

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VAGNA CRISTINA LEITE DA SILVA

**PREVALÊNCIA DO SOFRIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES QUE
CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS**

**JOÃO PESSOA
2012**

VAGNA CRISTINA LEITE DA SILVA

**PREVALÊNCIA DO SOFRIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES QUE
CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba- Campus I, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Epidemiologia em saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA

2012

S586p Silva, Vagna Cristina Leite da.

Prevalência do sofrimento mental em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas/ Vagna Cristina Leite da Silva. - - João Pessoa: [s.n.], 2012. 127f.

Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Alcoolismo. 3. Saúde do adolescente. 4. Saúde mental. 5. Relação familiar. 6. Epidemiologia.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

VAGNA CRISTINA LEITE DA SILVA

**PREVALÊNCIA DO SOFRIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES QUE
CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS**

Data da aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profº. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha- Orientadora
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profª. Drª. Violante Augusta Batista Braga - Examinadora
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira- Examinadora
Universidade Federal da Paraíba (UFP)

Profº. Drº. Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana- Examinador
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

JOÃO PESSOA

2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Vicente e Socorro, pelo incentivo e exemplo dispensado durante toda uma vida e por ter me mostrado que é através das coisas mais simples que enxergamos o verdadeiro significado da vida.

AGRADECIMENTOS

“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante” (Paulo Coelho)

Todas as pessoas possuem sonhos e desejos que, de forma inexplicável, brotam do nosso coração; e são esses sonhos, esses desejos que nos motivam a continuar a nossa caminhada. E foi, assim, de um sonho que se deu o início desta trajetória;

Na luta das nossas conquistas, encontramos algumas dificuldades, mas, na maioria das vezes, deparamos com pessoas que nos incentivam, motivam e até colaboram para alcançarmos o nosso objetivo final; e foi este momento reservado para aqui me dirigir de forma especial a cada uma delas e falar o quanto foi fundamental seu apoio.

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, a base da minha vida, minha força maior, meu equilíbrio;

A **Gualberto**, o amor da minha vida, pela paciência, pelo incentivo e colaboração mesmo tendo de abdicar de suas necessidades pessoais em prol da nossa união;

A **Cristal**, minha alegria de viver, pelo amor incondicional, mesmo naqueles momentos em que me fazia ausente,

A minha família: **meus pais** (Vicente e Socorro) e **irmãos** (Cristiano e Carlinhos), este núcleo familiar maravilhoso, com o qual fui presenteada por Deus - não poderia ter sido melhor. Mesmo tendo vivenciado em alguns momentos problemas e dificuldades ofertados pela vida, hoje comprehendo que foi através deles que me fortaleci e CRESCI.

À **Prof^a. Dr^a. Maria Filha**, minha mestra, minha fonte de inspiração, por ter-me apresentado e me ensinado um pouco deste mundo maravilhoso da pesquisa científica; também pelo seu exemplo, sua colaboração e apoio durante minha trajetória;

À **Prof^a.Dra^a. Jordana Nogueira**, pela amizade e relevância das contribuições ofertadas durante a construção deste trabalho;

À **Prof^a.Dra^a.Violante Augusta**, por ter aceitado o convite para participar desta banca examinadora e pelas contribuições ofertadas;

Ao **Prof^o. Dr^o. Rodrigo Toledo Viana**, que no início da minha pesquisa me norteou, fazendo-me visualizar o início de uma bela trajetória científica;

À **Lawrencita**, pela amizade, que teve como alicerce a luta pelos nossos objetos de estudo. E foi através da produção acadêmica que surgiu a oportunidade de construirmos uma amizade extraclasse, recheada de cumplicidade.

À **Elisângela**, pela amizade, que surgiu embasada na epidemiologia, nos possibilitando oportunidades de produzir e desfrutar de uma agradável companhia.

Á **Fábio Alencar**, pela disponibilidade e orientações com a análise estatística da pesquisa;

À todas as aquelas pessoas que se prontificaram a colaborar na construção do estudo: **Elayne, Flaviana, Fabiana, Raica, Fernanda, Georgia;**

À **Samara e Nayana**, pela colaboração, ombros amigos e palavras motivadoras durante o percurso;

À **Dayse**, pela preciosa colaboração, por ter me guiado aos locais que não conhecia;

Em especial a **Sarah e Gilberto Júnior**, pela ajuda fundamental na digitação do banco de dados e por terem me acompanhado às visitas noturnas às escolas durante a coleta de dados;

Aos colegas do Mestrado com quem desfrutei momentos inesquecíveis, por ter compartilhado comigo alegrias e preocupações;

Aos colegas do **grupo de estudo GESPEMEC**, em especial àquelas com quem, dia após dia, estreitamos laços de amizade através da nossa produção científica;

A todos os professores que contribuíram de alguma forma para este processo de formação, minha admiração e gratidão, em especial à **Profª. Drª. Lenilde Duarte Sá** pelo apoio e incentivo;

Aos **funcionários do Mestrado** pela disponibilidade em todas as horas que foram solicitados;

Enfim a todos que fazem parte da **Secretaria de Educação do Estado da Paraíba**, que me acolheram e colaboraram de alguma forma durante a trajetória, em especial aos **alunos, diretores, professores e funcionários**, peças fundamentais para concretização do estudo.

Preconceito também mata

*Professora Ednice,
Já não sei o que fazer,*

*Com tanto preconceito eu sinto medo de viver
Eu moro num bairro que é muito desrespeitado
Preconceito e alegria convivem do mesmo lado
Eu faço uma oração para uma santa protetora,
Mas sou interrompido a tiro de metralhadora*

Eu só quero é ser feliz,

*Andar sem preconceito no bairro onde eu nasci. F!
Fazer me orgulhar, sabendo que o pobre também tem seu lugar.*

Raquel Helles/ Maurício Santos - 9C
Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Escritor Horácio de Almeida
(Trechos da música: Eu só quero é ser feliz - Rap Brasil)

SILVA, V.C.L. Prevalência do sofrimento mental em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas. 2012. 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

RESUMO

O consumo de álcool e outras drogas é uma prática antiga, verificada entre as mais variadas organizações sociais do mundo. Nos últimos anos, observam-se modificações no comportamento social que têm refletido no aumento do consumo dessas substâncias. Neste estudo, foi dada ênfase para o consumo de álcool. No Brasil, o alcoolismo tem sido uma das problemáticas de saúde pública, que tem se destacado em decorrência do crescimento das taxas de mortalidade e morbidade, associadas ao consumo abusivo do álcool. Essa droga pode oferecer vários prejuízos ao usuário, comprometendo sua saúde, vida profissional, financeira, social - estendendo-se às suas relações familiares. A convivência com um alcoolista pode resultar no comprometimento individual por parte de membros da família. Evidenciou-se, nesta investigação, a saúde mental do adolescente que convive com familiares alcoolistas; pois estudos têm demonstrado que indivíduos nessa faixa etária têm manifestado algumas fragilidades, entre elas o sofrimento psíquico. Dessa forma, objetivou-se, neste estudo, caracterizar sociodemograficamente os adolescentes investigados e suas famílias; bem como estimar a prevalência de sofrimento psíquico em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas; conhecer o funcionamento das famílias quanto aos fatores de risco ao adoecimento psíquico e analisar a associação entre as variáveis do estudo e a presença de sofrimento psíquico em adolescentes. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado em João Pessoa- PB/Brasil, com população de adolescentes matriculados nas 39 escolas estaduais da rede pública do município, sendo incluída uma amostra representativa da população, totalizando 715 adolescentes investigados. A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2011, com a utilização de um questionário e três instrumentos validados no Brasil. As variáveis examinadas foram agrupadas para se fazer análise estatística com estudo da razão de prevalência e aplicação do teste de associação de qui-quadrado (X^2). Dentre os achados, evidenciou-se que 33,9% dos adolescentes conviviam com familiares alcoolistas e que 29,5% deste total apresentaram sofrimento psíquico. Dentre esses, os que convivem com familiares alcoolistas representava 40,1% e, de acordo com a razão de prevalência, a cada 1,7 adolescentes que convivem com familiares alcoolistas apresentam doenças psíquicas menores. Outro achado relevante se refere ao perfil familiar desse grupo de risco: na sua maioria, os pais tinham baixa escolaridade, famílias numerosas, reconstituídas, sem liderança definida e baixa renda *per capita*. Em referência ao funcionamento familiar, as famílias foram classificadas como funcionais e com médio risco para adoecimento mental. A partir dos resultados, verificou-se que a presença de um alcoolista no lar altera o seu funcionamento, podendo resultar em efeitos negativos que comprometem a saúde mental dos adolescentes. Mas, quando esse agravio é identificado nessa fase, possibilita aos profissionais realizar ações que integrem os adolescentes, a família e a comunidade, como forma de ampliar redes de apoio para prevenção do sofrimento psíquico do indivíduo, ocasionado pelo alcoolismo no seio familiar.

Descritores: Alcoolismo. Saúde do Adolescente. Saúde mental. Relação Familiar. Epidemiologia

SILVA, V.C.L. Prevalence of psychological distress in adolescents who live with alcoholic family. 2012. 126p. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing – Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2012.

ABSTRACT

The alcohol and other drugs consumption is an ancient practice, observed among many social organizations in the world. In recent years, there have been changes in social behavior that are reflected in increased consumption of these substances. In this study, emphasis was given to the consumption of alcohol. In Brazil, alcoholism has been a public health problem that has emerged due to growth rates of mortality and morbidity associated with alcohol abuse. This drug may offer the user multiple losses, jeopardizing their health, career, financial and social life – as well their family relationships. Living with an alcoholic can result in a commitment on the part of individual family members. It was evidenced in this research, the mental health of adolescents living with an alcoholic family, because studies have shown that individuals in this age group have shown some weaknesses, including mental suffering. Thus, the aim of this study was to characterize adolescents and their families social and demographic, and to estimate the prevalence of psychological distress in adolescents who live with alcoholic family, to know the functioning of families about the risk factors for mental illness and analyze the association between the study variables and psychological distress in adolescents. This is a population-based cross-sectional study conducted in João Pessoa, Brazil, with a adolescent population of enrolled in 39 state schools in the public network in the city, and included a representative sample of the population, totaling 715 adolescents investigated. Data collection was conducted from July to October 2011, using a list of questions and three instruments validated in Brazil. The variables examined were grouped to make statistical analysis to study the prevalence ratio and applying the association test, chi-square (χ^2). Among the results, was observed that 33.9% of adolescents lived with relatives who are alcoholics and 29.5% of this total had psychological distress. Among these, those who live with alcoholic family represented 40.1% and, according to the prevalence ratio, 1.7 to each adolescent who live with alcoholic family members have little mental illnesses. Another important result refers to the family profile of risk group: the majority of parents had low education, large families, stepfamilies, without defined leadership and low per capita income. In reference to family functioning, families were classified as functional and medium risk for mental illness. From the results, it was found that the presence of an alcoholic in the home jeopardizes its functioning and may result in negative effect that compromises the adolescent mental health. But when this condition is identified at this stage, enables professionals to perform actions that include youth, family and community as a way to expand networks of support for prevention of psychological distress of the individual, caused by alcoholism in the family.

