a esse fato, a mãe de Rosana não aprovava o namoro.

Rosana também reiterou o apontamento de sua mãe sobre o fato de que havia sido criada por sua avó, pois seu pai já era separado de sua mãe naquela época. Afirmou não se dar bem com a mãe, que existiam discussões e ofensas mútuas. Disse: *“fica difícil a convivência. Eu realmente chego tarde em*

casa e, às vezes, *nem durmo lá*". Perguntei, como foi para ela, morar com a avó, e a adolescente respondeu: *"Foi melhor que morar aqui em casa"*.

Quanto ao relacionamento conjugal dos pais, Rosana disse não se lembrar: *"Eu não me lembro, não"*, pois os pais da adolescente estavam separados há mais de dez anos. A mãe relatou que era um relacionamento, conturbado, e que frequentemente brigavam. Ela disse que o pai só pagava a pensão dos filhos, mas não participava na educação deles, ficando sob sua responsabilidade.

Quanto ao relacionamento com o seu pai, Rosana nos informou que não mantinha contato com ele e que a relação entre os dois não era uma relação tranquila. Ela nos expôs: *"Antigamente, ele ia lá em casa. Agora, ele está morando com a família dele"* (Rosana, F9).

Apesar de todo esse panorama exposto por Rosana acerca do modo como se interagia com sua mãe e a ausência de relação com seu pai, ela reiterou já estar acostumada com a situação e não mencionou desejo por mudança na dinâmica familiar. Ela nos disse: *"Está bom desse jeito, já me acostumei"* (Rosana, F9).

Quanto ao consumo de álcool, Rosana contou que começou a beber, aos 14 anos de idade, na companhia de amigos. A sua bebida preferida era a cerveja.

Para ela, as pessoas bebem também pelo prazer da diversão e do relaxamento. Ela referiu: *"bebem porque querem se divertir, relaxar, essas coisas que a bebida faz com a gente"* (Rosana, F9). Considerou que a bebida deixa a pessoa mais desinibida e alegre, mas não deixou de lembrar o efeito negativo da bebida, como *"ficar bêbada e ficar doente no outro dia"* (Rosana, F9).

Quanto ao seu consumo de bebida alcoólica, Rosana falou que geralmente ocorria aos finais de semana e que os locais de consumo eram em bares da comunidade ou em bairros próximos, em festas e shows e disse, também, que costumava beber na casa do seu namorado, porque lá tinha um bar.

Quando indagada sobre como ela achava que a sua mãe reagia ao seu consumo de bebida alcoólica, ela respondeu: *“Ela não gosta, mas ela também bebe”* (Rosana, F9). Sobre esse fato, a mãe de Rosana falou que começou a beber quando surgiram problemas no seu casamento. Ela nos disse: *“Eu quase virei uma alcoólatra”*. Além disso, a mãe relatou que se achava responsável pelo consumo de álcool da filha, pois considerava o seu comportamento em relação à bebida um exemplo negativo para a sua filha.

Além de Rosana identificar e estar sensível ao consumo de álcool pela sua mãe, ela também lembrou que, frequentemente, seu namorado se envolve em confusões, como consequência da bebida. Ela falou: *“A minha mãe, ela mesmo já falou. O meu namorado quando bebe, ele se mete em confusão, briga. Alguns amigos meus eu também já v”* (Rosana, F9).

Limites e responsabilidades

Durante a conversa com Rosana e a sua mãe, não presenciamos momentos de atritos entre elas, verbal ou não verbal.

Em relação à divisão das responsabilidades com os membros da família, Anete comentou que: *“Acho que não uso a autoridade certa para falar em limites e responsabilidades”*. Além disso, a mãe acrescentou que o fato de não ter ficado mais próxima dos filhos, comprometeu o desempenho de seu papel. Ela mencionou: *“Rosana tem o hábito de dormir até tarde do dia, pois não trabalha e, assim, nada tem a fazer, falta a aula, não ajuda em casa, inclusive nem o seu almoço ela faz”* (Rosana, F9).

Sobre esse comentário, Rosana disse que não foi habituada a cumprir com os afazeres domésticos. Anete concordou com a filha, lembrando que ela foi criada pela avó e foi muito mimada. Insistiu que faltavam responsabilidades à filha relacionadas às questões que considerava básicas na família, como horário de voltar para casa à noite, levantar de manhã para ir à escola, estudar, cumprir as atividades domésticas.

Figura 10 – Genograma e Ecomapa da Família 9

Legenda: □ = sexo masculino; ○ = sexo feminino

—/— = relação de compromisso legal com separação de corpos

seta verde contínua = relação forte

seta vermelha tracejada = relação fraca

seta marrom tracejada = relação conflituosa

seta amarela tracejada = ausência de vínculo

5.1.10 FAMÍLIA 10: a família de Rafael

a) A estruturação do núcleo familiar

Rafael tinha 18 anos no momento da coleta de dados. Morava com a mãe Jana, 48 anos; o irmão Marcelo, 20 anos; a irmã Lúcia, de 23 anos; e o irmão mais novo, Marcos, de 16 anos. O pai faleceu quando Rafael tinha dez anos. Rafael tinha, ainda, duas irmãs pequenas, uma de nove anos e outra de cinco anos, de outro relacionamento de sua mãe, mas não nos forneceu detalhes sobre a sua interação com elas, tampouco deu abertura para ampliar a conversa.

Participaram da entrevista o adolescente e a sua irmã mais velha. Rafael era alto, pele morena, cabelos escuros. Possuía tatuagens nos braços e nas pernas; era educado e demonstrou interesse em participar da entrevista.

O grau de escolaridade dos membros da família era variado: a mãe estudou até a 4ª série/5º ano do ensino fundamental; Marcelo terminou o ensino fundamental; Rafael parou de estudar na 6ª série/7º ano do ensino fundamental; sua irmã, Lúcia, terminou o ensino médio; e a irmã mais nova estava concluindo o ensino médio.

A renda mensal da família girava em torno de R\$ 1.300,00, proveniente da pensão deixada pelo pai; do trabalho da irmã mais velha como auxiliar administrativo em uma empresa de contabilidade e do Programa Bolsa Família.

Quanto à religiosidade da família, a irmã disse que todos os seus componentes eram católicos, mas quase raramente frequentavam a igreja.

b) A dinâmica familiar

Relacionamentos

Ao falar da família, Rafael disse que a sua era representada pela irmã mais velha. Foi à pessoa considerada mais importante para ele e quem ele se esforçou para participar da pesquisa e da entrevista familiar. Reafirmando sua

opinião, ele disse: *“Minha família eu considero só a minha irmã”* (Rafael, F10) e nos contou, ainda, que sempre que precisa, conta com sua irmã: *“Ela me dá conselho, fala pra eu voltar a estudar, me ajuda mais a fazer as coisas”* (Rafael, F10).

Quanto ao relacionamento com sua mãe, o adolescente considerou ter um relacionamento *“ruim”*. Relatou que os dois brigavam muito. A relação com o pai, já falecido, foi considerada por Rafael como *“boa”*. Sobre seu pai falou: *“A gente se dava bem. Ele era feito a minha irmã, me ajudava a fazer as coisas, me ensinava, jogava futebol comigo”*.

O relacionamento da mãe de Rafael com o seu pai também era conflituoso. Sempre havia brigas dentro de casa. Rafael e a sua irmã nos disseram que a mãe bebia e brigava com o pai.

Em relação aos irmãos, o adolescente relatou ter uma boa relação. Quanto às irmãs mais novas, Rafael não quis falar sobre o assunto e disse apenas que se dava bem com elas.

Quanto à família estendida, Rafael e a sua irmã disseram que não mantinham quase nenhum contato com os parentes, tanto do lado do pai quanto por parte da mãe, por morarem em outras cidades.

Perguntado sobre como gostaria que fosse a sua família, caso pudesse realizar alguma mudança, Rafael expressou o desejo de ter um ambiente melhor, no qual os membros da sua família fossem mais próximos uns dos outros. Relatou, também, que gostaria de se relacionar bem com a sua mãe.

Limites e responsabilidades

Ao responder à pergunta sobre a forma como lidavam com a autoridade e os limites em casa, Rafael nos disse: *“Minha mãe é quem manda, mas eu obedeço mesmo é a minha irmã”* (Rafael, F10).

A irmã se considerou responsável por Rafael. Demonstrou preocupação com o adolescente que, segundo ela, *“vive totalmente desocupado”*. A irmã

contou que estava procurando um trabalho para Rafael e também estava providenciando seu retorno à escola, pois ele havia abandonado os estudos.

Quanto ao consumo de álcool, Rafael conta que bebeu pela primeira vez, aos quinze anos, na casa de amigos da comunidade, que, segundo o adolescente, era um grupo com o qual realizava atividades de lazer, como por exemplo, jogar futebol, jogar vídeo game. O uso da bebida por Rafael ocorre, geralmente, aos fins de semana. A sua bebida preferida é a cerveja. Acrescentou que bebe para se divertir com os amigos.

Durante o diálogo com Rafael e sua irmã, perguntei a eles se tinham experiência na família ou com pessoas próximas, relacionados ao uso abusivo de álcool. Rafael logo comentou que sim. Disse que a sua mãe era dependente de bebidas alcoólicas. Falou que o álcool: *“é um problema na vida de sua mãe e de toda a família”*. O adolescente se referiu aos recorrentes conflitos no contexto intrafamiliar e expressou seus sentimentos ao falar sobre o que era ruim na bebida: *“Eu não gosto quando a minha mãe bebe. Ela briga sempre. Eu não gosto quando ela bebe. É isso que eu acho ruim na bebida”* (Rafael, F10).

Quanto às perspectivas em relação ao seu futuro, Rafael comentou: *“No futuro, vai ser diferente. Quero trabalhar e ter uma família”* (Rafael, F10).

Figura 11 – Genograma e Ecomapa da Família 10

5.2 APRESENTANDO AS UNIDADES TEMÁTICAS

Apresentamos os três temas elaborados a partir da análise dos dados: **na internalidade da família: fragilidade e conflitos; entre nós: limites, responsabilidades e esperança; e a decisão pela bebida: diversão permeada por riscos.**

5.2.1 Na internalidade da família: fragilidades e conflitos

O contexto familiar no qual se desenvolve as ações e interações entre os seus componentes, constituído por estruturas e composições familiares variadas e padrões de relacionamentos distintos, promove um ambiente interacional marcado por fragilidades e conflitos. Assim, se compõe essa unidade temática.

As famílias dos adolescentes investigadas apresentaram as mais diversas estruturas familiares, variando desde a família tradicional, constituída por pai, mãe e irmãos (Ricardo, Renata, Reinaldo e Rosangela), até famílias monoparentais, em número de seis, constituídas por mãe e irmãos (Ronaldo, Rodrigo, Raimundo, Renato, Rosana e Rafael) e pai e irmã (Rosa). Em três das famílias monoparentais, o pai estava ausente por motivo de falecimento (Raimundo, Renato, Ronaldo e Rafael) ou abandono do lar (Rodrigo e Rosana) e, em uma delas, ocorreu morte materna (Rosa), ficando o outro tipo parental como único responsável pela manutenção da casa.

Apesar das particularidades na composição das famílias, o processo de interpretação permitiu identificar que elas guardavam aspectos comuns, que permeavam as experiências dos adolescentes.

O convívio familiar dos adolescentes, de maneira geral, foi marcado por conflitos entre os familiares, violência dos pais e de outros membros da família, separação e morte. Três adolescentes relataram terem visto o pai bater e humilhar a mãe. Um deles acrescentou que este comportamento de

agressividade, tanto psicológica quanto física, era copiado pelo irmão mais velho. Esses adolescentes aprenderam em suas casas sobre esta maneira de agir. Trata-se de um modelo circular perpetuado de uma geração para outra.

A violência doméstica apresentada por estas famílias está associada às variáveis do ambiente familiar, como discórdia conjugal, abuso de álcool pelos pais e experiência de separação e perda.

Ainda, com a ocorrência da separação, em uma das famílias participantes, a mãe passou a assumir totalmente a dupla atividade de doméstica e provedora do lar e, junto a esta nova contextualização, emergiu o hábito do consumo de bebidas alcoólicas. A separação causou reflexos negativos, desestabilizando a mulher emocionalmente e levando-a a buscar compensação nas bebidas alcoólicas, como ilustra o discurso: *“Eu quase virei uma alcoólatra”* (Mãe, F9). A mãe de Rosana começou a beber quando surgiram problemas no seu casamento.

O fato de ser dependente do álcool para essa mãe significou sofrimento e um sentimento de responsabilidade pela possibilidade de ter desencadeado o consumo de álcool pela filha. A mãe relatou que considerava o seu comportamento em relação à bebida um exemplo negativo para a ela.

Além disso, a mulher que se torna alcoolista sofre o efeito do preconceito intensificado, visto existirem diferenças de gênero no alcoolismo, refletidas no comportamento de beber de homens que é mais aceitável socialmente do que para as mulheres (BIASOLI-ALVES, 2004).

De qualquer forma, o hábito dos familiares de consumir de forma inadequada bebidas alcoólicas favorece a sua introdução na vida cotidiana dos filhos, o que se constitui como fator preditivo para que eles assimilem como uma forma de lidar com os problemas da realidade. De fato, os filhos de pais alcoolistas podem aprender a interagir com o meio social utilizando o artifício do álcool de forma semelhante aos seus pais. Porém, nem sempre isso é a regra, visto que os filhos podem também desenvolver aversão pelo álcool por perceberem os resultados maléficos do mesmo.

Smith et al. (2010) destacam que, a exposição de crianças e adolescentes à violência conjugal pode criar condições favoráveis à:

transmissão intergeracional da violência, déficits cognitivos, emocionais (quadros de ansiedade e depressão), comportamentais (passividade, agressividade), acadêmicos (fracasso e evasão escolar), abuso ou dependência de álcool.

Os eventos críticos não previsíveis como, separações, doenças, perdas, entre outros, ocorridos nas famílias causam grande impacto no contexto familiar, o que pode gerar pressão e desorganização do mesmo. É o que os especialistas chamam de crise no funcionamento familiar, a qual necessita ser solucionada para que haja manutenção da saúde familiar (PRATTA; SANTOS, 2007). Os autores destacam, porém, que a manutenção da saúde familiar não depende apenas da superação de crises, mas, sobretudo de um bom relacionamento entre os membros da família, incluindo, principalmente, o relacionamento conjugal, já que o mesmo tem influência direta no desenvolvimento dos filhos.

Analisar as ações e interações que ocorrem entre os membros da família implica em pensar a família para além de um grupo de pessoas que são unidas por laços de consanguinidade. Pressupõe extrapolar que seus componentes apresentam, no bojo de suas relações, alianças de afinidade, sentimentos e responsabilidade moral entre eles, além de serem permeados de representações, práticas e relações de obrigações mútuas. Por sua vez, essas obrigações são organizadas de acordo com a faixa etária, as relações de geração e de gênero, que definem o status da pessoa dentro do sistema de relações familiares.

O primeiro detalhe que nos chama a atenção é o fato de os adolescentes demonstrarem certa dificuldade para falar sobre seus sentimentos e sobre a maneira como os membros da família relacionam-se entre si, com a família estendida e com a comunidade. Muitas vezes, eram usadas monossílabas ou poucas palavras para expressarem-se sobre determinado aspecto. Alguns adolescentes conseguiam elaborar mais suas respostas, porém outros se limitaram a fornecer nada mais que curtas respostas e, às vezes, nem sequer uma palavra. A baixa escolaridade desses adolescentes pode ter dificultado a verbalização, pela limitação do vocabulário. Talvez, possa ser, também, uma característica própria dessa fase do ciclo vital,

pois já se sabe que os adolescentes preferem dialogar com seus pares, ou até pela perpetuação de algum padrão familiar aprendido como consequência do convívio em um ambiente no qual as fragilidades individuais e familiares estão expostas, além dos conflitos e vários tipos de violência, no qual o silêncio pode se constituir em um mecanismo de defesa.

Resgatando os discursos que expressam o exposto, temos:

Não tenho o que falar dele. É uma boa pessoa. (Rosa, F5)

Se quiser perguntar de mim, [pode]. Eu não quero falar sobre a minha família não. (Rodrigo, F1)

No âmbito do *relacionamento familiar*, foram verificados problemas de relações interpessoais de comunicação entre os pais, destes com seus filhos e da família em geral. Os adolescentes entrevistados revelaram uma gama de desentendimentos e desafetos familiares.

Renata nos contou que as brigas dos pais eram sempre presenciadas pelas filhas; o pai batia e a mãe revidava para se defender e, assim, resumiu: *“Meu pai gosta de agredir minha mãe. A minha mãe sempre querendo botar ordem em casa e o meu pai sempre ia pelo lado dos amigos”* (Renata, F4).

Ricardo comentou que os pais viviam juntos, porém em um relacionamento conturbado, porque o pai “rebaixa” a mãe (Ricardo, F6).

Rosângela, sob o seu ponto de vista, relatou o motivo da briga entre seus pais: “Oxe, eles brigam, meu pai só vive na rua, na banca de bicho jogando. Ele fica pedindo dinheiro a minha mãe pra jogar e pra comprar cigarro” (Rosângela, F8).

O relacionamento da mãe de Rafael com o seu pai também era conflituoso. Sempre havia brigas dentro de casa: *“Minha mãe bebia e brigava com o pai”* (Rafael, F10).

No tocante ao relacionamento com o pai, apenas quatro adolescentes entrevistados relataram possuir uma relação afetiva positiva com eles:

Ele era amoroso com a gente. Ele gostava de dar conselho. (Ronaldo, F3)

Era boa. A gente assistia jogo juntos. (Raimundo, F2)

Meu pai era atencioso. (Renato, F2)

A gente se dava bem. Ele era feito a minha irmã, me ajudava a fazer as coisas, me ensinava, jogava futebol comigo. (Rafael, F10)

Os pais destes quatro adolescentes eram falecidos. Em contrapartida, surgiram relatos de adolescentes que demonstraram não ter bom relacionamento com a figura paterna. Consideraram que seus pais não eram um modelo de comportamento:

Meu pai é agressivo, ausente e há tempos não vejo ele. (Rodrigo, F1)

O relacionamento com meu pai é ruim, ele é agressivo é histérico. Faz tempo que eu não falo com ele. (Ricardo, F6)

Antigamente, ele ia lá em casa. Agora ele está morando com a família dele (Rosana, F9)

O abandono do lar pelo pai gerou distanciamento para Rodrigo, que afirmou não ver o pai há tempo. No caso de Ronaldo, talvez seu luto, pela perda recente do pai por morte, tenha atenuado qualquer sentimento derivado da separação anterior dos genitores. A morte do pai ou da mãe gerou nos adolescentes lembranças e saudades. Os relatos abaixo ilustram tais colocações:

Sempre ia ver meu pai, todo dia. Eu não conseguia ficar sem ver meu pai, senão eu ficava triste. Tenho muita saudade dele [chora]. (Ronaldo, F3)

A única coisa, se eu pudesse mudar, era a minha mãe estar viva. (Rosa, F5)

Uma mãe conta sobre as mudanças ocorridas na educação dos filhos, depois da morte do marido. O uso abusivo de álcool por parte do marido permeou a vida dela e dos filhos, culminando com sua morte. Ela abandonou a sua forma passiva de ser e se fortaleceu com o exercício da autoridade e o com o estabelecimento de normas no âmbito familiar.

Nesse sentido, a ausência da figura paterna acaba construindo uma relação diferente no conjunto da vida familiar, o que leva a mãe a ser mais exigente, tolerante e inflexível, na intenção de preencher o vazio deixado pelo pai na relação com os filhos.

De acordo Brook et al. (1990), a qualidade da relação que se estabelece entre pais e filhos influencia a orientação de princípios, atitudes e práticas familiares. O envolvimento, apoio e afeto entre pais e filhos é uma pré-condição para que os filhos se identifiquem com os pais, aumentando assim as chances de tê-los como modelos de comportamento.

Para Nolte e Harris (1998), os filhos absorvem qualquer modelo transmitido pelos pais através de seu comportamento, suas atitudes e sua expressão de sentimentos na vida cotidiana, já que os pais são seu primeiro modelo influente. Aquilo que não foi ensinado ao longo do desenvolvimento dos filhos e por eles aprendido tem repercussões no seu viver em comunidade, em sociedade.

Esses adolescentes, embora com raiva e sofrimento, não estão isentos da identificação, mesmo que pelos aspectos negativos, com os membros da família. Assim, muitas vezes, apresentam comportamentos violentos como os deles, num processo ambivalente de afastamento e de aproximação, pela forma de agir semelhante. As falas deixam transparecer o modelo de comportamento aprendido:

Nunca se demo bem. Desde pequeno, sempre brigando, ela batia na gente. Muito enjoada, falava demais. Depois eu briguei com ela, aí ela foi embora. [referindo-se à avó materna]. (Rodrigo, F1)

A avó não mora mais com a família e, de acordo com a mãe de Rodrigo: “Ela foi embora, porque Rodrigo bateu nela” (Rodrigo, F1).

Apesar de prevalecer a expressão das fragilidades das famílias, em termos, por exemplo, de dificuldades para manutenção da vida, continuidade dos estudos, comunicação entre seus membros, e conflitos entre seus componentes, inclusive com as mães, observou-se também um vínculo forte entre alguns adolescentes e suas mães. Para eles, a qualidade do relacionamento com suas mães foi descrita como adequada. Por vezes, as

mães foram acionadas para atuarem como fonte de apoio diante da necessidade única de poder se abrir com o outro; em outras ocasiões, elas atuaram como conselheiras e protetoras de suas crias, alertando-os quanto ao envolvimento arriscado com drogas e companhias inapropriadas.

A mãe é figura essencial no processo de desenvolvimento e educação da criança. Seu relacionamento com o filho tem início desde a gravidez, continuando por toda a vida. Das famílias apresentadas, metade das mães possuía uma atividade remunerada, para complementar a renda da casa, vinda do pai ou da ajuda de algum componente da família. Com isto, ausentavam-se do lar, com consequente repercussão na supervisão dos filhos, constituindo-se em outra fragilidade expressa nesse estudo e que tem repercussão na saúde dos adolescentes.

A fragilidade da interação das famílias dos adolescentes com os membros das suas famílias estendidas foi também revelada nesse estudo, tanto por meio da representação gráfica do ecomapa familiar quanto por meio dos discursos.

Por outro lado, as mães que, geralmente provêm seus domicílios sozinhas ou contribuem, de alguma forma, com o sustento da família, foram valorizadas pelos adolescentes como aquelas que se sacrificam e doam tudo que têm em benefício dos filhos. Num sentido mais amplo, aquelas que oferecem afeto, que zelam pelos filhos e fortalecem a família são, da mesma forma, valorizadas em seus papéis e influenciam positivamente os adolescentes.