Descriptors: Alcoholism. Adolescent Health. Mental health. Family relationship.

Epidemiology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas. João Pessoa, 2011	62
Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes, segundo as variáveis familiares. João Pessoa,2011	63
Tabela 3 - Distribuição dos familiares que fazem uso do álcool por sequência de perguntas do questionário CAGE-familiar. João Pessoa, 2011	64
Tabela 4 - Frequência de adolescentes de acordo com as respostas do questionário CAGE-familiar segundo a situação de convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa, 2011	65
Tabela 5 - Relação das características sociodemográficas dos adolescentes segundo a situação do convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa,2011	66
Tabela 6 - Relação das características familiares dos adolescentes segundo a situação de convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa,2011	67
Tabela 7 - Resultado do sofrimento mental de acordo com o questionário SRQ 20,aplicado população de adolescentes entrevistados. João Pessoa,2011	68
Tabela 8 - Distribuição da frequência de respostas afirmativas do questionário SRQ-20. João Pessoa,2011	69
Tabela 9 - Relação do alcoolismo familiar com sofrimento psíquico em adolescentes de escolas estaduais do município de João Pessoa,2011	70
Tabela 10 - Prevalência do sofrimento psíquico em relação a situação de convívio com familiares alcoolistas em adolescentes de escolas estaduais do município de João Pessoa,2011	70
Tabela 11 - Prevalência do sofrimento psíquico associado ao convívio de familiares alcoolistas segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa, 2011	71
Tabela 12 - Prevalência do sofrimento psíquico associado ao convívio de familiares alcoolistas segundo variáveis familiares. João pessoa,2011.....	73
Tabela 13 - Frequência de respostas das perguntas ímpares da escala FACES III, que dizem respeito á coesão familiar. João Pessoa,2011	74
Tabela 14 - Frequência de respostas das perguntas pares da escala FACES III, que dizem respeito á adaptabilidade familiar. João Pessoa,2011	75
Tabela 15 - Associação da escala FACES III relacionada ao convívio de adolescentes com familiares alcoolistas em escolas estaduais. João Pessoa,2011	79

Tabela 16 - Associação da escala FACES III relacionada ao convívio de adolescentes com familiares alcoolistas e sofrimento psíquico em escolas estaduais.João Pessoa,2011 80

Tabela 17 - Associação da escala FACES III relacionada a situação de não convivência de adolescentes com familiares alcoolistas e sofrimento psíquico em escolas estaduais. João Pessoa,2011 81

QUADRO

- QUADRO 1** - Perguntas e respostas freqüentes sobre o funcionamento familiar apresentadas pelos grupos de adolescentes de acordo com classificação adotada no estudo..... 77

ILUSTRAÇÃO

- FIGURA 1** - Mapa dos bairros do Município de João Pessoa/PB..... 46

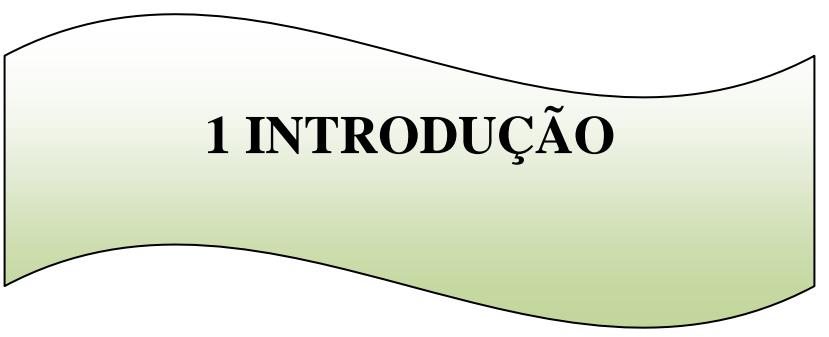
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVAD** - Anos de Vida Ajustados em Função das Incapacidades
- CAGE** - Cutting Down, Annoyed By Criticism, Guilty e Eyer-Opener
- CCS** - Centro de Ciências da Saúde
- CEBRID** - Centro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
- CEEPA** - Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool
- CEP**- Comitê de Ética em Pesquisa
- CID-10** - Classificação Internacional das Doenças
- CONAD**- Conselho Nacional Antidrogas
- CONFEN** - Conselho Federal de Entorpecentes
- DSM-IV** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FACES III** - Family Adaptability And Cohesion Evaluation Scales
- INEP** – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
- OBID** – Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU**- Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- OPEN EPI** - Open Source Statistics For Public Health
- PNAD** - Política Nacional Antidrogas
- SENAD** - Secretaria Nacional Antidrogas
- SISNAD** - Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas
- SPSS** - Statistical Package For The Social Science
- SRQ** - Self Report Questionnaire
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo consentimento livre e esclarecido
- WHO** - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O contexto do problema da pesquisa	18
1.2 Objetivos.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 Adolescência: características e os determinantes do meio familiar social	25
2.2 A família e as relações de codependência	31
2.3 O alcoolismo nos dias de hoje: definição e contextualização como problemática de saúde pública.....	36
2.4 Políticas públicas de atenção ao dependente químico: breve resgate e política atual de atenção ao alcoolista	40
3 PROCEDIMENTO METODÓLOGICO	45
3.1 Tipo de estudo	46
3.2 Local de estudo	46
3.3 População e amostra.....	47
3.4 Cálculo da amostra	47
3.5 Posisionamento ético do pesquisador	49
3.6 Instrumento de coleta de dados	49
3.6.1 Instrumento CAGE- familiar	49
3.6.2 Escala FACES III	50
3.6.3 Instrumento Self-Reporting Questionare (SRQ-20)	54
3.7 Definição de variáveis	56
3.7.1 Variável dependente	56
3.7.2 Variável independente	56
3.7.3 Variáveis de controle	56
3.8 Procedimento do estudo	57
3.9 Tratamento e análise dos dados	60
4 RESULTADOS	61
4.1 Dados sociodemográficos dos adolescentes participantes do estudo	62
4.1.1 Perfil familiar dos adolescentes participantes do estudo	63
4.2 Resultado do questionário CAGE-familiar	64
4.3 Resultado do Questionário SRQ-20	68
4.4 Resultado da correlação do SRQ-20 com CAGE- familiar	69
4.5 Razão de prevalência entre alcoolismo familiar e sofrimento psíquico em adolescentes	70
4.5.1 Prevalência do sofrimento psíquico associado ao alcoolismo, segundo as variáveis sociodemográficas	70
4.5.2 Prevalência do sofrimento psíquico associado ao alcoolismo, segundo as variáveis familiares	72
4.6 Descrição dos resultados da escala FACES III	74
4.6.1 Respostas mais frequentes de acordo com a classificação dos grupos de	

adolescentes	76
4.7 Associação da escala FACES III com o questionário CAGE-familiar	78
4.8 Associação entre os instrumentos FACES III, CAGE- familiar e SRQ-20.....	79
5 DISCUSSÃO	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	115
Apêndice A - Carta convite a escola	115
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido á direção da escola	116
Apêndice C - Carta convite aos pais e responsáveis para permitir a participação de adolescentes no estudo.....	117
Apêndice D - Termo de consentimento livre e esclarecido para responsáveis legais de adolescentes menores de 18 anos	118
Apêndice E - Termo de consentimento livre e esclarecido para adolescentes maiores de 18 anos	120
Apêndice F - Questionário para definir características sociodemográficas da população do estudo	122
Apêndice G - Relação das escolas visitadas e número de adolescentes participantes do estudo por escolas	123
ANEXOS	124
Anexo A - Escala FACES III	124
Anexo B - Questionário CAGE-FAMILIAR	125
Anexo C - Questionário SRQ 20 (SELF REPORT QUESTIONNAIRE)	126
Anexo D - Certidão do comitê de ética	127



1 INTRODUÇÃO



1.1 O contexto do problema da pesquisa

Na contemporaneidade, o alcoolismo tem se tornado uma das problemáticas de grande interesse para a saúde pública. Os índices de morbidade e mortalidade, relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, têm se apresentado de forma crescente em todo o mundo, ao mesmo tempo em que se observa o aumento dos problemas sociais em decorrência deste comportamento social.

A frequência e a quantidade de álcool ingerida pelas pessoas têm apresentado alterações significantes. Uma das causas atribuídas a esse evento tem sido o reflexo do sistema econômico vigente. À medida que as sociedades passaram a ser influenciadas pelo sistema capitalista, as pessoas passaram a se aglomerar em centros urbanos; o que possibilitou um aumento na produção de bebidas alcoólicas, na sua disponibilização, na redução dos custos; enfim, todo esse comportamento fez com que a relação das pessoas com as bebidas se intensificasse, e o uso do álcool tornou-se um sério problema de saúde pública (GIGLIOTTI, 2004).

Segundo um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionado ao panorama mundial, o alcoolismo atinge 10% da população. É responsável pelo grande número de complicações orgânicas - cerca de 4% de todos os anos perdidos de vida útil do ser humano está relacionado ao uso nocivo do álcool - bem como 3,2% de todas as mortes que ocorrem no planeta, por causas que incluem desde cirrose e câncer hepático a acidentes, quedas, intoxicações e homicídios que ocorrem entre aqueles que fazem uso dessa substância (WHO, 2002; 2004, MELONI; LARANJEIRA, 2004).

O uso do álcool está associado a mais de 60 transtornos mentais e enfermidades. Tornou-se um dos riscos mais importantes para a saúde em todo o mundo. O consumo dessa substância é o principal risco para saúde em países desenvolvidos, onde é responsável por 6,2% de AVAD (anos de vida ajustados em função das incapacidades) perdidos; e o terceiro, em países em desenvolvimento, onde é responsável por 9,2% de AVAD perdidos (OPAS, 2009, p.297).

Quando relacionado apenas à região das Américas, o consumo do álcool é apontado como um dos principais responsáveis pelas enfermidades da região, sendo responsabilizado por 5,4% das mortes, e 40% das causas de morbidades. Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são apontadas como um dos principais fatores causadores

de doença e é considerado causador de 8% a 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (MELONI; LARANJEIRA, 2004; WHO, 2002).

Conforme revisão de dados da OMS, apresentada por Meloni e Laranjeira (2004), na realidade brasileira, esse hábito social tem imenso peso como causa de adoecimento e morte, relacionando-se, ao mesmo tempo, a diversas consequências sociais negativas. Constituindo-se, dessa forma, como importante causa de morbimortalidade nas nações mais pobres; como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde, na maioria das nações mais ricas; bem como o principal fator relacionado a adoecimento e morte nos países pertencentes ao grupo cujas economias encontram-se em grau intermediário de desenvolvimento.