A relação entre pais e filhos é a que apresenta o vínculo mais forte dentro do contexto familiar. É na família que ocorre a transmissão dos valores, normas, códigos simbólicos e regras de conduta e são os pais que ajudam os filhos no crescimento saudável, na conquista de maturidade e autonomia.

De acordo com o Interacionismo Simbólico, a família é um grupo de pessoas em interação que criam seus símbolos e seus significados. Esses vão influenciar na formação da identidade dos membros, na transmissão dos valores familiares e aprendizagem dos papéis sociais que cada um deve desempenhar (MOSMANN; WAGNER; FERES-CARNEIRO, 2006). Esses

fatores que influenciam no funcionamento da família estão envoltos na cultura social em que as famílias se inserem e na cultura com a qual se identificam, ou seja: estilo de vida, valores, ideais, crenças e práticas que são transmitidos de uma geração para outra, afetando comportamentos e a saúde da família (ÂNGELO; BOUSSO, 2001).

A família, portanto, tem como papel preponderante a educação dos filhos, a orientação para o desenvolvimento de suas potencialidades e a direção no convívio social. Nas famílias aqui estudadas, de maneira geral, o modelo aprendido por estes adolescentes é instruído de conflitos, violência e interações fragilizadas, quer seja para a condução da vida, orientada pelos sonhos e desejos, ou pela luta pela sobrevivência.

Num contexto mais amplo, almeja-se o equilíbrio da família, com uma estrutura fortalecida e saudável, promovendo harmonia e solidez no contexto familiar. Essa perspectiva foi apreendida por meio do desejo dos adolescentes de modificarem suas famílias de alguma forma, de modo a atender às suas expectativas de participar de um convívio social saudável com seus membros, permeado pelo respeito e valorização das individualidades e das motivações para a vida, além da atenção às necessidades materiais de existência, revelada pelo desejo de obter recursos financeiros em abundância.

5.2.2 Entre nós: limites, responsabilidades e esperança

Este tema aborda a convivência dos adolescentes com o consumo do álcool, facilitada pela presença da bebida tanto no âmbito familiar quanto pelo oferecimento pelos seus pares. “**Entre nós**”, ou seja, na interação entre os componentes da família, traz a desestruturação familiar vivenciada pelos adolescentes, devido à existência de conflitos de diversas naturezas, em especial aqueles envolvendo o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pelos familiares; marca os **limites** de atuação da própria família, auxiliando-nos na compreensão de como os adolescentes se aproximaram das bebidas alcoólicas. Apesar disso, a família não se exime de suas **responsabilidades** de zelar pelos seus membros, em especial pelo adolescente que já se apresenta vulnerável ao consumo de álcool. A **esperança**, por vezes nutrida pela **religião** e pelas **aspirações**, mantém viva a motivação para a manutenção da família e de seus objetivos, reforçando a cultura de proteção de seus membros e de ambiente privado, capaz de dispor de recursos próprios para lidar com as adversidades da vida.

O ambiente familiar é considerado a base adequada ao desenvolvimento da saúde física e emocional dos seus membros e também de transmissão de valores. Em contrapartida é muitas vezes neste espaço de convivência que ocorre a prática do consumo de álcool (PILLON; LUIS, 2004).

Nesse estudo, os adolescentes encontraram em suas próprias casas a prática do uso de álcool. Eles puderam, por meio de suas experiências, presenciar a relação dos pais com o álcool, apreendendo que, naquele ambiente, em sua maioria, registravam-se situações que eram geradoras de sofrimento e de perdas:

Meu pai que me ensinou a beber. Botou um copo de cerveja pra mim, aí eu peguei e tomei. Aí, eu fui gostando e comecei (Rodrigo, F1);

Quem bebia era ele, todos os dias. Ficava doente. (Raimundo, F2);

Meu pai quando volta do serviço que ele está agora, se ele voltar cedo, ele vai logo procurar uma barraca pra beber. Minha mãe parou, porque ficou doente (Renata, F4);

Nos últimos três meses ele começou a beber muito. Antes ele não bebia. É que ele ficou desempregado. Meu pai era inteligente, tinha currículo. Aí ele desistiu de procurar emprego e resolveu procurar outra saída. Entrou pro negócio errado [tráfico de drogas]. Aí, ele começou a vender mais que o outro, ele ficou com inveja e matou meu pai (Ronaldo, F3)

Quase todos os pais desses adolescentes tiveram ou tinham envolvimento com álcool. Os resultados aqui encontrados se assemelham aos resultados encontrados por Penso (2003), em que nas famílias estudadas pela autora, havia pelo menos um dependente de álcool nas gerações precedentes.

Considerando que as atitudes dos pais em relação aos filhos podem possuir tanto a qualidade de proteção quanto a possibilidade de estímulo ao uso de álcool e outras drogas e à dependência das mesmas, o alcoolismo dos pais pode desempenhar um papel mediador na transmissão intergeracional desses comportamentos.

Para Figue et al. (2004), crescer num ambiente familiar onde impera o consumo abusivo de álcool, facilita o desenvolvimento de problemas somáticos, emocionais, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, problemas de conduta, delinquência, entre outros, que poderão conduzir, em última instância, ao alcoolismo.

O ambiente familiar onde tendem a ocorrer tais práticas faz com que esses jovens sejam considerados em situação de risco, uma vez que têm uma exposição mais intensa às bebidas, porque os pais podem servir como modelos comportamentais, assim como serem menos cuidadosos no acompanhamento da vida dos seus filhos (MATHEWS; PILLON, 2004).

Vários estudos foram desenvolvidos com o objetivo de explorar aspectos familiares e o risco para o uso de álcool, principalmente por meio da abordagem quantitativa. Rebolledo, Medina e Pillon (2004) analisaram 2.829 estudantes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 17 anos, mediante o *Test Drug Use Screening Inventory*. Os autores constataram que a disfunção familiar e a existência de transtorno emocional prévio foram os fatores mais correlacionados ao maior risco para o uso de álcool e outras drogas.

Em outro estudo, de Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), os autores atribuíram à ausência do pai no domicílio do adolescente um risco 22 vezes maior da chance de o adolescente ser dependente de álcool e outras drogas, quando comparado aos adolescentes que viviam com ambos os pais. A partir dos resultados dessa pesquisa, os autores acreditam que o papel dos pais e do ambiente familiar é marcante no desenvolvimento dos adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas.

Estudos epidemiológicos nacionais apontam que, a partir dos doze anos, os adolescentes começam a experimentar bebidas alcoólicas (CARLINI, 1999; CARLINE et al., 2007; GALDURÓZ et al., 2000; GALDURÓZ et al., 2005; LARANJEIRA et al., 2007). Fato ainda mais preocupante é a constatação nestes levantamentos de que, 5,2% dos adolescentes entre 12 e 17 anos, já são dependentes de álcool.

Particularmente no Brasil, existem diversos levantamentos dedicados a quantificar a ocorrência do consumo de bebidas alcoólicas. Em 2007, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira constatou que 24% dos entrevistados bebem frequentemente ou pesado (uma ou mais vezes por semana, mais de cinco doses por ocasião), 48% da população se disse abstinência e 29% afirmou beber com pouca frequência. A bebida mais consumida é a cerveja, com 61% das doses, seguida do vinho, com 25%, e destilados com 12%. Entre os destilados, a pinga é a mais consumida, com 60% das doses. No entanto, para os especialistas, estes dados não refletem apenas um hábito, mas um problema social: 28% da população já beberam excessivamente e 12% da população tem algum problema relacionado ao álcool. Com mais frequência, são citados os problemas físicos e, em segundo lugar, os problemas familiares. A pesquisa também constatou que os brasileiros começam a beber cada vez mais cedo, sendo que 24% dos adolescentes bebem pelo menos uma vez ao mês (LARANJEIRA et al., 2007).

A despeito desses resultados, em matéria publicada em um jornal de grande circulação no estado de Pernambuco, especialistas apontam para um novo perfil de dependentes em álcool, formado por mulheres e jovens que passou a procurar ajuda. A faixa etária daqueles que buscam os serviços é de

dependentes entre 18 e 25 anos, de ambos os sexos. A predisposição genética é um dos fatores analisados, no entanto, outros merecem igual atenção. De acordo com o especialista entrevistado na reportagem, “o contato com o álcool começa, para muitos dependentes, ainda na infância ou início da adolescência, o que proporciona o quadro vicioso tão cedo”. Em dez anos, 130 novos grupos de apoio surgiram no estado. Atualmente, esse número é de 450 grupos e a maioria está localizada na Região Metropolitana do Recife. Esse aumento significativo se dá pela procura crescente dos dois segmentos, segundo a coordenação da instituição (CAPISTRANO, 2012).

Como apresentado anteriormente, estudos apontam diferentes fatores para explicar o alcoolismo, como os aspectos biológicos (hipótese da vulnerabilidade genética), ou seja, filhos de pais alcoólatras têm maior probabilidade de se tornarem alcoólatras também. Outros creditam ao aprendizado social o hábito de consumir tanto bebidas alcoólicas quanto outras drogas psicoativas (PILLON; LUIS, 2004). Desde pequeno, o adolescente exposto a um modelo de pais que consomem bebidas, e que, em muitos casos, dão aos filhos para experimentar, veem nesse hábito tanto um componente de fraternização quanto liberador das tensões cotidianas, o que pode levar à dependência.

Outros ainda colocam a questão maturacional das estruturas cerebrais responsáveis pela inibição dos impulsos, que não estariam totalmente fechadas no período da adolescência, deixando mais vulnerável o jovem quando em contato com a hipótese genética ou de aprendizado social (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

Silva & Mattos (2004) acreditam que: evitar o contato com as drogas durante o período de maior vulnerabilidade dá tempo ao cérebro de completar seu amadurecimento e de serem implementadas medidas de fortalecimento para o enfrentamento de situações ambientais, possibilitando que o adolescente encontre formas alternativas de satisfação na vida, não restritas às drogas. A preocupação deve estar focada em buscar formas para assistir e proteger os adolescentes, tanto em situação de risco real quanto aqueles que não se encontram nessa situação.

Tornar-se adulto não é apenas uma questão de simples passagem de tempo, de evolução no ciclo vital; envolve uma construção lenta de uma série de eventos pertinentes a esse período. Essa construção não é empreendimento único do adolescente, mas a soma de sua história familiar e social. Se as condições experimentadas forem satisfatórias e mais estruturadas, ele terá mais condições de sair deste período enriquecido e com maiores possibilidades de enfrentar o mundo adulto.

O funcionamento familiar focaliza as necessidades de seus membros que devem ser atendidos pelos recursos de saúde disponíveis. De acordo com Ângelo & Bousso (2001), o sistema familiar oferece condições para o acompanhamento e desenvolvimento no processo saúde-doença dos seus membros, mas concordamos com essa perspectiva, desde que o sistema familiar seja devidamente estimulado e acompanhado (MARTINS; PILLON; LUIS, 2004).

Conformando esse tema, estão postos os limites de atuação da família, que se rendem à aproximação dos adolescentes às bebidas alcoólicas. Apesar disso, a família não se exime de suas responsabilidades de cuidar de seus membros, por exemplo, de incentivar a manutenção dos estudos, de orientar na escolha das companhias, de oferecer conselhos e de ensinar princípios de organização do ambiente doméstico e de cuidados com a saúde. As responsabilidades ligadas ao processo educativo ocorrem durante toda a vida e seus efeitos de longa duração não se modificam facilmente, pois constituem parte integrante do sistema de formação das pessoas.

O diálogo entre pais e filhos é indispensável, principalmente na fase da adolescência, período em que os jovens tendem a fechar-se em seu mundo próprio, precisando, por esse motivo, de mais orientação e compreensão dos pais. Em contrapartida, a falta de diálogo no ambiente familiar pode acarretar dificuldades em termos de relacionamento e afetar o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes (SILVA et al., 2012).

A preocupação dos pais frente à liberdade dos filhos está relacionada à exposição destes em comportamentos de risco, que podem surgir em função da própria curiosidade comum nessa fase da vida. É por exemplo, o caso do

consumo de álcool e outras drogas, que se tornou fator preocupante em decorrência do aumento entre os adolescentes nos dias atuais.

Constatamos neste estudo que o modo de viver em família provém de climas emocionais diversos entre seus membros, como o de aceitação/amor, rejeição/raiva e indiferença. A falta de limites e responsabilidades na relação entre pais e filhos foi uma condição para o desenvolvimento de conflitos de papéis dentro do sistema familiar e ainda o envolvimento com o uso e abuso de álcool, como observado no relato a seguir:

Dou os limites em casa, como acordar cedo, horário de chegar à noite, mas nem sempre são cumpridos. Considero que sou a autoridade porque fico em casa. (Mãe, F1)

A mãe avaliou, também, que os acordos de participação dos filhos nas tarefas domésticas eram sempre transgredidos, sobrecarregando ela, a filha e o filho mais novo.

Responsabilidade e limites são termos também que apontam para a qualidade do uso da autoridade na relação entre pais e filhos. Dois ciclos da vida são fundamentais para o estabelecimento desse processo educativo: a infância e a adolescência.

Na infância, a aceitação e a legitimação da criança pelos pais são fundamentais para que ela desenvolva mecanismos de aceitação e respeito a si mesma e aos outros. Na adolescência, o mundo ao seu redor é absorvido de forma singular, a partir das vivências no ambiente primário. É também um período de descobertas dos próprios limites, de questionamentos dos valores e normas familiares e de intensa adesão aos valores e normas do ambiente macrossocial. É um tempo de rupturas e aprendizados, caracterizado pela necessidade de integração social, busca de autoafirmação e autonomia (PRATTA; SANTOS, 2007). O que pode resultar no engajamento de comportamentos de risco, como por exemplo, o uso de álcool e outras drogas.

Os limites de atuação da família também foram identificados por meio do desrespeito dos pais, gêneros masculino e feminino, para com os demais componentes das famílias. Nesses casos, o abuso do álcool entre pais e mães

e a violência, em sua maioria praticada pelos pais, gênero masculino, romperam qualquer possibilidade de interação produtiva, trazendo, inclusive, repercussões negativas para todo o sistema familiar.

O contrário também foi apreendido. Os adolescentes demonstraram desrespeitar a autoridade dos seus pais e ultrapassar seus limites de várias maneiras, tais como por meio do uso ou abuso do álcool, negligência para com as tarefas domésticas e cuidados pessoais. Como consequência desse processo, identificamos sentimentos de impotência de pais e mães, principalmente pela sensação de não saber fazer uso adequado da sua autoridade; contrapondo-se aos sentimentos de **esperança**, algumas vezes, apoiados na **religião**, que afluíram a possibilidade de um futuro mais promissor.

A religiosidade está relacionada com habilidades que auxiliam na construção do desenvolvimento emocional e pessoal, através dos fundamentos pregados, inserindo valores de ordem moral, com a finalidade de respeito e preservação da vida. Além disso, a religiosidade gera a crença na existência de um Ser Superior, cujas leis visam ao bem-estar do indivíduo (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

A inserção, a prática religiosa, e o consumo de álcool e outras drogas, vem sendo analisada no Brasil. Os resultados apontam que, quando estão presentes comportamentos relacionados à maior aderência religiosa, incluindo a formação religiosa dentro da família e a prática frequente, estes atuam como fatores de proteção para o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas (FARIA et al., 2011).

Os resultados do presente estudo demonstraram ausência de vínculo com qualquer religião por quatro adolescentes (Rodrigo, Raimundo, Renato e Ronaldo); cinco deles relataram possuírem religião, porém não praticar (Renata, Rosa, Ricardo, Rosana e Rafael), e dois adolescentes identificaram ter uma religião e exercer sua prática (Reinaldo e Rosangela). A religião católica foi a mais citada, porém não praticada, dado que corrobora com estudo realizado por Sanchez, Oliveira e Nappo (2004).

Quanto à religião na família, a maioria das mães acreditava numa religião e ressaltaram a importância da mesma nas suas vidas. A religião evangélica foi citada por cinco famílias. A religião católica apareceu no relato de quatro famílias, embora sendo menos praticada, ao contrário das religiões evangélicas e protestantes, que apareceram como as mais frequentadas e praticadas.

As religiões evangélicas e protestantes despontam como as mais citadas e praticadas em estudos que avaliam o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes (DALGALARRONDO et al., 2004). Os autores observaram que, apesar de adolescentes religiosos serem menos propensos ao consumo e dependência de álcool, aqueles que praticavam religiões protestantes faziam uso ainda menor quando comparado a outras religiões.

A religiosidade, ou ter alguma religião, é apontado como inibidor do consumo de bebidas alcoólicas, funcionando como uma forma de proteção contra o uso. Ter religião também pode estar sinalizando para os efeitos contrários ao envolvimento com o álcool, como para o sentido de pertencimento a uma comunidade de valores e a projetos e ética de vida, escolhas não necessariamente exclusivas de ideologias e práticas religiosas.

A religião também pode favorecer o sentimento de esperança. Com a esperança, vêm as perspectivas de futuro, ou seja, o estabelecimento de meta ou plano de vida, como forma de realização pessoal. Essa influência positiva, manifestada através de desejos e sonhos de um futuro melhor, alivia as dificuldades e influencia de modo positivo os adolescentes, de modo a favorecer a manutenção de aspectos saudáveis da vida.

Nessa pesquisa, as aspirações de pais para filhos e vice-versa foram identificadas e elas forneceram leveza às dificuldades que a família pudesse encontrar. Os pais desejam que seus filhos tenham mais sucesso na vida que eles, ao mesmo tempo em que os próprios adolescentes reconhecem a necessidade de se esforçarem para alcançar os objetivos que seus pais não conseguiram. Interromper essas aspirações significa tornar mais árdua a tarefa de transpor barreiras, de superar desafios.

Dentre as aspirações identificadas nos discursos, temos a conquista por um trabalho qualificado, a possibilidade de estudar e de constituir uma família. Trabalhar, ter uma profissão e constituir uma família surge nos planos para o futuro de alguns adolescentes. De acordo com Pratta & Santos (2007), pode-se inferir que os adolescentes pautam seu futuro por valores do sistema familiar e do trabalho, uma vez que estes possivelmente representam estabilidade e segurança como o único caminho para o seu futuro.

Os autores reforçam que a família, além de influenciar diretamente na aquisição de crenças e valores, tem um papel central na construção do plano de vida definido pelo adolescente, o que explica ser no seio da organização familiar que o projeto pessoal geralmente tem início e é a partir dela que o jovem vai à busca de seus sonhos e objetivos (PRATTA; SANTOS, 2007).

Passar pela necessidade de ter que desistir dos seus planos ou deixá-los em segundo plano, pelo menos temporariamente, foi a experiência de alguns adolescentes. Nesses casos, a necessidade de iniciar uma atividade de trabalho remunerado e de contribuir com a renda da família foi o que motivou o ocorrido. De acordo com Castro e Abramovay (2002), este cenário significa uma apreensão dos pais acerca do futuro. O trabalho tem uma centralidade referencial, é uma preocupação constante. Por outro lado, o emprego que muitos exercem é irregular ou instável, realidade tanto na vida dos adolescentes quanto na de seus pais, muitos dos quais estavam desempregados.

Paradoxalmente, o trabalho tanto pode ser um meio para afastar-se das atividades consideradas inadequadas, como do uso do álcool e das drogas, quanto para assegurar o acesso a elas. Em qualquer situação, o apoio do sistema familiar é imprescindível.

5.2.3 A decisão pela bebida: diversão permeada por riscos

Este tema aborda o contexto de consumo do álcool pelos adolescentes e o as suas motivações para efetivar tal consumo, que se resumem no prazer e na diversão, sem contudo, fechar os olhos para os riscos a que estão expostos, principalmente porque suas famílias constituem-se em exemplos concretos das repercussões do uso abusivo da bebida alcóolica.

Entre os adolescentes, o grupo de amigos possui uma grande influência sobre seus padrões de comportamento. Para os jovens, beber é um ritual de sociabilidade, sendo uma autoafirmação frente aos amigos. Nos grupos, a bebida pode ser também um fator de aproximação e de identificação entre seus membros.

Observamos que diversos fatores influenciaram o comportamento de beber dos adolescentes, como por exemplo, o contexto familiar e social, as expectativas e crenças, a disponibilidade comercial e a facilidade de acesso.

O uso da bebida, geralmente, ocorria aos finais de semana e dependia dos recursos que tinham, mas era intenso. O local preferido pelos adolescentes para o consumo eram os bares, as festas e shows. Também costumavam beber em casa, na companhia dos irmãos, e parentes.

A bebida mais consumida pelos adolescentes foi a cerveja. A ocorrência desse tipo de bebida relatada na presente pesquisa reforça os dados obtidos em outros estudos. O I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, a cerveja aparece como a bebida preferida por 61% da população entrevistada (LARANJEIRA et al., 2007). Silva & Padilha (2011) também referiram que os adolescentes relataram a cerveja como a primeira opção no repertório de bebidas alcoólicas consumidas.

Neste estudo, as bebidas alcoólicas mais consumidas citadas pelos adolescentes foram a cerveja, seguida pelos destilados (rum, uísque e vodca), e as bebidas tipo *ice* e energéticas. Silva & Padilha (2011), em seu estudo, também identificaram a cerveja, as bebidas destiladas, como o uísque e a cachaça, que segundo os autores, estas últimas eram ingeridas posteriormente ao consumo da cerveja, devido ao maior teor alcoólico.

A cerveja é, portanto, a bebida de iniciação para o jovem e, no Brasil, é a primeira bebida de escolha, seguida do vinho e das bebidas destiladas. Para os jovens, o álcool pode representar um fator de agregação social, um fator interno de imagem social mais importante, um desenvolvimento da identidade com a assunção de papéis da vida adulta.

Pesquisas apontam que o início do uso de bebida alcoólica ocorre, na maioria das vezes, entre familiares e depois em festas e com amigos, e que dificilmente os adolescentes bebem sozinhos (CRUZ, 2006; DALLO, 2009). O contexto e as expectativas de lazer, também influenciam o tipo de bebida consumida. Assim, aos finais de semana, os jovens aderem a um padrão de consumo em que consomem um número considerado como elevado num período relativamente curto de tempo, algo comum principalmente nas grandes cidades. A este padrão foi dada a designação de *binge drinking* e, associado a ele, está à preferência por bebidas destiladas. O consumo destas bebidas caracteriza-se por uma menor quantidade ingerida, no entanto, com um maior teor alcoólico (VIEIRA et al., 2007).