O álcool é a droga mais consumida ou, pelo menos, experimentada no Brasil. A facilidade com que essa droga é comercializada - por ser lícita - tem favorecido o seu elevado consumo; e o alcoolismo, tem alcançado milhões de brasileiros. Segundo Lima (2008), o IBGE tem revelado que o Brasil tornou-se um dos maiores destaques mundiais no consumo e produção de bebidas alcoólicas, e representa um dos maiores consumidores de cerveja e o maior produtor de cachaça do mundo.

Uma questão pontual a respeito dessa afirmação é que a indústria de bebidas no Brasil tem investido bastante em propagandas para veiculação de seus produtos em toda a sociedade. As campanhas publicitárias são expressivas; mostradas através das imagens ilusórias de beleza e alegria, como uma forma de incentivar e atrair simpatizantes; despertando o interesse de crianças e adolescentes (FARIA et al, 2011).

A sociedade capitalista é a sociedade do consumo; as pessoas tornaram-se predispostas a comportamentos sociais que são veiculados pelos meios de comunicação. A apologia feita pelas propagandas às bebidas alcoólicas e a mudança que vem ocorrendo no estilo de vida das pessoas têm favorecido o crescimento no número de usuários, ampliando seu público de adeptos. Estudos realizados por Faria et al (2011), Assis e Castro (2010) e Noto et al (2004) revelaram que, cada vez mais cedo os jovens têm seu primeiro contato com o álcool, e o número de mulheres alcoolistas tem aumentado de forma expressiva nos últimos anos, principalmente na fase da adolescência.

Os problemas relacionados ao uso do álcool sempre existiram, mesmo que estes tenham permanecido mascarados por muitos anos. Um dos fatores que contribuíram para tal negação é que o consumo do álcool sempre foi uma prática aceita socialmente. Nos últimos anos, alguns eventos vêm despertando uma nova discussão a respeito do fenômeno, como: a associação do consumo do álcool ao crescimento no número de internamentos, acidentes de

trânsitos, comportamentos violentos entre as pessoas, síndromes alcoólicas fetais, entre outros (FARIA et al, 2011).

Dados publicados pela Agência Brasileira de Inteligência (ABIN), sobre estudo realizado pelo Ministério da Saúde e sobre mortes por doenças associadas ao uso do álcool, apontam que o índice no ano de 2000 era de 107 mortes para cada 1000 habitantes; e no ano de 2006 este elevou-se para 126. Ainda nessa publicação, evidencia-se que o número da mortalidade associada à exposição nociva ao álcool tem se tornado preocupante pois é ele apontado como responsável por até 30% do número de homicídios no país; e uma média de 40% a 60% dos acidentes de trânsito têm relação com uso da substância (AGENCIA BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA, 2009).

Entre os agravos ocasionados pelo uso do álcool, tem-se destacado o adoecimento psíquico do indivíduo que faz uso da substância e daqueles que convivem com o alcoolista. Na população brasileira, segundo dados do Ministério da Saúde, a prevalência de transtornos mentais severos e persistentes é de cerca de 3% (572.198) na população geral; e mais 9% (1.716.58) dessa população é portadora de transtornos mentais menos graves que precisam de atendimento eventualmente. Desse total que perfaz 12% (2.288.778) da população, um percentual de 6% (137.326.68) é de pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2004). Esses percentuais tomaram como base de cálculo a população atual brasileira com 190.732.694 pessoas, de acordo com censo demográfico realizado em 2010 (IBGE, 2011).

Duas pesquisas realizadas no Brasil em 2001 e 2005, consideradas relevantes e intituladas I e II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, revelaram que a tendência de crescimento do consumo de bebidas alcoólicas no país foi de 3,9%, no período de 4 anos; e que a prevalência do uso do álcool na vida do brasileiro era de 68,7%, passando para 74,6% (CEBRID, 2002, 2006). Essas pesquisas também mostraram a escassez de estratégias para controle e prevenção ao uso do álcool, mesmo com a existência de estudos que comprovam riscos diretos e indiretos proporcionados pelo uso indiscriminado dessa substância.

No I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, verificou-se que 52% dos brasileiros podem ser classificados como bebedores; entre estes, 27% fazem uso ocasional ou raro do álcool; e 25% representam aquelas pessoas que fazem uso da substância pelo menos uma vez por semana (LARANJEIRA et.al, 2007).

Os dados do II Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas em 2005 no Brasil revelam que pessoas que consomem álcool usualmente

preenchem critérios para dependência química; e a percentagem das pessoas que beberam pelo menos uma vez na vida chega a 75%. Esses dados expressam que, quanto mais precoce o consumo, maiores serão as possibilidades de se instalar um estado de dependência química (CEBRID, 2006).

De acordo com esses resultados, a grande maioria das famílias brasileiras convive com pessoas que fazem uso frequente do álcool. Tais pessoas são, frequentemente, pais de família, desempregados ou subempregados, e jovens adolescentes sem inserção na escola ou no mercado de trabalho. A problemática também envolve adultos - homens e mulheres - independente da classe social, uma vez que cada vez mais se banaliza o consumo exagerado do álcool e suas consequências. Como resultados, observam-se famílias fragilizadas, vitimadas pela violência por acidentes constantes de veículos com vítimas fatais, além dos vários danos que se estendem desde a vida pessoal à profissional, financeira e social do próprio alcoolista e de suas famílias.

O alcoolista começa a prejudicar o convívio familiar atingindo todos os indivíduos que estejam diretamente ligados a ele. Estabelece-se, assim, um clima de angústia, tensão e ansiedade, marcando o início de uma desorganização familiar. Com o progressivo desenvolvimento do alcoolismo, a família adoece psiquicamente, enfrentando patologias, como ansiedade, depressão, entre outras.

Viver em um ambiente com alcoolista compromete negativamente seus descendentes. Estudo como o de Filizola (2006) revela que, para cada alcoolista, cinco ou seis pessoas da família são afetadas. Problemas familiares, como desavenças, falta de credibilidade e desconfianças são sentimentos despertados nas pessoas que já passaram pela experiência de ter um dependente na família. Fligie et al (2004) também revela que crianças educadas em famílias de alcoolistas têm demonstrado comportamentos distintos durante seu desenvolvimento, diferente daquelas crianças que não possuem genitores alcoolistas.

Os estudos de Fligie et al (2004) e Souza, Jeronymo e Carvalho (2005) revelaram que crianças e adolescentes, filhos de alcoolistas, apresentaram desordens psiquiátricas e alterações emocionais e comportamentais significativas, apresentando uma maior tendência para a depressão e ansiedade, quando comparados aos filhos de pais não alcoolistas. Portanto, há uma maior predisposição de que filhos de alcoolistas apresentem maiores riscos de desenvolver problemas comportamentais, tornando-se mais agressivos e com índices elevados de psicopatologias, como a ansiedade e a depressão.

Constatações como essas aumentam o interesse pela saúde mental da criança e do adolescente; e as instituições internacionais como Organização Panamericana de Saúde e

Organização Mundial da Saúde revelam que 20% da população de crianças e adolescentes no mundo padecem de algum sofrimento psíquico (OPAS, 2009; WHO, 2005; 2009). Esses resultados denotam que a saúde mental da criança e do adolescente tem se tornado um problema universal, não se restringindo a localidades específicas, expressando, dessa forma, que existem lacunas no que se refere às políticas direcionadas a este grupo populacional. Para enfrentar tal problemática, convocam os países a investirem em políticas de saúde mental para crianças e adolescentes.

No Brasil, estudos confirmam os índices apresentados no contexto mundial. Halpern e Figueira, (2004) constatou que a prevalência de doenças mentais na infância e adolescência acontece em média de 10% a 20%; e metade dos adolescentes na faixa etária entre 10 e 17 anos estão envolvidos em pelo menos dois ou mais comportamentos de risco para adoecimento mental. Avanci (2007) realizou um inquérito para investigar a saúde mental de adolescentes escolares e revelou que 29,9% dos investigados apresentavam transtornos psiquiátricos menores.

Na Paraíba, estudos realizados por Ribeiro, Nascimento e Coutinho (2010) e Aragão et al (2009) para investigar o sofrimento psíquico em adolescentes - ambos realizados em escolas públicas de João Pessoa - revelaram que, no primeiro estudo, 4% da amostra investigada tinham sintomas de depressão; e, no segundo, identificou-se sintomatologia em 8,5% da amostra. Esses dados exprimem valores inferiores aos percentuais já apresentados no contexto mundial e nacional, mas salienta-se que esses percentuais apresentados se referem apenas a sintomas específicos da depressão; não foram considerados outros agravos, a exemplo da ansiedade apresentada por outras investigações

A partir da constatação de que crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas são mais vulneráveis para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais, pretendeu-se seguir o caminho da investigação epidemiológica para responder às seguintes questões: Quais são as características sociodemográficas dos adolescentes investigados e seus familiares? Qual a prevalência de sofrimento mental em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas e dos que não convivem? Qual a associação entre as variáveis do estudo e a presença do sofrimento psíquico em adolescentes? Como é a coesão e adaptabilidade das famílias dos adolescentes quanto aos fatores de risco ao adoecimento psíquico?

Embora o governo brasileiro tenha instituído em 2003 a Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, reconhece-se o atraso do Sistema

Único de Saúde (SUS) para enfrentar esse problema bem como a quase inexistência de programas de saúde direcionados a esses usuários.

Com os resultados oriundos deste estudo, espera-se instigar o poder público a repensar propostas de trabalho direcionadas a prevenção, tratamento e redução de danos, como apresentadas pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD); bem como salientar a importância de se trabalhar a saúde da família.

Reconhece-se que as propostas de prevenção e tratamento para o uso abusivo do álcool devem ser abrangentes e extensivas aos familiares, levando-os à tomada de consciência da problemática e, se necessário, a sua inserção em programas de tratamentos específicos para o alcoolista e o codependente. Observa-se, ainda, que programas educativos direcionados à população de adolescentes são indispensáveis para possibilitar a esses jovens, autodefesa contra possíveis danos causados pelo alcoolismo dentro do próprio lar.

Tendo em vista as questões elaboradas anteriormente, para respondê-las foram traçados os objetivos apresentados a seguir.

1.2 Objetivos

Geral:

Investigar a prevalência de sofrimento psíquico em adolescente que convive com familiar alcoolista.

Específico:

- a) Caracterizar sociodemograficamente os adolescentes investigados e suas famílias;
- b) Estimar a prevalência de sofrimento psíquico em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas;
- c) Analisar a associação entre as variáveis do estudo e a presença de sofrimento psíquico em adolescentes;
- d) Avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias dos adolescentes quanto aos fatores de risco ao adoecimento psíquico;



2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Adolescência: características e os determinantes do meio familiar e social

A adolescência pode ser compreendida como um período da vida do indivíduo caracterizado por intenso processo de crescimento e desenvolvimento que se manifesta com transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É um momento demarcado por um contexto histórico que recebe as mais variadas configurações. Mas, foi na modernidade, com a necessidade econômica e social, com as exigências de qualificação pessoal e a ampliação do período de ingresso na escola, que o adolescente deixou de ser encarado apenas como mais um membro da família, passando a ser visto como indivíduo que tem necessidades específicas e precisa de intervenções no que concerne aos agravos à sua saúde (CAMPOS, 2006).

Na sociedade atual, observa-se que a condição ou status de adolescente tem se estendido, alargando-se a faixa etária de permanência, ou seja, ampliando-se os limites nos quais os jovens são considerados em período de formação e, consequentemente, considerados imaturos (CASTRO, 2009).

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem os processos psicológicos e os padrões de identificação, que evoluem da fase infantil para a adulta. Entre elas, está a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

No sentido etimológico da palavra, que tem origem do latim, significa “*ad*” (‘para’) + “*olescere*” (‘crescer’); portanto ‘adolescência’ significaria, *strictu sensu*, ‘crescer para’ (PEREIRA, 2004). Ao buscar uma definição para a palavra adolescência, verifica-se na literatura ênfase relacionada a alguns temas, entre eles: a cronologia, as modificações corporais, as modificações psicológicas e as significações baseadas em hábitos culturais.

A maioria dos textos investigados faz referência a essa fase, utilizando a delimitação de tempo para definir seu início e seu término. Mesmo observando a existência de divergências com relação às cronologias adotadas, no Brasil, dentre as mais utilizadas, apresenta-se a proposta pela Organização Mundial de Saúde, que considera ser adolescente o indivíduo que está na faixa etária entre 10 a 19 anos, delimitando-a em duas fases: adolescência inicial (entre 10 e 14 anos de idade) e adolescência final (na idade de 15 a 19 anos) (WHO, 2003); e a definição apresentada pela legislação brasileira, que éposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através da Lei 8.069, de 1990, que considera adolescente a pessoa que esteja entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990).

Primeiro, deve-se reconhecer que qualquer tentativa de fixar idades específicas para esse desenvolvimento físico é improcedente, uma vez que, a idade cronológica geralmente é um indicador falho da idade biológica, especialmente na adolescência, pelo motivo de existir grandes diferenças individuais que caracterizam esse período do desenvolvimento humano. Segundo Elsertery (2005), esses critérios para delimitar a idade são ‘usados principalmente para atender fins estatísticos e políticos’ ou seja, são propostos para atender necessidades específicas de determinados grupos.

Quando se faz um apanhado na literatura, observam-se disparidades existentes nas referências relacionadas à demarcação do início e do término desse período. Percebe-se que os autores embasam seus estudos de acordo com as necessidades da área de interesse da pesquisa, parecendo inútil tentar identificar e estabelecer limites muito nítidos para delimitar essa fase da vida (MACHADO, 2006).

Os aspectos que englobam a adolescência não acontecem em um momento específico, mas são introduzidos de forma gradual. Dessa forma, as mudanças biológicas, cognitivas e socioemocionais aumentam em complexidade à medida que se verifica a evolução em seus estágios de desenvolvimento pessoal. Essa evolução passa a ser observada pela sofisticação da linguagem, capacidade de interação social aprimorada, capacidade de se expor a novas experiências e optar por um novo estilo de vida, de forma que fica clara a influência de hábitos culturais e o distanciamento da relação com os pais, que até então tinham influência direta em comportamentos adotados (BREINBAUER; MADDALENO, 2008).

Paralelamente a essas considerações que pré-determinam idades para delimitar a fase da adolescência, outro fator determinante são as transformações corporais, tornando claro que, com as variações múltiplas na individualização das manifestações orgânicas, torna-se ilusória a existência de esforços para definir limites de idade para demarcar esse período (CAMPOS, 2010).

As modificações corporais, às quais se faz referência, são nomeadas de puberdade. Autores biolicistas, colocam este termo para descrever preferencialmente particularidades da adolescência, como forma de transformar esse período em uma fase homogênea. Partindo dessa observação, faz-se necessário elucidar algumas citações a esse fenômeno, mencionando a puberdade como um fator importante da adolescência, mas não determinante desta.

O termo puberdade é aplicado quando se refere às manifestações biológicas responsáveis pelo crescimento e transformação corporal que ocorrem de forma enérgica nesse período na vida. Nesse momento são revelados ao jovem as novas necessidades orgânicas e psicológicas, que até então não tinham sido manifestadas. Essas modificações corporais têm

forte influência nesse momento de ruptura definitiva com a infância (BREINBAUER; MADDALENO, 2008).

De forma simplista, Becker (1995) se refere à puberdade e a define, apenas como um fenômeno que ocorre durante a adolescência e que tem limites precisos e estreitos. É o período da vida do indivíduo em que o mesmo adquire a capacidade física de exercer sua função sexual e sua capacidade reprodutiva, influenciadas por modificações do sistema orgânico.

Embora o conceito de puberdade seja largamente empregado de forma simples, reducionista e universal pela maioria dos autores da área da saúde, para descrevê-la Eisenstein (2005, p.2) faz referências a esse estágio, ressaltando que:

É importante observar que ocorre uma enorme variabilidade no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento puberal, com marcantes diferenças entre os sexos e entre os diversos grupos étnicos e sociais de uma população, inclusive de acordo com o estado nutricional e fatores familiares, ambientais e contextuais.

Compreendendo esse momento como único, que ocorre de forma particular e individual para cada pessoa, também é na puberdade que se aflora a individualização sexual do indivíduo, despertando sua sexualidade. Momento esse no qual o jovem experimenta uma desorganização psicológica, uma fragilização, pela percepção da sua nova imagem corporal (BREINBAUER; MADDALENO, 2008; OUVRY, 2010).

O primeiro desafio do desenvolvimento na adolescência é aceitar seu próprio corpo em mudança. Os primeiros anos da adolescência formam períodos estressantes, caracterizados por oscilações de humor e necessidade de privacidade, isolamento e confrontações. Passam a se interessar pelo sexo oposto, distanciam-se dos pais, e um dos processos mais dolorosos que se inicia nesse período é a formação de sua própria identidade (BROOKS-GUN, 1993 apud BREINBAUER; MADDALENO, 2008).

De acordo com Ouvry (2010), o fenômeno pubertário torna caduca a identificação da criança com seu pais, o que dificulta sua própria construção identitária, e desencadeia um período de flutuações que propicia períodos de sofrimentos e patologias psíquicas.

É uma fase transitória na vida do ser humano, na qual o indivíduo vivencia as mais variadas crises, buscando a destruição da criança que existe dentro de si para que, a partir desta, e das novas vivências do aprendizado com os processos diversos e novos hábitos de vida - seja no âmbito social biológico, psicológico e espiritual, como no anátomo-fisiológico -

possa nascer um adulto socialmente aceito, espiritualmente equilibrado e psicologicamente ajustado (XIMENES NETO, 2007).

A adolescência é um momento crucial da vida do homem, constituindo-se de uma etapa decisiva num processo de desprendimento em que se manifestam contradições, tornando o sujeito confuso e transformando esse momento, algumas vezes, em o mais difícil da sua existência. O indivíduo perde a figura da infância, que esteve presente até o momento e que lhe servia como ponto de ligação com o mundo externo. Para ligar-se novamente ao mundo externo, que ‘agora’ se mostra novo para ele, o jovem deve apresentar o luto pelo término da infância e relacionar-se de forma confusa com esse mundo exterior que tem se apresentado para ele (ABERASTURY; KNOBEL, 2003).

A adolescência poderia ser considerada uma das últimas fases da infância que desempenha, mesmo que de forma abstrata, a função de uma ponte que funciona como uma conexão entre a infância e a vida adulta. Essa fase apresenta, como um de seus desígnios, a possibilidade de o indivíduo trocar o caráter lúdico que existia para identificar as coisas, por assimilações que passam a ter uma base sólida, como forma de o jovem fazer suas escolhas e tomar decisões para dar sequência a sua vida.

É o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. (EISENSTEIN, 2005, p.2).

Zagury (2004) acrescenta, ainda, que esta é uma etapa extremamente importante, que possui características próprias, ocorrendo mudanças corporais para todos os indivíduos do sexo masculino ou feminino, mesmo que tenham conotações diferentes; e mudanças psicológicas e de relacionamentos que variam de cultura para cultura, de grupo para grupo e até entre indivíduos do mesmo grupo.

Outra característica desse período são as rupturas e perdas. Essas desencadeiam modificações de hábitos, que vão desde a forma de vestir-se até a forma de relacionar-se com outras pessoas, o que passa a exigir deles uma nova visão de mundo. Na adolescência o sujeito perde as referências sólidas às quais estava atrelado, como por exemplo, o seu papel na família de filho protegido, até a figura de herói imaginário de seriados de TV. Quando se inicia esse período, o sujeito se vê levado a construir suas próprias referências, ou seja, estabelecer sua própria identidade e ocupar seu espaço no meio social (ALBERTINI, 2008).

A necessidade de se autodefinir enquanto pessoa oferece a esses jovens a possibilidade de se agruparem com pessoas da mesma faixa etária e, gradativamente, romper os laços parentais. Essa necessidade se dá pelas novas habilidades adquiridas na adolescência e pela descoberta de que se torna responsável por controlar a si mesmo. Breinbauer e Maddaleno (2008 p. 219) diz ainda que:

Com essas ferramentas de desenvolvimento, que os adolescentes interagem com os outros, expõem a novas experiências novas escolhas de estilo de vida, constroem sua identidade e encontram seu papel na sociedade durante um período em que a influência dos pais diminui e a exposição às influências culturais, de seus pares e da mídia cresce continuamente.

Essas habilidades adquiridas impõem ao sujeito uma mudança de papel frente ao mundo exterior. Este passa a ser enfrentado como uma invasão da sua própria personalidade, desencadeada pela urgência imposta da adoção de um novo comportamento social, que lhe impõe uma postura de adulto; o que gera, algumas vezes, sentimentos e comportamentos de defesa que são apontados como desvios de comportamentos sociais normatizados pela sociedade (ABERASTURY; KNOBEL, 2003).

Nesse período, o jovem apresenta-se em um momento de crises pessoais, até que ele possa se autodefinir perante a sociedade. Relacionado a essa crise pessoal, Ouvry (2010) diz que os comportamentos adolescentes são vistos pela sociedade como manifestações antisociais e não como a expressão do sofrimento inerente ao processo de transformações vivenciado na adolescência.

A crise de identidade do adolescente é vista quase por unanimidade entre os especialistas que tratam do assunto, como uma oposição marcada entre o desenvolvimento e o social. A maioria dos autores procura reforçar a supremacia dos fatores biológicos, enquanto outros debatem que a ênfase está em torno do movimento histórico e social como formador do ser humano (CAMPOS, 2010).

Durante o processo de crescimento humano, ocorre uma sucessão de conflitos internos e externos, os quais levam o indivíduo a um crescimento pessoal. E é na adolescência que o ser em desenvolvimento e em conflito atravessa uma crise influenciada por fatores pessoais e conflitos familiares e só passa a ser considerado adulto, do ponto de vista ideológico, dominante, quando se mostrar adaptado à estrutura da sociedade (BECKER, 1995).