Relatórios globais mostram que a indústria de bebidas disponibiliza para os jovens uma variedade de produtos de baixo custo, com teor alcoólico e sabores camuflados, caracterizando o gosto adocicado, tais como: alcopops; bebidas carbonatadas, que prometem baixo teor alcoólico; compostos de suco de frutas com álcool, simulando o sabor para mais doce; coolers de vinho; os ice misturados principalmente com vodca; os energéticos que prometem o prolongamento da vigília. Esses últimos, contendo altos teores de cafeína, nos rótulos advertem para não associá-los ao álcool (WHO, 2001), o que, conforme apontam os resultados dessa pesquisa, é o maior desejo e ação dos adolescentes.

O consumo de álcool está intimamente associado a atividades agradáveis, festivas ou de outra natureza social, o que prediz significativamente a sua procura também pelos adolescentes. Tudo indica que beber, para os adolescentes, faz parte do leque das opções comportamentais que lhes são proporcionadas pelo contexto sociocultural em que se inserem.

De acordo com Coleman e Catter (2005), as motivações para o uso de substâncias são classificadas em três categorias fundamentais: facilitação social, benefícios individuais e influência. A motivação, em sentido geral, refere-se aos processos que estão na base da iniciação do comportamento humano.

Neste estudo, o consumo de bebida alcoólica dos adolescentes se deu mais na companhia dos amigos. Assim, nessa situação, os jovens, de uma forma ou de outra, podem sentir-se pressionados a fazer o mesmo que os outros fazem.

Quanto ao motivo do consumo, a *diversão* apareceu como a principal motivadora do consumo de bebida alcoólica pelos adolescentes. Esse dado sugere que a bebida alcoólica é usada como um meio de sociabilidade, uma vez que o ato de beber é realizado principalmente em lugares públicos, bares e festas e junto a outros indivíduos, como amigos e parentes, associado ao lazer. A seguir, exemplos de exposição de motivos apresentados pelos adolescentes para beber:

É a diversão. Acho que beber é uma diversão. (Rosa, F5)

Diversão. (Rosangela, F8)

Porque querem se divertir, relaxar... Essas coisas que a bebida faz com a gente (Rosana, F9)

Eu bebo um bocado, eu bebo muito. (Rodrigo, F1)

Eu bebo pra curtir a noite, chamar as meninas pra dançar. Se não fosse isso eu não teria coragem, mas já que bebo. (Raimundo, F2)

Porque gostam. Pra ficar bêbado, curtir, dançar. (Renata, F4)

O resultado do presente estudo se assemelhou aos dados obtidos na pesquisa realizada por Abramovay, Cunha e Calaf (2010). As autoras encontraram os seguintes *motivos* para o consumo de bebidas alcoólicas: gostar do sabor, diversão, esquecer coisas ruins e problemas, beber porque todos bebem, e curiosidade. Fato análogo foi encontrado por Silva & Padilha (2011), em um estudo sobre atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, no qual foi identificada a associação entre a diversão, a alegria e o consumo de álcool.

Para Abramovay & Castro (2005), o *prazer* do consumo e seu sentido mediador de sociabilidade, desinibição e estímulo para relações entre pares vem de uma cultura naturalizada, caracterizada no beber socialmente, na curiosidade e no desejo de inserção social, que se mesclam na ânsia de beber do adolescente. Além disso, o ato de começar a beber é considerado simbólico, de se sentir adulto.

Em relação aos benefícios individuais, estes tendem a ser definidos em torno da possibilidade que lhes é dada de escaparem dos problemas. A atitude de escape, no geral, traz a ideia de que se pretende relaxar. O embebedar por embebedar é apresentado como uma forma de estar diferente, que permite contrariar o estado de aborrecimento que se possa estar sentindo (COLEMAN; CATTER, 2005).

Outra maneira de escape apresentada como forma para esquecer os problemas pelos adolescentes foi a música. As músicas que alcançam o sucesso são repetidas incontáveis vezes pelas rádios, atingindo diversos públicos, nas festas, shows. De acordo com Lioto e Cattelan (2010), o conteúdo das letras alcança sucesso devido aos efeitos de sentido nas pessoas que apreciam tais gêneros musicais, reforçando determinadas atitudes e contrariando outras.

Os autores acrescentam que os enredos sobre consumo de bebidas alcoólicas muitas vezes estão atravessados por uma série de discursos. Neste contexto, um dos discursos sobre a temática do álcool é o que incentiva o consumo de bebidas, vendo-o com naturalidade e apontando para o ato de beber como um momento de descontração e exercício da liberdade do sujeito, que foge de problemas que possam existir em sua vida sentimental ou no trabalho (LIOTO; CATTELAN, 2010).

Normalmente, as músicas que falam de bebida possuem ritmo dançante e letra que se aproximam do contexto dos jovens. É o caso da música “Bebe Negão”, que nos foi apresentada durante momentos de conversas mais descontraídas com os adolescentes, cuja letra está transcrita a seguir:

Bebe Negão
Hoje eu acordei pra beber
Hoje eu acordei pra biritar
Hoje eu acordei pra comer água

Hoje eu acordei pra mamar
Eu vou beber pra esquecer meus problemas (bebe negão)
Eu vou beber pra esquecer minhas dívidas (bebe negão)
Eu vou beber para esquecer minhas angústias (bebe negão)
Eu vou beber que hoje eu quero alegria (bebe negão)

Erva doce, milome, pitu e rainha (bebe negão)
51 e caninha da roça (bebe negão)
Natunobilis, campari, cerveja e vodka (bebe negão)
Que é pra acalmar o meu coração sofredor (bebe negão)

Eu vou beber pra esquecer meus problemas (bebe negão)
Eu vou beber pra esquecer minhas angústias (bebe negão)
Eu vou beber pra esquecer minhas dívidas (bebe negão)
Esquecer o Serasa e SPC, meu bem (bebe negão)
Só um sorrisal pra rebater
Eu vou beber pra esquecer meus problemas (bebe negão)
Eu vou beber pra esquecer minhas dívidas (bebe negão)
Eu vou beber pra esquecer meus complexos (bebe negão)

A crise monetária internacional (bebe negão)
Pra concluir a batida da laje (bebe negão)
Esquecer os marmanjos que querem azarar minha mulher (bebe negão)
Bato em minha vizinha pra que ela tenha respeito Ô mulher ruim (bebe negão)

Renato Fechine

Destacamos que não são apenas as músicas bregas que abordam o consumo de bebidas alcoólicas. O tema também é recorrente em outros gêneros musicais, como por exemplo, o rock. Neste estudo, no entanto, fizemos um breve recorte na música brega por ter sido apresentada pela maioria dos adolescentes como o gênero musical mais consumido. Os versos demonstram que a bebida faz com que as pessoas esqueçam os problemas e fique bem psicologicamente.

A vida e a rotina dos adolescentes geram sentimentos que encontram sentido nas letras destas músicas e a bebida ajudaria a fugir deles; a bebida o deixaria fisicamente mal, mas psicologicamente seria o próprio remédio, permitindo ao adolescente esquecer seus problemas, aderindo às ideologias vigentes e predominantes aos comportamentos de consumo.

Ressaltamos, porém que nenhum fator de influência é responsável isoladamente pelo consumo de álcool. Outros fatores atuam neste contexto, uns em menor e outros em maior escala, na caracterização de beber.

Neste estudo, o *motivo* curiosidade como forma de consumo apareceu apenas na fala de um adolescente: “*Por vontade própria, curiosidade*” (Reinaldo, F7).

Abramovay, Cunha e Calaf (2010) também identificaram a curiosidade como *motivo* de beber dos adolescentes. De acordo com Galduróz (1996), a curiosidade apoia-se na facilidade de acesso às drogas, na propaganda, nos atrativos simbólicos e nos significados sociais coletivos e existenciais que o indivíduo atribui ao consumo dessas substâncias, como ganhos hedonísticos, transgressão à ordem da razão ou o direito à fantasia e ao inconsciente. (GALDURÓZ, 1996).

Dos dados aqui apresentados, destaca-se, ainda, o consumo exagerado de álcool pelos adolescentes. Cujas falas apresentadas na pesquisa são apresentadas a seguir:

Bebo até dar o brilho [ficar meio tonto]. (Raimundo, F2)

Só paro de beber quando acaba a festa. (Ronaldo, F3)

Bebo muito! Só para quando estiver bêbada. (Rosa, F5)

Coleman & Catter (2005) acreditam que a atitude frente às normas sociais é expressa na crença que o consumo exagerado é algo que os adolescentes fazem, sendo esta prática, parte do processo de crescimento.

Cabe, porém, ressaltar que, o consumo inadequado de bebida alcoólica pode acarretar a dependência e outros transtornos relacionados à quantidade e à frequência do beber, como prejuízos sociais, doenças, uso e abuso de outras substâncias, violência, entre outros (ANDRADE; ANTHONY; SILVEIRA, 2009). Portanto, a compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool entre adolescentes merece maior atenção e cuidado, já que as fases da infância e adolescência são etapas primordiais no processo de estruturação da vida adulta.

6 Considerações Finais

O objetivo desse estudo foi analisar e interpretar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes. Para tanto, tomou-se como base teórica o Interacionismo Simbólico, que privilegia a natureza das interações humanas, ou seja, as particularidades que definem como o ser humano interpreta, define e age no seu cotidiano, de acordo com o significado que ele atribui à situação vivida, e a perspectiva sistêmica de família.

Em congruência com a natureza do objeto de estudo e os objetivos propostos, escolhemos a abordagem metodológica qualitativa para desenvolver este estudo interpretativo.

Os dados foram coletados por meio de observação não participante e entrevistas em profundidade, audiogravadas e orientadas por um roteiro que teve a função de auxiliar na manutenção do foco da entrevista, complementadas pelo diário de campo. Adotamos a perspectiva de entrevista como uma conversa, pela valorização do diálogo com os informantes.

O local da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Emocy Krause, localizada no Distrito Sanitário IV, da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Participaram do estudo 22 membros de dez famílias, dentre os quais estavam onze adolescentes que consumiam álcool, casos-índices da pesquisa, de ambos os sexos, na faixa etária de quatorze a dezenove anos.

Os dados obtidos foram transcritos, dando origem aos textos, os quais foram analisados com base nas orientações para análise temática indutiva. Foram elaborados três temas representativos da influência da família no consumo de álcool pelos adolescentes: **na internalidade da família: fragilidade e conflitos; entre nós: limites, responsabilidades e esperança e a decisão pela bebida: diversão permeada por riscos**. A primeira unidade temática, “**na internalidade da família: fragilidade e conflitos**”, considera o contexto sociocultural das famílias, onde seus componentes agem e interagem consigo mesmo e com os outros, atribuindo significados às suas experiências. Nessa perspectiva, esse tema discute aspectos estruturais e funcionais das famílias, privilegiando a sua composição, vínculos afetivos, intensidade das relações, funcionamento familiar, aspectos da comunicação e das atividades da vida cotidiana dos integrantes das famílias. A partir desses aspectos, aborda as

fragilidades e os conflitos identificados no processo de interação familiar, relacionados ao objeto de investigação.

A segunda unidade temática, “**entre nós: limites, responsabilidades e esperança**”, trata das experiências das famílias que convivem com o alcoolismo, quer seja do próprio adolescente ou de outros componentes da família. Discute, também, a interação entre os componentes da família, caracterizada pela desestruturação, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e desrespeito, marcando os limites de atuação da família que contribuíram para que os adolescentes se aproximassem das bebidas alcoólicas. Mesmo reconhecendo esses limites que, por vezes, imobilizaram as famílias para agirem em favor do afastamento do adolescente do álcool, elas não se eximiram da responsabilidade de apoiar os seus membros, bem como mantiveram a esperança, nutrida pelas aspirações e, por vezes, pela religião como forma de motivação para a busca de um futuro promissor.