Ainda que os fatores biológicos sejam referidos de forma expressiva, outros fenômenos têm influência nesse período, como: o ambiente familiar, a sociedade e a cultura,

onde o mesmo se desenvolve, tornando-se sujeito vulnerável, não só às transformações físicas, mas também às mudanças influenciadas pelo impacto da modernidade, da tecnologia, do progresso científico, das novas aspirações humanas e da rápida transformação social (CAMPOS, 2010).

Nesse período, o indivíduo experimenta um processo de intensas modificações no desenvolvimento humano, marcado por alterações biológicas relacionadas a alterações biopsicosociais, podendo ser identificado como um momento de importantes transformações mentais, capazes de proporcionar manifestações peculiares em relação ao comportamento de indivíduos nessa faixa etária da vida.

As modificações psicossociais experimentadas nessa fase manifestam-se como reflexo de processos de luto pelas várias rupturas experimentadas nesse período. A maioria dos autores consideram que as mais variadas manifestações expressivas de instabilidade psicossocial passaram a ser reconhecidas pela sociedade apenas como uma crise comum da adolescência. Normalizando e “naturalizando” os possíveis conflitos através da ideia de que estes estão atrelados a uma passagem hormonal, menosprezando a saúde psíquica do indivíduo (PEREIRA, 2004).

Na adolescência, verifica-se um fato importante e de consequências decisivas, que é o desenvolvimento mental do indivíduo. Esse desenvolvimento vai influenciar em todas as atitudes do adolescente diante de situações que a vida lhe apresentar, tanto no campo emotivo, social, ético e cultural (CAMPOS, 2010).

Viver em situações de risco desde a infância compromete a saúde mental do indivíduo. As relações familiares estabelecidas desde a infância são fundamentais e podem contribuir de forma negativa ou positiva para a evolução das desordens mentais. Os riscos que podem comprometer a saúde mental da criança e do adolescente, classificados como riscos familiares, são divórcio, abandono de menor, maltrato infantil, condutas inadequadas de familiares, condutas suicidas na família, condutas antissociais, nível cultural baixo, consumo de álcool e drogas, condições econômicas precárias e viver em más condições (OPAS, 2009).

As transformações psicológicas vivenciadas na adolescência podem ser ocasionadas por vivências e sentimentos negativos experimentados na infância, de forma que o adolescente manifesta problemas de ordem emocional intensos, como sentimentos de medo, rebeldia, tensão e conflitos; ou até problemas psíquicos, como: depressão e ansiedade e, de forma mais grave, a ideação suicida, que tem se tornado uma prática comum nessa faixa etária.

A adolescência pode-se destacar entre as fases da vida por apresentar, como características gerais, a alegria, curiosidade, independência, energia sem limites; ou seja, a juventude tem a representação social de vida e saúde; é o momento em que indivíduo concentra todas as possibilidades de viver bem e encontrar realizações nos mais diferentes campos existenciais da vida (CARRETEIRO, 2010; BREINBAUER; MADDALENO, 2008). Quando, nesse momento da vida, o indivíduo apresentar-se irritado, com crises de explosão, raiva, graves problemas de comportamento, perda de energia, apatia e desinteresse pela vida, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, culpa, perturbações do sono entre outros, caracteriza-se o padecimento de alguma patologia psíquica que necessita intervenções para possibilitar ao jovem seu equilíbrio psíquico.

Se os conflitos próprios dessa fase forem mal conduzidos, podem contribuir para o surgimento de transtornos mentais. Mesmo que a sociedade considere que a maioria dos indivíduos tem vivenciado essa fase da vida sem apresentar alterações preocupantes, observa-se, nos últimos anos, interesse por parte de gestores e pesquisadores em investigar agravos à saúde mental de adolescentes, tendo em vista o crescente número de casos de problemas psíquicos e a inexistência de programas de prevenção e tratamento direcionados ao combate desse agravio.

2.2 A Família e as relações de codependência

Para compreender os efeitos resultantes das relações familiares, faz-se necessário um estudo a respeito da instituição família, que, de acordo com Silva (2002), é reconhecida como principal agente de socialização do ser humano, uma vez que todos os indivíduos estão inseridos nessa relação de forma natural, após o nascimento.

A família tem sido objeto de estudo preferencial por parte dos antropólogos e sociólogos. São estes os profissionais mais interessados em desvendar os problemas que envolvem as relações interpessoais estabelecidas entre pessoas de uma mesma família; embora tenha-se observado nos últimos anos um aumento nas pesquisas sobre esse tema das mais diversificadas áreas de conhecimento, inclusive da enfermagem.

Um dos principais motivos que justificam tamanho interesse emerge da necessidade de se verificar os efeitos provocados pelas relações familiares, e pela flexibilização de modelos familiares instituídos, investigando-se a correlação desses eventos com a ocorrência de problemas sociais, econômicos, religiosos, educacionais e de saúde.

É nessa perspectiva que a proposta inicial dá-se a partir de uma contextualização do termo família, fazendo uma revisão histórica sobre sua origem, sua evolução histórica no Brasil e, posteriormente, a compreensão da família como sistema social responsável por conduzir ou até mesmo definir o papel de cada indivíduo na sociedade.

Ao se fazer uma análise etimológica da palavra família, verifica-se que esta se deriva de “famulus” (escravo), termo introduzido em Roma para designar novos grupos sociais que se iniciavam em atividades como a agricultura e o trabalho escravo. Essa palavra traz na sua origem a conotação de valor econômico, e apresenta a noção de poder envolvida nessas relações, tornando esse conceito antagônico ao entendimento empregado nos últimos tempos (SILVA, 2005).

Existem na literatura diferentes definições para família, dentre elas apresenta-se a afirmativa de Prado (1995) que declara como família, pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos, ou ainda pessoas de mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção. Essa definição retrata o modelo da família tradicional.

No livro Lévi-Strauss e a Família Indesejada, o autor Klaas Woortmann apresenta três tipos de relações pessoais estabelecidas que configuram uma família: aliança (entre o casal), filiação (entre pais e filhos) e consanguinidade (entre irmãos). Atrelada a esses tipos de relações institucionalizadas o autor traz ainda a significação do termo parentesco que, neste contexto, é entendido como uma relação entre pessoas que se vinculam pelo casamento ou cujas uniões sexuais geram filhos ou ainda que possuam ancestrais comuns (WOORTMANN, 2004).

Baseado nessas afirmações, o termo família foi fundamentado por uma concepção naturalista de diferenças sexuais, definida pela união entre um homem e uma mulher. Mesmo considerado-a como o alicerce universal das sociedades, torna-se possível verificar que se apresenta em suas múltiplas formas de funcionamento e variações sociais (MARCONI; PRESSOTO, 2008; SILVA, 2006).

A família pode se apresentar sob variadas formas de organização; são três os formatos básicos identificados: *família nuclear*, constituída pelo conjunto pai-mãe-filhos; *família extensa*, que é composta por membros que tenham qualquer tipo de parentesco; e *família abrangente*, que inclui mesmo os que não são parentes, mas que coabitam e ainda o modelo monoparental comumente presente na sociedade moderna (SILVA, 2005; GIDDENS, 2005; SILVA, 2002).

É considerada uma instituição social e flexível, pois observa-se no decorrer dos anos a ocorrência frequente de alterações no seu formato, bem como nas suas significações. Giddens (2005, p.151) define família como “um grupo de pessoas unidas por conexões parentais, cujos membros adultos assumem a responsabilidade pelos cuidados com as crianças”. Nessa acepção, observamos que o termo família deixa de ser atribuído apenas às pessoas que se unem com finalidade de atividade sexual e reprodutiva, modelo adotado em outra época, e estende-se à conexão de pessoas unidas por laços parentais.

Nesta colocação feita por Woortmann (2004) sobre parentesco, o autor afirma que o sistema de parentesco não se resume a laços de filiação ou de consanguinidade, se dá quando existe um sistema de representação social estabelecido pelos indivíduos. Essa afirmativa comprova-se quando Fonseca (2007, p.11), em um recente trabalho sobre parentesco, faz afirmações de que teóricos críticos têm assegurado que as famílias têm fugido um pouco dos padrões estabelecidos. Torna claro que a união entre os membros não ocorre apenas como resultado de uma maternidade – paternidade ou divisão de espaços domésticos entre outras classificações, mas resulta, sim, da abordagem que lhe for atribuída.

Um conceito atual e ampliado que descreve o modelo familiar vigente foi apresentado por Barreto (2008, p.201). O autor descreve a família como unidade ou um sistema social formado por um grupo de pessoas, não só com redes de parentesco, mas, fundamentalmente, com laços de afinidade, afeto e solidariedade, que vivem juntas e trabalham para satisfazer suas necessidades comuns e solucionar os seus problemas.

Essa breve contextualização estimula uma reflexão sobre os modelos familiares atuais, considerando-se que todas as sociedades do mundo envolvem algum tipo de sistema familiar, embora as relações estabelecidas entre os indivíduos sejam amplamente variadas e constantemente influenciadas por um processo de transformação social contínuo, resultado do desenvolvimento social e econômico das nações.

A partir dessa concepção, podemos dizer que, nas sociedades contemporâneas, a família enfrenta configurações novas, de valores e fatos sociais, que culminam para a ressignificação dos padrões de avaliação da própria noção de normalidade familiar ou do conceito de uma família saudável (SILVA, 2006). Originariamente, a família foi “um fenômeno biológico de conservação e reprodução, e transformou-se em um fenômeno social influenciado por um processo de evolução, que regulamenta suas bases conjugais conforme leis contratuais, normas religiosas e morais” (MARCONI; PRESSOTO, 2008, p.92).

Fonseca (2007) afirma que, a partir da década de 1980 e 1990, os conceitos de família foram reconstruídos. Isso porque, naquele período, iniciaram-se eventos que marcaram essa

instituição, e contribuíram com o processo de desconstrução da sua significação, para que, a partir daí, a família moderna, com a aquisição de seu novo formato, fosse incluída e aceita socialmente.

Nessa época merecem destaque o surgimento das tecnologias reprodutivas, o aumento no número de adoções e a popularidade das relações homossexuais que se estabeleciam no momento. Esse seria o novo formato da família moderna, que rompia com paradigmas tradicionais, onde observa-se novos comportamentos e formatos familiares que vem se adequando e firmando-se para ocupar seu espaço no meio social.

Observa-se ainda, na literatura, estudos que apresentam relatos e mudanças que vem se manifestando nos últimos tempos. Em publicação de Roudinesco (2003, p.10, grifo nosso) verifica-se, nesta passagem, o perfil da família atual segundo óptica do pesquisador:

A família tem se apresentado ‘Sem ordem paterna, sem lei simbólica, a família moderna seria ‘mutilada’, dizem, pervertida em sua própria função de célula de base da sociedade. Do tipo Monoparental, homoparental, recomposta, desestruturada, clonada, gerada artificialmente, atacada do interior por pretensos negadores da diferença entre os sexos, ela não seria mais capaz de transmitir seus valores.

Nesse trecho fica clara a observação feita sobre o processo de transformação social que influencia e fragiliza conceitos pré estabelecidos sobre uma instituição tradicional permeada por valores que estigmatiza os novos formatos da família atual.

A família moderna apresenta-se como uma instituição que se tornou vulnerável pelas transformações ocorridas por influência de eventos inovadores, causadores da desordem da célula considerada a base da sociedade. A instituição que outrora era tida como responsável por direcionar e transmitir seus valores, tem se tornado fragilizado pelo antagonismo relacionado aos conceitos passados (ROUDINESCO, 2003).

Essa instituição tem-se tornado objeto de interesse das políticas públicas no Brasil, pela compreensão dos gestores de que esta é um dos núcleos sociais mais importantes, por contribuir com o desenvolvimento humano, favorecendo-o. E também porque ocorrência de fatores que alterem seu funcionamento pode resultar em alterações no comportamento individual de seus membros, resultando, entre outros problemas, em agravos à saúde.

Para perceber os problemas que influenciam no funcionamento da família, é indispensável que o observador tenha uma visão sistêmica da dinâmica das relações estabelecidas entre seus componentes.

Na análise dos resultados a visão sistêmica será tomada como base teórica conceitual para elucidar os fenômenos objetos deste estudo. Com o aumento da complexidade nas organizações sociais, surgiram os problemas econômicos, políticos e sociais; os sistemas passaram então a requerer um melhor planejamento e organização. A concepção sistêmica surge como uma abordagem teórica que tem como finalidade a compreensão dos fenômenos e situações que acontecem em decorrência da relação entre os envolvidos (VASCONCELOS, 2002).

As relações humanas podem ser classificadas como um sistema aberto, que tem como principal característica os fluxos constantes de variações, mantendo-os afastados do equilíbrio (CAPRA, 2006, p.54). Esses tipos de relações são suscetíveis às influências sociais; neles existem trocas que possibilitam transformação de uma realidade existente. Essa flexibilidade proporciona uma renovação constante de energias que impulsionam lutas frequentes para superação e manutenção do sistema vivo em constante movimentação.

Os sistemas vivos podem ser definidos como redes; e os fenômenos da vida devem ser compreendidos como uma propriedade do sistema como um todo. Não se pode comprehendê-lo inteiramente a partir das propriedades de suas partes; a relação entre estas é compreensível dentro de um contexto mais amplo (CAPRA, 2006).

A capacidade de adequação e as variedades estabelecidas entre as pessoas na forma de relacionar-se com outras, fazem dessas relações complexas e geradoras de significados diversos, em decorrência da influência dos fatores que as permeiam, como: hábitos culturais, familiares, étnicos, sociais, econômicos, entre outros. As relações sociais apresentam-se flexíveis às transformações vindas da sua própria história e dos múltiplos contextos de vida, nos quais os indivíduos estão inseridos (BARRETO, 2008).

A percepção da família a partir da abordagem sistêmica permite uma nova leitura sobre o comportamento humano. A partir do momento em que se identifica um determinado problema em um indivíduo específico de um grupo familiar, a abordagem sistêmica possibilita a visualização do grupo como um todo, vislumbrando comportamentos interativos, a estrutura, o equilíbrio e a estabilidade do sistema (ROSSATO; KIRCHHOF, 2006).

A família se estrutura de forma organizada. São estabelecidos papéis na ordem de seu funcionamento, e espera-se que cada pessoa assuma sua função de maneira que ocorra a interação entre seus membros para seu real funcionamento. Qualquer fenômeno vivenciado por algum dos integrantes desse grupo pode refletir de forma negativa e alterar a ordem de funcionamento desse sistema (BRASIL, 2005b).

Ao se focalizar um problema no contexto familiar, o objetivo proposto pela abordagem sistêmica é identificar formas de interação próprias do grupo, que facilitam ou dificultam a existência ou permanência do problema. As possibilidades de intervenção para a transformação da realidade podem ser o produto de processos próprios da interação estabelecida entre os familiares (ROSSATO; KIRCHHOF, 2006).

As famílias que vivenciam diariamente algumas problemáticas, a exemplo da existência de usuários de álcool ou outras drogas, como todas as outras se encontram submersas em paradoxos, contradições, ordens e desordens e todas as questões são inerentes às relações complexas. Em geral, esses sistemas estabelecem padrões de relacionamento cristalizados em torno do dependente químico, sendo responsabilidade dos membros a ordem da família (BRASIL, 2005b, p.65).

2.3 O Alcoolismo nos dias de hoje: definição e contextualização como problemática de saúde pública

A história do consumo do álcool perpassa séculos. Desde a antiguidade, em relatos bíblicos, verificam-se referências ao uso dessa substância. Contudo, os problemas associados ao seu consumo nem sempre foram os mesmos e nem sempre tiveram a mesma dimensão, pois a relação do homem com a bebida vem mudando paulatinamente.

Esta substância é uma das drogas mais consumidas no mundo. Seu padrão de consumo está relacionado a hábitos e costumes, bem como a fatores culturais. Existem várias representações sociais atribuídas ao álcool: em algumas situações, é usado como símbolo de rituais religiosos; algumas vezes, para fabricação de remédios; e em outras ocasiões, se faz presente em momento de confraternização entre familiares e amigos, representando a alegria para muitos dos seus participantes. Na sua significação, é uma droga que está atrelada ao seio social.

O álcool é uma droga sedativa, responsável por provocar sensações de relaxamento e tranquilização no seu usuário. No início, o indivíduo experimenta sensações de euforia, possibilitando a realização de comportamentos instintivos; mas, na sequência, experimenta um estado de sedação. Diferentes motivos são apontados pelas pessoas para que o uso do álcool faça parte da sua rotina social, entre eles destacamos: alívio de estados emocionais negativos como a depressão, medo, ansiedade, fadiga, tédio; ou a fuga das rotinas diárias através de estados alterados de consciência provocados pela substância (LIMA, 2008; JEFERSSON, 2001).

O grau de intoxicação causado pelo consumo do álcool - ou estado de embriaguez como é colocado popularmente - desenvolve-se em ritmos diferentes em cada pessoa, dependendo de características físicas, emocionais e psicológicas, grau de tolerância ao álcool e tipo de bebida ingerida. Assim, o efeito do álcool assume variações associadas a características individuais de cada pessoa.

Existem algumas classificações adotadas para descrever os padrões de consumo para usuário de álcool. Segundo Lima (2008, p 55), estes são distribuídos de acordo com categorias estabelecidas por consenso e padrão de consumo, podendo ser classificadas da seguinte forma: uso social ou comum de bebidas, que acontece em eventos, cerimônias, e que pode ser considerado como o uso não problemático da bebida; uso nocivo, que representa situação especial de risco, como dirigir embriagado, beber na gravidez, entre outras; abuso ou uso abusivo, que significa excesso de bebida e tem variação de uma pessoa para outra; a abstinência, relativa aos que não fazem uso álcool por alguns motivos, como religiões, esportes, entre outros; e a dependência: quando esta já é definida, engloba grupos de pessoas com história de consumo há longo tempo, e estes, quando estão sem a bebida, apresentam a síndrome de abstinência.

Dentre essas classificações adotadas, a do bebedor social é a mais utilizada e aceita pela sociedade. Mas, segundo Ramos e Woitowitz (2004), mesmo aquelas que têm esse hábito podem tornar-se tolerantes e vir a transformar-se em alcoolista - terminologia atribuída aos bebedores excessivos - cuja dependência em relação ao álcool foi estabelecida, manifestada por comprometimento da sua saúde física e mental, bem como do seu comportamento social e econômico. O autor afirma ainda que, para se instalar a síndrome de dependência no indivíduo, pode demorar até 30 anos; e, para aqueles que apresentam personalidade antissocial, esse desenvolvimento acontece mais rápido.

Segundo Laranjeira e Romano (2004), apesar de todas as significações atribuídas às bebidas alcoólicas nos últimos tempos, essa substância não deve ser encarada como inofensiva. Os danos provocados pelo uso do álcool podem ser associados a danos no sistema orgânico, quando se verifica que existe o estado de dependência estabelecida entre o indivíduo e a droga. A gravidade dessas complicações depende do padrão de consumo de cada indivíduo; podem estar relacionadas à frequência, à quantidade ingerida em cada episódio, ao intervalo entre um episódio e outro e ainda ao contexto em que se bebe.

O uso do álcool impõe vivências sociais indesejáveis, atingindo os indivíduos em todos os domínios de sua vida. Com o aumento no consumo, alguns estudiosos despertaram seu interesse pela problemática; estes perceberam que existia a associação do uso do álcool a

algumas complicações físicas e mentais. A partir daí, surgiu o conceito do alcoolismo, no século XVIII, quando Benjamin Rush, psiquiatra, através de pesquisas, percebeu a relação do estado clínico de seus pacientes associado ao uso de álcool; mas foi o médico Thomas Trotter quem, pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como doença (LIMA, 2008; FLIGIE; BORDIM; LARANJEIRA, 2004; RAMOS; WOITOWITZA 2004; GIGLIOTE, 2004).

Inicialmente, esse conceito se deu para descrever um quadro clínico de uma intoxicação alcoólica. Com o passar dos anos, o autor Jellinek - um estudioso em bioestatística, fisiologista e pesquisador do alcoolismo - foi quem popularizou esse fenômeno como doença; colocou o alcoolismo de uma forma que superestima as manifestações neuropsiquiátricas. A partir daí, nas últimas décadas, surgiu uma definição mais atual para alcoolismo. Passou a ser compreendido como um estado de dependência química provocado pelo uso contínuo do álcool. Esta é a definição mais usual e ampla, por associar a ingestão de álcool com as manifestações clínicas e psicossociais, considerando o padrão individual de cada pessoa (LIMA, 2008; RAMOS; WOITOWITZA, 2004).

Foi no ano de 1976 que Edwards & Gross definiram a síndrome de dependência do álcool ampliando-se a percepção de alcoolismo, de quadro unitário e merecedor de uma única conduta terapêutica, para uma síndrome, multifacetada, polideterminada e que comporta um espectro abrangente de propostas terapêuticas. Esta visão mantém-se atual até nossos dias e foi a fonte tanto da CID-10, quanto da DSM-IV. Nestas classificações estão contempladas as quatro categorias supra aludidas apenas que os bebedores com problemas passaram a serem denominados de nocivos e os alcoolistas, de portadores da síndrome de dependência. (RAMOS; WOITOWITZA, 2004, p.2).

No início do século XX, o alcoolismo foi visto como algo incontrolável, de difícil solução, decorrente de um problema de caráter. A partir da metade desse mesmo século (1950), a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu a responsabilidade de declarar o alcoolismo como doença progressiva, incurável e fatal. Uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo; e, para o tratamento, é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude (LIMA, 2008; FLIGIE; BORDIM; LARANJEIRA, 2004).