A religião pode favorecer o sentimento de esperança e, com a esperança, o gosto pela vida toma maior proporção. O estabelecimento de meta ou plano de vida, como forma de realização pessoal do adolescente, compartilhada pelo sistema familiar, constitui-se em uma influência positiva para o cuidado da saúde do adolescente, aliviando as dificuldades e favorecendo a manutenção de aspectos saudáveis da vida.

Ao discorrerem sobre suas aspirações ou perspectivas para o futuro, os participantes preocuparam-se em detalhar a importância de sempre manter viva a motivação para buscar uma vida melhor, aqui retratada no aprimoramento dos estudos, na conquista de um trabalho qualificado e da casa própria, além de tentar realizar os sonhos que não foram possíveis para seus pais.

“**A decisão pela bebida: diversão permeada por riscos**” retrata o contexto do consumo e as motivações para o uso e abuso do álcool pelos adolescentes, conformando a terceira temática. Nela, discute-se sobre a diversão e o prazer como as principais razões apontadas pelos adolescentes para o consumo de bebida alcoólica. A diversão foi associada às músicas que se aproximavam do contexto de vida dos adolescentes, incentivando o consumo de bebidas e funcionando como válvula de escape para as dificuldades e problemas familiares do cotidiano.

Apesar de usufruírem do uso e abuso do álcool, por meio de sentimentos de alívio, relaxamento, distração e cultivo dos momentos de lazer, os adolescentes não ignoraram os prejuízos do uso abusivo da bebida alcoólica, principalmente porque haviam tido a oportunidade de presenciá-los no âmbito do seu próprio domicílio. Relatos de alteração da condição clínica dos pais, ressaca, mal estar, inapetência e até a morte foram vivenciados no sistema familiar dos adolescentes.

Concluiu-se que, tanto o sistema familiar quanto o contexto sociocultural de inserção dos adolescentes podem influenciar, ao mesmo tempo, de forma positiva e negativa o uso e abuso de álcool. A estrutura e composição da família, o padrão de interação familiar, a etapa do ciclo vital em que se encontra a família, a comunicação entre seus membros, a religião e a esperança são componentes que se articulam diretamente com a prática do consumo de álcool pelos adolescentes e podem ser alvo de intervenção na enfermagem, com vistas à qualificação do cuidado.

Referências

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília: UNESCO, Rede Pitágoras, 2005. 143p.

ABRAMOVAY, M.; CUNHA, A. L.; CALAF, P. P. **Revelando tramas, descobrindo segredos**: violência e convivência nas escolas. 2. ed. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana – RITLA, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal – SEEDF, 2010

AIRES, L. **Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional**. Lisboa: Universidade Aberta, 2011, 70 p.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANANDARAJAH, G. The 3 H and BMSEST models for spirituality in multicultural whole-person medicine. **Ann Fam Med**, v. 6, n. 5, p. 448, 2008.

ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. (Eds.). **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: SP: Minha Editora; 2009. 16p.

ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Fam Saude Desenv**, Curitiba, v. 1, n. 12, p. 7-14, 1999.

ÂNGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 14-17.

ÂNGELO, M.; BOUSSO, R. S.; ROSSATO, L. M.; DAMIÃO, E. B. C.; SILVEIRA, A. O.; CASTILHO, A. M. C. M., et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev Esc Enferm**, v. 43, n. especial, p. 1337-1341, 2009.

APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington , DC: American Psychiatric Association, 2000.

- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; NJAINE, K. **Resilência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- BATESON, G. **Mente e natureza**: a unidade necessária. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1986.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975. 360p.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas diversificadas. In: ALTHOFF, C. R.; ELSSEN, I.; NITSCHKE, A. **Pesquisando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis, SC: Pipa-livro; 2004. p. 91-106.
- BITOUN, J. O que revelam os Índices de Desenvolvimento Humano. In: Prefeitura do Recife. **Desenvolvimento Humano no Recife**: atlas municipal. Recife, 2005. CD- Rom.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. New York: Pretence Hall, 1969. Chap. 1, p. 1-60.
- BOBO, J. K.; HUSTEN, C. Socio-cultural influences on smoking and drinking. **Alcohol & Health Res**, v. 24, p. 225-232, 2000.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Trad. Maria José Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Morinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1999. 335p.
- BONOMO, Y.; PROIMOS, J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. **British Med J**, v. 330, 2005.
- BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 172-9, jun. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Senso Demográfico 2010** – Características da população e dos domicílios – resultados do universo. Brasília: IBGE; 2011. 270p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Rio de Janeiro; 2006. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16/02/2012.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.

BRASIL. **Lei nº. 9.294 de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4º do artigo 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União* 1996a; 16 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde. 2. ed. Rev Ampl Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008**. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, p. 77-101, 2006.

BRÊTAS, J. R. S.; MORENO, R. S.; EUGENIO, D. S.; SALA, D. C. P.; VIEIRA, T. F.; BRUNO, P. R. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 404-411, 2008.

BROOK, J. S.; BROOK, D. W. Risk and protective factors for drug use. In: MC COY, C. B.; METSCH, L. R.; INCIARD, J. A. (Eds). **Intervening with drug-involved youth**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. p. 23-43.

BROOK, J. S.; BROOK, D. W.; GORDON, A. S.; WHITMAM COHEN, P. The psychol social etiology of adolescent drug use: a family international approach. **Genetic, Soc, General Psychol Monogr**, v. 116, n. 2, p. 111-267, 1990.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas das famílias. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 3, p. 725-33, jun. 2003.

CAMARANO, A. A. **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?** Rio de Janeiro: Ipea; 2006. 332p.

CAMPOS, E. A. Nosso remédio é a palavra. Notas sobre o modelo terapêutico dos alcoólicos anônimos. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares sociopedagógicos sobre os adoecidos crônicos**. Cap. 5. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 129-149.

CAPISTRANO, L. **As novas vítimas do alcoolismo: mulheres e jovens**. Esse é o novo perfil de dependentes que estão procurando ajuda nos Alcoólicos Anônimos. Diário de Pernambuco – PE, 26/02/2012 – Clipping Eletrônico. p. 6.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2004.

CARDOSO, C.; BRAYNER, F.; BRAGA, F.; ROCHA, K.; FREITAS, J.; LEITE, M. A. B., et al. (Orgs.). **Observatório do Recife**. Disponível em: <http://observatoriodorecife.org.br/cartilha2011/...> Acesso em: 13/07/2012.

CARLINI, B. Apresentação à edição brasileira. In: MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas**

psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. v. 01. 472p.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol Cienc Prof**, Brasília, v. 30, n. 1, 2010.

CASCUDO, L. C. **História da alimentação no Brasil**. Ed Global, 2004, 960p.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Por um novo paradigma do fazer políticas – políticas de/para/com juventudes. **Rev Bras Est Pop**, v. 19, n. 2, p. 19-23, 2002.

CERVENY, G. M. O. **A família como modelo:** desconstruindo a patologia. Campinas: Psy 11, 1994.

CHAMBERS, R. A, TAYLOR, J. R, POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. **Am J Psychiatry**, v. 160, n. 6, p. 1041-1052, 2003.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism:** an introduction, an interpretation, an integration. 3. ed. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1989.

CLEVELAND, M. J.; FEINBERG, M. E.; BONTEMPO, D. E.; GREENBERG, M. T. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. **J Adolesc Health**, v. 43, p. 157-164, 2008.

COLEMAN, L.; CATTER, S. Underage 'risk' drinking: A qualitative study into motivations and outcomes. **Drugs Educ Preven Policy**, v. 12, n. 2, p. 125-136, 2005.

CRUZ, L. A. N. **Uso de álcool e julgamento sócio-moral de estudantes do ensino médio**. 2006. Tese (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília. São Paulo.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DALLO, L. **Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel/PR**. 2009. Tese (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília. São Paulo.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ: Vozes, 2002. p. 195-227.

DI NICOLA, V. **Um estranho na família: cultura, famílias e terapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad Pesq**, n. 115, p. 139-154, 2002.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ROCHA, P. R. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **SMAD, Rev Eletr Saude Mental Álcool Drog (Ed. port.) [online]**, v. 7, n. 1, p. 32-37, 2011.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev Psiquiatr Clin**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.

GALDUROZ, J. C. F. **O uso dos inalantes (solventes) entre estudantes de 1ª e 2ª graus em dez capitais brasileiras – 1993**. 1996. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas; 2005.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.

GALDUROZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. M.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; GOMES, P. L. S. et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 267-273, Apr. 2010.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002.

GAMBA, M. A.; SANTOS, E. R. Risco: repensando conceitos e paradigmas. **Editorial Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 4-6, 2006.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC. 1989.

GEIER, C. F.; TERWILLIGER, R.; TESLOVICH, T.; VELANOVA, K.; LUNA, B. **Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence**. Cereb Cortex; 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.

GILES, F.; FONSECA, F. **The Northeast of Brazil**. GAIN Report Number: BR12010. USDA Foreign Agricultural Service, 2012.

GILLIS, C. L.; DAVIS, L. L. Family nursing research: precepts from paragons and peccadilloes. **J Adv Nurs**, v. 17, n. 1, p. 28-33, 1992.

GOMES, B. M. R. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada a comportamentos de risco em estudantes de escolas públicas da região metropolitana de Recife**. 2007. Tese (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco – Universidade de Pernambuco, Camaragibe.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B.; NASCIMENTO, L. C. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, PE, Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 706-712, Apr. 2010.

GRAUNBAUM, J. A, TORTORELO, S.; WELLER, N.; GINGISS, P. Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. **Addict Behav**, v. 25, n. 1, p. 154-151, 2000.

GRYNBER, G. H.; KALINA, E. **Aos pais de adolescentes: viver sem drogas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record-Rosa dos Tempos; 2002.

HALES, S. D (Org.). **Cerveja e filosofia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Tinta Negra Bazar Editoria; 2010. 288p.

HINGSON, R.; WINTER, M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. **Alcohol Res Heath**, v. 27, n. 1, p. 63-78, 2003.

HORTA, R. H.; HORTA, B.; PINHEIRO, R. T.; MORALES, B.; STREY, M. N. Tabaco álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad Saude Publica**, v. 23, p. 775-783, 2007.

JELLINEK, E. M. Effects of alcohol on the individual. **Alcohol addiction and chronic alcoholism**. New Haven; 1942, p. 287.

JINEZ, M. L.; SOUZA, J. J. R. M.; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 246-252, 2009.

KOENIG, H. **Handbook of religion and health**: a century of research reviewed. University Press, Oxford; 2001.

KOENIG, H. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev Psiquiatr Clin**, v. 34, supl. 1, p. 95-104, 2007.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Uniad – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, e Senad – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional, 2007.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, Supl 1, p. S68-77, 2004.

LEMO, T.; ZALESKI, M. As principais drogas: como elas agem e quais seus efeitos. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Editora Contexto; 2004.

LIOTO, M.; CATTELAN, J. C. **O interdiscurso nas músicas sobre o consumo de bebidas alcoólicas**. In: II Seminário Nacional em Estudos da Linguagem: 06 a 08 de outubro de 2010. Diversidade, Ensino e Linguagem UNIOESTE-Cascavel, Paraná.

LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; PICANÇO, N. S.; CONCEIÇÃO, D. A.; COSTA, K. R. C. MAGALHÃES, I. R. S., et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 3, p. 663-671, 2006.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial 2, Dec. 2005.

MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; MENDES, I.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; CASTRO, I. R. R., et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa

Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Cienc Saude Col**, v. 15, Suppl 2, p. 3009-3019, 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, Suppl II, p. 32-36, 2000.

MARTINS, A. C. C.; PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. A família e sua importância na atenção a dependentes de substâncias psicoativas. In: LUIS, M. A. V.; PILLON, S. C. (Orgs.). **Assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo**: uma amostra de serviços e programas. Ribeirão Preto: FIERP/USP; 2004. p. 216-228.

MATHEWS, I.; PILLON, S. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 12, p. 359- 368, 2004.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; PETRY, S. S. **Genograms**: assessment and intervention. 3. ed. New York: WW Norton & Co; 2008.

MEAD, G. H. **Espiritu, persona y sociedad**. Buenos Aires, Paidós; 1953.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2002. p. 31-50.

MOREIRA, C.; CALEFFE, L.G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MORSS, E. Drinking patterns, global and local. 2011. 5p. Disponível em: <http://www.morssglobalfinance.com/drinking-patterns-global-and-local/>. Acesso em: 29/07/2012.

MOSMANN, C.; WAGNER, A.; FERES-CARNEIRO, T. Qualidade conjugal: mapeando conceitos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, Dec. 2006.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 1, p. 321-328, 2002.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Context Enferm**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004.

NIAA. National Institute on Alcohol and Alcoholism. **Helping patients who drink too much: a clinician's guide**. National Institute on Alcohol and Alcoholism. 2005. Disponível em: pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf.

NIDA. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse. **Preventing drug use among children and adolescents**. A research-based guide for parents, educators, and community leaders. 2. ed. Bethesda: NIDA; 2003. 49p.

NOLTE, D. L.; HARRIS, D. R. **Children learn what they leave: parenting to inspire values**. New York: Workman Publishing; 1998.

PARAÍSO, R. **Esses Ingleses**. Ed. Bagaço, Recife, 2003, 280p.

PECHANISKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, Supl. 1, p. 14-17, 2004.

PENSO, M. A. **Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos com atos infracionais e com drogas**. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília.

PERNAMBUCO. **Portal dos municípios**. Recife. Disponível em: <http://municipios.pe.gov.br/municipio/municipios/geral/index.asp?municipio=132>. Acesso em: 03 fev. 2010.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004.

PITKANEN, T.; LYYRA, A. L.; PULKKINEN, L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. **Addiction**, v. 100, p. 652-661, 2005.

PORTMAN, K. Hot Scotch. **Whisky Magazine**, n. 75, Oct. 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. **Psicol**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 32-41, 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol Est**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. Adolescer: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher. **ABEN**, p. 37-41, 2000.

REBOLLEDO, E. A. O.; MEDINA, N. M. IO.; PILLON, S. C. Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, n. especial, p. 368-375, 2004.

REBOUSSIN, B. A.; SONG, E. Y.; SHERESTHA, A.; LOHMAN, K. K.; WOLFSON, M. A Latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community ample of 16-20 year olds. **Drug Alcohol Depend**, v. 83, p. 199-209, 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Perfil epidemiológico do Recife (2001 a 2007)**. Recife, 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2006.102 p.

- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Política de redução de danos do município**. Recife, 2004.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Recife, 2010.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatórios de Gestão 2007 – CAPSad e CMC. Recife, 2007.
- RIBEIRO, R. L. R.; ROCHA, S, M. M. Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 112-119, 2007.
- ROMANELLI, G. Famílias de classes populares, socialização e identidade masculina. **Cad Pesq Nep**, v. 1-2, p. 25-34, 1997.
- ROMANO, M.; DUALIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica (online)**, v. 41, n. 4, p. 495-501, 2007.
- SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: SAITO, M. I.; DA SILVA, L. E. V. (Eds.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p. 33-38.
- SALES, T. J. G. **A expansão das obras públicas e a convivência do homem no Recife nos últimos 150 anos**. Recife: CEPE; 2002. 180 p.
- SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Religiosity, spirituality and psychotropic drug use. **Rev Psiquiat Clin**, v. 34, suppl. 1, p. 73-81, 2007.
- SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Cienc Sau Col**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.
- SARTI, C. Algumas questões sobre família e políticas sociais. In: JACQUET, C.; COSTA, L. F. (Orgs.). **Família em mudança**. São Paulo: Comapanhia Ilimitada; 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad Saude Publica**, v. 20, p. 649-659, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco para o uso de drogas na adolescência. **Cienc Saude Col**, v. 10, p. 707-717, 2005.

SCIVOLETTO, S.; GIUSTI, L. S. **Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência**. Álcool e drogas sem distorção. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

SILVA, L. D. Holandeses em Pernambuco 1630-1654. Apresentação João Alfredo dos Anjos. Recife: Instituto Ricardo Brennand – L. Dantas Silva - Editor, 2005. 320p.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool entre estudantes universitários. **Rev Saude Publica**, v. 40, p. 208-218, 2006.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. **Rev Escola Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1063-1069, 2011.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I.; SANTOS, L. M. S.; ARAUJO, J. S. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. **Psicol Saber Social**, v. 1, n. 1, p. 129-139, 2012.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Editora Contexto, 2004. p. 31-44.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 208 p. (Família, geração & cultura).

- SMITH, C.; ELWYN, L. J.; IRELAND, T. O.; THORNBERRY, T. P. Impact of adolescent exposure to intimate partner violence on substance use in early adulthood. **J Stud Alcohol Drugs**, v. 71, p. 219-230, 2010.
- SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saude Publica**, v. 39, p. 585-592, 2005.
- SOUZA, G. G.; MARQUES, M (Orgs.). **Cozinheiro nacional**. São Paulo: SENAC Ed; 2008, 496p.
- SPINK, M. J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1331, 2001.
- STANDAGE, T. **História do mundo em 6 copos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 239p.
- SWIFT, R. M.; LEWIS, D. C. Farmacologia da dependência e abuso de drogas. In: GOLAN, D. E. **Princípios da farmacologia**. Cap. 17. Seção II. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 260-278.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2011**. Adolescência: uma fase de oportunidades. UNICEF; 2011. 9p.
- VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico** – o novo paradigma da ciência. 4. ed. Campinas. SP: Papirus; 2005.
- VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007.
- WHO. World Health Organization. **Global Status Report Alcohol and Young**. WHO/MSD/MSB/0011. 2001.
- WHO. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO, 2011. 286p.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families**. A guide to family assessment and intervention. Philadelphia: FA Davis; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ADOLESCENTES

Título da Pesquisa: A influência da família no consumo de álcool na adolescência

Pesquisadora Responsável: Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucila Castanheira Nascimento

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidar o(a) seu filho(a) para participar desta pesquisa a qual tem como objetivo analisar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes. Para isso, precisaremos nos encontrar para conversar, em local e horário que for melhor para o(a) Senhor(a), permitindo que a nossa conversa seja gravada para transcrição em outro momento. Para isso preciso que seu filho(a) responda algumas perguntas sobre a relação familiar e o seu funcionamento, como também a relação com a comunidade, vizinhos, amigos, escola, lazer, cuidados com a saúde, prática religiosa e o uso do álcool. A participação dele será completamente voluntária e não haverá custo para o(a) senhor(a). Seu filho(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o mesmo seja prejudicado por isso. Os benefícios da pesquisa estão na possibilidade de contribuir com políticas públicas em saúde e educação, especificamente as de álcool e outras drogas. Sem que haja riscos e desconfortos já que as informações que nos disser serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa, assegurando a privacidade dos sujeitos envolvidos. O nome do seu filho(a) não irá aparecer e se ele(a) não quiser responder a alguma questão, não tem problema. Quando terminarmos esta pesquisa, as fitas utilizadas para as gravações das nossas conversas serão arquivadas. Em caso de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Betânia pesquisadora responsável através do endereço: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG/UPE, situada à Rua Arnórbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife ou por meio do telefone (81) 3445-8687, ou através da Prof. Dr^a Lucila orientadora da Pesquisa através do telefone (16) 3602-3364 ou do e-mail lucilaeerp@usp.br, e, para situações não resolvidas pelos pesquisadores, contatar com o Comitê de Ética através do endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/n, Santo Amaro - Recife/PE Fone: 3183.3775.

Eu, (sujeito ou responsável), após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação e publicação de toda a documentação necessária em periódicos, revistas bem como apresentação em congressos, workshop e quaisquer eventos de caráter científico, assinando este TCLE em duas vias, ficando uma via sob meu poder e outra para ser entregue ao pesquisador.

Local: Data: ____/____/____

Assinatura do Sujeito (ou responsável) Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES

Título da Pesquisa: A influência da família no consumo de álcool na adolescência

Pesquisadora Responsável: Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucila Castanheira Nascimento

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidar o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa a qual tem como objetivo analisar a influência da família no consumo de álcool por adolescentes. Para isso, precisaremos nos encontrar para conversar, em local e horário que for melhor para o(a) Senhor(a), permitindo que a nossa conversa seja gravada para transcrição em outro momento. Para isso preciso que o(a) senhor(a) responda algumas perguntas sobre a relação familiar filhos e o seu funcionamento, como também a relação com a comunidade, vizinhos, amigos, escola, lazer, cuidados com a saúde, prática religiosa e o uso do álcool. A sua participação será completamente voluntária e não haverá custo para o(a) senhor(a). O(A) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o mesmo seja prejudicado por isso. Os benefícios da pesquisa estão na possibilidade de contribuir com políticas públicas em saúde e educação, especificamente as de álcool e outras drogas. Sem que haja riscos e desconfortos já que as informações que nos disser serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa, assegurando a privacidade dos sujeitos envolvidos. O seu nome não irá aparecer e se o(a) senhor(a) não quiser responder a alguma questão, não tem problema. Quando terminarmos esta pesquisa, as fitas utilizadas para as gravações das nossas conversas serão arquivadas. Em caso de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Betânia pesquisadora responsável através do endereço: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG/UPE, situada à Rua Arnórbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife ou por meio do telefone (81) 3445-8687, ou através da Prof. Dr^a Lucila orientadora da Pesquisa através do telefone (16) 3602-3364 ou do e-mail lucilaeerp@usp.br, e, para situações não resolvidas pelos pesquisadores, contatar com o Comitê de Ética através do endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/n, Santo Amaro - Recife/PE Fone: 3183.3775.

Eu, (sujeito ou responsável), após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação e publicação de toda a documentação necessária em periódicos, revistas bem como apresentação em congressos, workshop e quaisquer eventos de caráter científico, assinando este TCLE em duas vias, ficando uma via sob meu poder e outra para ser entregue ao pesquisador.

Local: Data: ____/____/____

Assinatura do Sujeito (ou responsável) Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Através do presente termo, eu, Lucila Castanheira Nascimento me responsabilizo, a manter sigilo absoluto sobre todas as informações coletadas para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: A Influência da Família no Consumo de Álcool na Adolescência, durante e após a sua conclusão.

Ribeirão Preto, 22 de março de 2011.

Profª. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Professor Doutor junto ao Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Centro
Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da
Pesquisa em Enfermagem
Orientadora do Projeto

APÊNDICE D

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Através do presente termo, eu, Betânia da Mata Ribeiro Gomes me responsabilizo, a manter sigilo absoluto sobre todas as informações coletadas para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: A Influência da Família no Consumo de Álcool na Adolescência, durante e após a sua conclusão.