Através do CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), a Organização Mundial de Saúde preconiza que a dependência química seja definida como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, desenvolvidos após o uso repetitivo de uma substância e que, tipicamente, inclui um forte desejo de usar a droga. As pessoas começam a apresentar dificuldades em controlar seu consumo, persistindo no seu uso repetidamente,

apesar das consequências nocivas. Depois de algum tempo, a prioridade dada ao uso da droga é maior do que às outras atividades e obrigações. A tolerância do organismo à droga é aumentada e, quando o dependente decide resistir à vontade de consumi-la, entra em estado de abstinência (CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE, 2008).

Com o uso contínuo de qualquer substância psicoativa o indivíduo passa a desenvolver uma doença cerebral em decorrência do seu consumo, inicialmente voluntário, de drogas. Uma das consequências é que a pessoa desenvolve uma doença chamada dependência, que ocorre pelo aumento da quantidade e frequência no uso da droga, passando a ser compulsivo; o que na maioria das vezes, contribui para a desestabilização das relações estabelecidas pelo indivíduo (LARANJEIRA, 2010).

A síndrome de dependência envolve desejo pronunciado de tomar a substância, dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, diminuição ou abandono de participação noutros prazeres e interesses e uso persistente, não obstante os danos causados ao próprio usuário e aos outros (WHO, 2002).

Nos últimos anos, tem-se discutido muito o conceito de alcoolismo. Este tem-se ampliado, não permanecendo como interesse de análise exclusiva das ciências da saúde. Em estudo feito por Campos (2005), o autor reforça essa afirmativa e aponta autores das ciências sociais nacionais e internacionais que têm demonstrado interesse na reflexão do binômio alcoolismo/doença a partir de estudo de grupos de autoajuda - espaços nos quais se possibilita conhecer as representações sociais do alcoolismo na vida do indivíduo. Esses grupos são utilizados para compartilhamento de vivências de pessoas que têm em comum um problema que não se restringe apenas a complicações orgânicas, mas se estendem as suas relações sociais envolvendo família, comunidade, profissão, enfim todo ciclo social no qual essas pessoas em processo de tratamento estão inseridas.

Mesmo sendo o álcool uma substância que pode ser usada por algumas pessoas com segurança, é essa mesma substância que causa vários malefícios na vida familiar, social, profissional e na saúde de adultos, adolescentes e crianças (FLIGIE, 2004). As representações sociais atribuídas ao álcool - embora inicialmente proporcionem a sociabilidade dos indivíduos - para algumas pessoas se tornam um agente de dissociação que gera rupturas nas mais variadas dimensões da vida (MOTA, 2004).

Com o uso frequente do álcool, a vida do dependente químico passa a sofrer influência do vício e, como resultado, ocorrem vários danos. O alcoolista começa a prejudicar o convívio familiar, atingindo todos os indivíduos que estejam diretamente ligados a ele, e se estabelece,

assim, um clima de angústia, tensão e ansiedade, marcando o início de uma desorganização familiar. Com o progressivo desenvolvimento do alcoolismo, a família torna-se doente, enfrentando patologias, como ansiedade, depressão, entre outras.

2.4 Políticas Públicas de atenção ao dependente químico: breve resgate e política atual de atenção ao alcoolista

A problemática da drogadição sempre se fez presente no meio social. Nos últimos anos, observa-se o crescimento dos prejuízos e o reconhecimento da sociedade de que as drogas lícitas ou ilícitas são consideradas ‘mazelas’ sociais. Com base nesse pressuposto, iniciaram-se as discussões das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em vários locais do mundo. Este texto tem, como proposta inicial, delinear a trajetória da implantação dessa política.

Inicialmente, serão identificados os fatores históricos que contribuíram para ilustrar o surgimento da PNAD, revelados em estudos referentes à temática. De acordo com Machado (2006), as informações existentes a respeito da problemática apontam para a apropriação do tema pela área de segurança pública. De acordo com o autor, existia uma ausência nos debates por parte dos setores da saúde pública, e um dos motivos atribuídos a esse fato foi porque as intervenções existentes até o momento eram de responsabilidade exclusiva dos setores de segurança pública, que centralizavam as ações em combate ao alcoolismo.

Referente a essa questão, o autor faz algumas ressalvas, expondo que, no início do século XX, a saúde da população brasileira estava comprometida por problemas associados ao uso de drogas. No entanto as discussões entre os governantes a respeito do tema estavam voltadas para ações de repressão e comportamentos de usuários que comprometessem a ordem social, de acordo com Machado (2006). De certa forma isso favoreceu para a ampliação dos problemas desencadeados pela dependência química, tornando o assunto uma ameaça aos setores políticos, econômicos e sociais. Surge, então, um novo questionamento: as providências necessárias para o enfrentamento da drogadição limita-se à área de segurança pública ou estende-se a outros setores, como saúde e educação?

Baseado nesse embate, na década de 1980, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), que tinha como principais funções:

Art 4º [...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica [...] (BRASIL, 1992, p.19).

Em 1988, o CONFEN publicou um documento - a Política Nacional na questão das Drogas - primeiro esboço da política nacional sobre drogas. Este propôs, como uma de suas linhas de ação, o favorecimento da criação de centros de referência em prevenção ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas assim como de tratamento de dependentes (BRASIL, 1988).

O governo, no ano de 1998, por meio da Medida Provisória nº 1669 de 19/06/1998, extinguiu o Conselho Federal de Entorpecentes e a Secretaria Nacional de Entorpecentes, instituindo posteriormente o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (BRASIL, 1998).

A SENAD encontra-se vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da República, e tem como competências: articular e coordenar as atividades de prevenção ao uso indevido de drogas, promovendo a reinserção social de usuários e dependentes; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; bem como gerir os órgãos na sua instância que desenvolvam atividades voltadas a essa problemática, a exemplo do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) e o CONAD (SENAD, 2011).

Garcia (2008) retrata que um dos fatores contribuintes para a criação da SENAD foi a pressão da Organização dos Estados Americanos e a adesão brasileira aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas. Expressa, porém, que a criação dessa instituição se deu como uma estratégia política do governo brasileiro a fim de mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo.

Como o aumento no consumo das drogas tem sido um dos eventos mais presentes nas sociedades do mundo inteiro, esse acontecimento tem instigado discussões em nível internacional. O problema vem sendo considerado como uma ameaça ao equilíbrio social, por promover a desestabilização política, econômica e cultural da sociedade em geral. Diante dessa preocupação, gestores de todos os países vítimas do advento da drogadição têm manifestado preocupação em desenvolver ações que possibilitem o controle da circulação das drogas no meio social, objetivando, dessa forma, atenuar uso indevido destas pela sociedade (BRASIL, 2005).

No Brasil, observa-se a ampliação do impacto das drogas através de estudos realizados em âmbito nacional. Estes apontam resultados preocupantes relacionados ao consumo de drogas licitas e ilícitas pela sociedade brasileira. Esses resultados possibilitaram a elaboração e atualização da PNAD, um documento que estabelece os objetivos, as diretrizes e as estratégias de ação antidrogas em todo o país (CEBRID, 2002, 2005).

A PNAD representou um importante marco no esforço nacional em combate às drogas, envolvendo, durante sua construção, a participação social e a comunidade científica em discussões que foram efetivadas durante o I Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2000. No ano seguinte, no dia 11 de dezembro 2001, o presidente da república Fernando Henrique Cardoso lançou oficialmente a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2005).

No ano de 2005, o CONAD aprovou modificações como forma de se fazer um realinhamento da Política Pública Sobre Drogas, resultado da Assembléia Mundial de Saúde 58.26, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essas modificações tornavam urgentes a necessidade de os estados desenvolverem, implementarem e avaliarem estratégias e programas eficazes para a redução das consequências negativas, sociais e da saúde, relacionadas ao uso nocivo do álcool. Atrelado a esse fato, implantou-se a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas, vinculada ao Ministério da Saúde, com princípios e diretrizes contrárias à versão anterior da PNAD (BRASIL, 2005).

No ano de 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) e o CONAD - como forma de ampliar discussões e incluir participantes da sociedade civil e órgãos governamentais - instalou uma câmara especial sobre políticas públicas sobre o álcool (CEEPA), sendo elencadas e aprovadas medidas a serem implantadas pelo diferentes segmentos dos governos. A partir daí, no ano de 2007, na forma de decreto presidencial 6.117, surgiu a política nacional sobre o álcool (BRASIL, 2003).

Segundo Lima (2008), a efetivação dessa política veio como forma de reconhecimento de problemas ocasionados pelo alcoolismo, de forma que não fosse minimizados a manifestação do quadro clínico de um alcoolista crônico. A política surgiu a partir da compreensão de que a problemática do alcoolismo tem sido responsável pelo crescimento do número de acidentes de trânsito, dos casos de violências associadas ao consumo do álcool, dos prejuízos irreparáveis à saúde do trabalhador, entre outros.

No momento em que ocorre o reconhecimento do fenômeno como problema social, e são adotadas as estratégias de políticas públicas, passa a existir a necessidade de engajamento das diferentes organizações sociais no combate e prevenção ao alcoolismo, como uma estratégia para manter controle sobre um dos fenômenos responsáveis pelo declínio social.

A Política Nacional sobre álcool possui como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo do álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo destas substâncias, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2004, p.179).

A PNAD tem como objetivos desenvolver ações que envolvam os diferentes segmentos sociais, como os setores da saúde, educação, justiça; e ainda trabalhar a prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução dos danos sociais à saúde, redução da oferta e incentivo aos estudos, pesquisas e avaliações. Essas estratégias voltadas para a intersetorialidade e a integralidade têm sido a esperança na execução eficaz de políticas públicas direcionadas ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

De acordo com estudos realizados por Gurgel, Mochel e Carvalho Filha (2010), Lima (2008) e Laranjeira (2004) a respeito da PNAD, desde o início, o movimento no Brasil tem-se inspirado em modelos internacionais. Sendo assim, as estratégias de enfrentamento e de prevenção adotadas, algumas vezes, são meras cópias de modelos existentes em outros locais do mundo, não se levando em consideração a realidade social dos locais a serem implantadas. Este tem sido um dos entraves apontados para a execução dessa política, carecendo assim de uma adaptação para atender as demandas das diferentes regiões do Brasil.

Embora seja perceptível no texto da política nacional uma possibilidade de transformação nas práticas de saúde e na sociedade, Souza e Kantsrki (2007) reforça que essa política continua arraigada nas concepções tradicionais hegemônicas, com inspiração internacional. Consequentemente, o atual processo de discussão das políticas sobre drogas poderá resultar em avanços ou retrocessos, dependerá das forças em defesa de uma política que articule uma proposta de prevenção ampla e preservadora dos direitos humanos, permanente e realista.