Ribeirão Preto, 22 de março de 2011.

Prof^a. Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Professor Assistente FENSG/UPE
Doutoranda do Programa Interunidades de Enfermagem da EERP- USP
Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

APÊNDICE E

CARTA DE ANUÊNCIA A DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO DA SECRETARIA DA SAÚDE DE RECIFE

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 17 de Janeiro de 2011.

Prezada Senhora,

Solicitamos a autorização para realizarmos a coleta de dados empíricos, em Unidade de Saúde da Família - USF, de acordo com o projeto intitulado "*A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA*", o qual será desenvolvido pela aluna Betânia da Mata Ribeiro Gomes, doutoranda do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por mim orientada. O objetivo dessa pesquisa é compreender influência da família no consumo de álcool por adolescentes. A compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool entre adolescentes precisam de atenção e cuidado. O ambiente sociofamiliar é uma estrutura marcante no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas. Portanto, este estudo poderá servir de subsídios para desenvolver estratégias preventivas que envolvam intervenções comunitárias mediante políticas públicas, sobre esta temática, com vistas à promoção de saúde. A etapa realizada na unidade de saúde servirá para o levantamento das famílias com adolescentes que fazem uso de álcool. Esta etapa será realizada entre os meses de abril e junho de 2011, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

Comprometemo-nos a cumprir todas as orientações contidas da Resolução 196/96, sobre as diretrizes para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. Assim, está previsto momento de orientação e esclarecimentos sobre a pesquisa aos pais/ responsáveis e adolescentes participantes. Elaboramos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto para os responsáveis pelos adolescentes quanto para os familiares, em duas vias, os quais serão assinados por eles e por nós.

Qualquer outra necessidade de esclarecimentos colocamo-nos à disposição.

Certas de contarmos com seu apoio agradecemos, antecipadamente.

Atenciosamente,

Betânia da M. R. Gomes

Profª. Betânia da Mata Ribeiro Gomes
Professor Assistente FENSG/UPE
Doutoranda do Programa Interunidades de
Enfermagem da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Lucila B. Nascimento

Profª. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Professor Doutor junto ao Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da USP, Centro Colaborador da OMS
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Orientadora do Projeto

De acordo:

Diretoria de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde de Recife - DGGT

APÊNDICE F

CARTA DE AUTORIZAÇÃO GERÊNCIA DISTRITO SANITÁRIO IV

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 17 de Janeiro de 2011.

Prezada Senhora,

Solicitamos a autorização para realizarmos a coleta de dados empíricos, na Unidade de Saúde da Família - USF, de acordo com o projeto intitulado "A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA", o qual será desenvolvido pela aluna Betânia da Mata Ribeiro Gomes, doutoranda do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por mim orientada. O objetivo dessa pesquisa é compreender influência da família no consumo de álcool por adolescentes. A compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool entre adolescentes precisam de atenção e cuidado. O ambiente sociofamiliar é uma estrutura marcante no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas. Portanto este estudo poderá servir de subsídios para desenvolver estratégias preventivas que envolvam intervenções comunitárias mediante políticas públicas, sobre esta temática, com vistas à promoção de saúde. A etapa realizada nesta unidade de saúde servirá para o levantamento das famílias com adolescentes que fazem uso de álcool. Esta etapa está prevista para ser realizada entre os meses de abril e junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

Certa da compreensão de vossa senhoria quanto à importância da realização deste trabalho para a saúde da família e do adolescente, contamos com o seu apoio.

Qualquer outra necessidade de esclarecimentos estamos à disposição.

Atenciosamente,

Profª. Betânia da Mata Ribeiro Gomes
Professor Assistente FENSG/UPE
Doutoranda do Programa Interunidades de
Enfermagem da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Profª. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Professor Doutor junto ao Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da USP, Centro Colaborador da OMS
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Orientadora do Projeto

De acordo:

Gerencia Distrito Sanitário

APÊNDICE G

CARTA DE AUTORIZAÇÃO GERENTE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 17 de Janeiro de 2011.

Prezada Senhora,

Solicitamos a autorização para realizarmos a coleta de dados empíricos, nesta Unidade de Saúde da Família – USF de acordo com o projeto intitulado “*A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA*”, o qual será desenvolvido pela aluna Betânia da Mata Ribeiro Gomes, doutoranda do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por mim orientada. O objetivo dessa pesquisa é compreender influência da família no consumo de álcool por adolescentes. A compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool entre adolescentes precisam de atenção e cuidado. O ambiente sociofamiliar é uma estrutura marcante no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas. Portanto este estudo poderá servir de subsídios para desenvolver estratégias preventivas que envolvam intervenções comunitárias mediante políticas públicas, sobre esta temática, com vistas à promoção de saúde. A etapa realizada nesta unidade de saúde servirá para o levantamento das famílias com adolescentes que fazem uso de álcool. Esta etapa está prevista para ser realizada entre os meses de abril e junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

Considerando o exposto, solicitamos de vossa senhoria especial atenção no encaminhamento de algumas providências: autorizar o acesso da pesquisadora ao cadastro das famílias e adolescentes inscritos no serviço; permitir a utilização do espaço físico do serviço para que a pesquisadora possa fazer contato com as famílias e os adolescentes selecionados para o estudo; como também autorizar a pesquisadora a acompanhar os agentes de saúde durante visitas domiciliares, facilitando o acesso à comunidade para o desenvolvimento da pesquisa.

Certa da compreensão de V.Sa. quanto à importância da realização deste trabalho para a saúde da família e do adolescente, contamos com o seu apoio e agradecemos, antecipadamente.

Colocamo-nos à disposição para qualquer outra necessidade de esclarecimentos.
Atenciosamente,

Betânia da M.R. Gomes

Profª. Betânia da Mata R. Gomes
Professor Assistente FENSG/UPE
Doutoranda do Programa Interunidades de
Enfermagem da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Lucila Castanheira Nascimento

Profª. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Professor Doutor junto ao Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da USP, Centro Colaborador da OMS
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Orientadora do Projeto

De acordo: _____

Gerência da Unidade

APÊNDICE H

ROTEIRO PARA ENTREVISTA BASEADO NO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

- 1- Composição da família – Quem faz parte dessa família? Alguém mais vive com vocês? Alguém se mudou recentemente? Alguém mais, considerado como família, vive aqui com vocês? Alguém que não tenha parentesco biológico?
- 2- Ordem de nascimento – Quantos filhos vocês têm? Quem é o mais velho? Quantos anos têm? Qual é o próximo depois dele?
- 3- Sistema mais amplo – Instituições, serviços e pessoas com as quais a família tem contato significativo.
- 4- Classe social – Essa subcategoria molda os resultados educacionais, a renda e a ocupação. Casa própria ou alugada? Qual a renda familiar? Qual o grau de escolaridade? Quem trabalha? Em que?
- 5- Espiritualidade e/ ou religião – As crenças religiosas dos membros de uma família, bem como rituais e práticas, podem exercer influência positiva ou negativa sobre a sua capacidade de enfrentar ou tratar uma doença ou preocupação de saúde. A espiritualidade e a religião também influenciam os valores, o tamanho, os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família.
Você participa/ frequenta alguma atividade religiosa? Sua crença religiosa é um apoio para você? Para os outros membros da família?
- 6- Ambiente – Essa subcategoria abrange aspectos da comunidade, vizinhos e o próprio lar. Os fatores ambientais, tais como adequação de espaço, privacidade, acesso a escola, lazer, transporte entre outros influenciam o funcionamento familiar.
Existem serviços de saúde e outros serviços básicos próximos de sua casa? Na vizinhança? Qual o acesso em termos de distância, conveniência, etc., aos meios de transporte e locais de lazer?

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

1- Estágios/Vínculo – Essa subcategoria avalia o ciclo vital da família, o processo emocional de transição e as alterações de segunda ordem.

Fale um pouco sobre a relação de vocês com cada membro da família – relação como sendo diálogo, intimidade, comunicação e conflito. Vocês acham que os seus pais foram e/ou são um modelo de comportamento (aqui contemplando a hipótese do uso de álcool por um dos pais) para ser seguido por vocês? Fale sobre isso.

Para o usuário – Me fale sobre o uso de álcool.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

1- Limites/Responsabilidades – Como são distribuídas as responsabilidades/deveres dentro da família? Como cada um se comporta com relação às responsabilidades e aos deveres? Como é exercida a autoridade na família? Quem coloca os limites? Falem sobre isso.

*Quando necessário, para cada pergunta acrescentar: Vocês vêem alguma possibilidade de modificação? Qual?

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação pelo Comitê de Ética

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Registro CEP/UPE: 050/11

Registro CAAE: 0040.0.097.000-11

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Enfermagem

Grupo: III

Instituição de Origem: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças

Título: A influência da família no consumo de álcool na adolescência.

Pesquisador Responsável: Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Orientador: Lucila Castanheira do Nascimento

O plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco CEP/UPE, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com a Resolução 196/96 do CNS/MS, considera que o estudo objeto deste documento, é pertinente, com metodologia adequada aos objetivos propostos, não apresenta riscos, contém medidas protetoras ao sujeito, apresenta toda documentação exigida e não apresenta agravo ético. Sendo assim o CEP opina favoravelmente ao pleito do pesquisador, considerando o projeto como **"APROVADO"**.

O CEP/UPE informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de pacientes deve ser suspensa temporariamente, até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Para pesquisas com duração até 18 meses, apresentar relatório final após o término da pesquisa;
- Para pesquisas com duração acima de 18 meses, apresentar relatório parcial neste período e o final após o término da pesquisa.

Agradecemos a oportunidade de podermos contribuir para o avanço da ciência e na apreciação do referido projeto. Colocamo-nos à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Reiteramos votos de sucesso.

Recife, 28 de abril de 2011.

Prof. Dr. Antonio Pereira Filho
Prof. Adjunto da Universidade de Pernambuco - UPE

Prof. Dr. Antonio Pereira Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
da Universidade de Pernambuco

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UPE
Av. Agamenon Magalhães, s/n Santo Amaro Recife - PE
CEP - 50100-010 - FONE: 3183.3775
E-mail: comitê.ética@upe.pe.gov.br

ANEXO B

Carta de Anuência da Prefeitura do Recife

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Betânia da Mata Ribeiro Gomes**, pesquisadores da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**A Influência da Família no Consumo de Álcool na Adolescência**”.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 23 de fevereiro de 2011.

Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretora Geral de Gestão do Trabalho

Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretora Geral de Gestão do Trabalho - DGGT
Secretaria de Saúde
Matr. 89.642-0

ANEXO C

Autorização da Prefeitura do Recife

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
Gerência de Desenvolvimento de Pessoas
Gerência Operacional de Educação Permanente

CI nº. 110 / 2011 - GOEP/GDP/DGGT/SS

Recife, 23 de fevereiro de 2011.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que os pesquisadores da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, **Betânia da Mata Ribeiro Gomes**, estão autorizados a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título: "**A Influência da Família no Consumo de Álcool na Adolescência**".

Solicitamos agendamento com os pesquisadores para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,

Cristiana Almeida
Gerente Operacional de Educação Permanente

Cristiana Almeida
Gerente Oper. de Educação Permanente
DGGT/SS Matr. 89.618-1

Ilmo (a). Sr (a).
Roseli Nascimento
Diretora do Distrito Sanitário IV