A atenção dada aos usuários de drogas é uma forma de reduzir os danos à sua saúde e à da sociedade. A promoção de políticas públicas e inserção de grandes setores da sociedade são formas de garantir alternativas de vida para esses usuários. Essa é uma responsabilidade coletiva; nenhum segmento social de forma isolada poderá lidar de forma eficiente com essa questão.



3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que tem a finalidade de estimar a prevalência do adoecimento mental na população de adolescentes. Entre as vantagens apontadas pelos pesquisadores em adotar os inquéritos populacionais em estudos epidemiológicos está a eficiência obtida no levantamento de informações sobre o estado de saúde de um grupo de indivíduos em sua coletividade (VISCAYA, 2002).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba/Nordeste/Brasil, que tem uma área territorial de 211,474 Km² e de acordo com o senso realizado pelo IBGE no ano de 2010, dispõe de uma população de 723.515 habitantes; destes 119.564 estão na faixa etária entre 10 e 19 anos. O município tem uma população, em sua maioria, urbana; e 243.207 de seus habitantes têm uma renda mensal entre ½ até 2 salários mínimos (IBGE, 2011).



Figura 1: Mapa dos bairros do Município de João Pessoa/PB.
Fonte: SEPLAN/PMJP (2012)

A pesquisa foi realizada em 39 escolas públicas estaduais do município registradas na Secretaria de Educação e Cultura da Paraíba, que oferecem as séries de ensino médio. Com o intuito de se obter uma representatividade satisfatória da amostra, a totalidade das escolas estaduais foi incluída no estudo - estas perfazem um total de 45 unidades -, no entanto, no primeiro contato do investigador com a direção das escolas 6 unidades foram excluídas da investigação por se identificar critérios de exclusão adotados pelo desenho metodológico do estudo.

A demarcação do ambiente escolar para a coleta de dados ocorreu pela compreensão de que esse espaço era favorável para a identificação de aglomerados de pessoas numa faixa etária comum, compartilhando atividades no mesmo espaço físico, com horários diários fixos. Outra conveniência foi a possibilidade de formação de grupos nesses locais, fossem estes homogêneos ou heterogêneos, tornando esse espaço especial pela possibilidade de articular dimensões, como as características específicas da adolescência. Esse espaço possibilitou ainda revelar a diversidade sociocultural, uma vez que cada jovem envolvido nesta relação grupal diária expressa experiências sociais vivenciadas nos mais diversificados locais (DAYRELL, 2007).

3.3 População e amostra

A população de estudantes no município de João Pessoa regularmente matriculados nas séries de ensino médio em escolas públicas e privadas, nos turnos diurnos e noturnos, de acordo com Educasenso 2010, totaliza 34.782 jovens. Neste estudo, foi delimitada a população de 21.214 estudantes matriculados nas séries de ensino médio da rede estadual, que estivessem na faixa etária de 14 a 19 anos, tanto do sexo masculino como feminino e residente no município de João Pessoa.

Os números apresentados são referentes ao censo escolar da educação básica realizado no ano de 2010, fornecidos pela Secretaria do Estado da Educação e Cultura (setor de subgerência de estatística), os dados foram extraídos do banco estadual de informações sobre educação.

3.4 Cálculo da amostra

Para a seleção dos adolescentes investigados, procedeu-se o cálculo amostral, obtendo-se o número de prevalência estimada em 20% de crianças e adolescentes com doenças

mentais no mundo, segundo dados da World Health Organization (2003). A amostra resultante foi de 662 adolescentes, adicionando-se 10% para possíveis perdas na coleta de dados, finalizando com um total de **729** adolescentes a serem investigados.

O cálculo foi feito com o uso do sample size do programa OPEN EPI (Open Source Statistics for Public Health) versão 2.3.1, com aplicação de parâmetros descritos abaixo:

- População: **N = 21.214**
- Nível de confiança desejado: **P= 95%**
- Frequência da população estimada: **F = 20%**
- Máxima de erro desejada: **e = 3%**
- Tamanho da amostra população finita: **n = 662**

Para se obter uma amostra representativa da população em estudo, foi utilizada a técnica de amostragem sistemática. Esse tipo de amostragem é empregado quando se dispõe de uma população distribuída de forma organizada; é um procedimento em que os indivíduos investigados são organizados por sistemas e não por acaso.

Para realizar a seleção dos indivíduos investigados, foi feito um banco de dados no Excel 2007, com a ajuda de uma tabela de quatro colunas, organizada em ordem numérica, na proporção de 1 a N (1 a 21.214), que distribuía o número de alunos matriculados por turma em cada escola. Em seguida, foi feita a **equação: N/n** (**21.214/ 662 = 29**) e o número encontrado determinou o tamanho do intervalo dado entre um entrevistado e outro, de acordo com a tabela listada em ordem numérica.

Se o aluno sorteado não estivesse presente na escola no dia do sorteio, os pais não assinassem o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a participação dos menores de 18 anos, ou se tivesse sido transferido para outra instituição ou até mesmo desistido de cursar o ano letivo, selecionávamos o próximo aluno na lista do sorteio; se houvesse três tentativas e fosse sem êxito, então era considerada a perda. Esse critério foi traçado com objetivo de que, no final da coleta, obtivéssemos uma amostra autoponderada pelo tamanho das escolas e das turmas nos três turnos: manhã, tarde e noite.

Logo, da amostra total planejada de 729 adolescentes, finalizamos com uma amostra de 715 investigados, com uma perda de 14 indivíduos. Os critérios adotados no momento da coleta de dados possibilitaram redução das perdas e o não comprometimento e veracidade do estudo.

Além disso, foram adotados alguns critérios de inclusão e exclusão para o estudo, os adolescentes matriculados no ensino médio deveriam estar na faixa etária entre 14 e 19 anos e residir no município de João Pessoa.

3.5 Posicionamento ético do pesquisador

Este estudo atendeu às normas que contemplam os requisitos éticos propostos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe de normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado sob o parecer de protocolo de Nº 066/11.

De acordo com a resolução citada no que diz respeito à realização de pesquisas com crianças e adolescentes no Brasil, esta estabelece que o consentimento de participação em pesquisas deve ser dado por seus pais ou representantes legais e que os colaboradores devem apenas ser informados sobre o processo de acordo com a sua capacidade de entendimento. Com base nessa afirmação, após a realização do convite ao adolescente e assinatura dos responsáveis permitindo a inclusão do jovem no estudo, este assinava o TCLE reafirmando sua vontade em colaborar com a realização da pesquisa. (Apêndice C).

Foram incluídos no estudo adolescentes entre 14 e 19 anos. Aqueles que fossem maiores de 18 anos, assinariam o termo no momento do preenchimento dos questionários de acordo com as recomendações do CNS. (Apêndice D).

3.6 Instrumentos para coleta de dados

Para o presente estudo foram utilizados quatro instrumentos: o questionário CAGE familiar, a escala FACES III, o Self Report Questionnaire (SRQ- 20) e o questionário sociodemográfico.

3.6.1 O instrumento CAGE familiar

É um acrônimo que faz referência às suas quatro perguntas, originárias da língua inglesa: Cutting Down, Annoyed by Criticism, Guilty e Eyer-opener . É uma das ferramentas de rastreamento mais simples e confiáveis conhecidas para detectar o abuso de álcool. As perguntas contemplam alguns temas como Redução (Cutting Down), Irritação com críticas (Annoyance by Criticism), Sentimentos de culpa (Guilty feelings) e Um gole para começar o

dia (Eye openers). Após a aplicação do questionário caso seja apontados uma ou mais questões com “SIM”, isso indica a existência do abuso do álcool na pessoa investigada (STUART; LARAIA, 2001).

O trabalho de validação do CAGE no Brasil foi realizado por Masur em 1983. Neste estudo, foi aplicada uma adaptação desse instrumento, o questionário CAGE familiar, validado por Frank et al (1992). No Brasil, este já foi aplicado em estudo realizado por Figlie, Bordim e Laranjeira (2004), e mais recentemente por Vicentin (2009). Nessas pesquisas, os autores aplicaram duas respostas afirmativas como ponto de corte.

Nesta pesquisa foi empregado o modelo do questionário sugerido por Vicentin (2009) por se tornar relevante o emprego da interrogativa QUEM?, no final de cada pergunta (Anexo A) . O objetivo da aplicação desse instrumento foi rastrear adolescentes que têm mãe ou pai que fazem uso abusivo de álcool, não interessando o abuso de outros membros da família.

O questionário contempla as seguintes questões:

1. Você alguma vez já sentiu que alguém em sua família deveria parar de beber?
Quem?
2. Tem alguém em sua família que já se sentiu incomodado por reclamações e críticas sobre o seu hábito de beber? Quem?
3. Tem alguém em sua família que já se sentiu mal ou culpado por beber? Quem?
4. Tem alguém em sua família que já tomou bebida em jejum (quando acordou, antes de ter se alimentado) para se acalmar ou curar a ressaca? Quem?
5. Só responda a esta questão se você respondeu a alguma questão acima com afirmativa. A família já procurou algum tipo de ajuda para este problema? Qual? (grupo de apoio, médico, internação de quem bebe)?

3.6.2 Escala FACES III

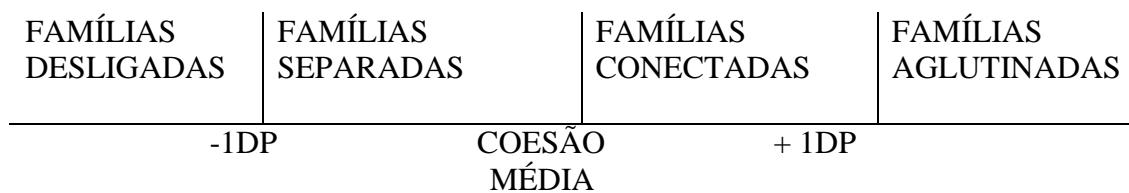
A escala **FACES III** é um instrumento que avalia a coesão, adaptabilidade e risco mental familiar conhecido como Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, ou Escala de Avaliação da Adaptação, Coesão Familiar e Risco Familiar criada por Olson em 1989 e validada no Brasil por Falceto, Busnello e Bozzetti (2000). É autoaplicada, composta por 20 perguntas, as quais admitem cinco respostas diferentes (1=quase nunca; 2= raramente;

3= às vezes; 4=frequentemente e 5=quase sempre). Classificação apresentada por Olson (1989) segundo, Falceto, Busnello e Bozzetti (2000) (Anexo B).

As 10 perguntas ímpares dizem respeito à coesão familiar, à qual é dada pontuação (1 a 5) para se estabelecer a média da coesão entre os membros da família.

- 1.Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- 3.Aprovamos os amigos que cada um tem.
- 5.Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- 7.Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.
17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
19. A união familiar é muito importante.

A soma dos resultados define quantitativamente a média dos valores para a definição do ponto central. Até um desvio padrão à esquerda ficam as famílias separadas; à direita as conectadas; e, a partir de um desvio padrão, as famílias desligadas e aglutinadas.



De acordo com Falceto, Busnello e Bozzetti (2000), no que se refere à coesão, avalia-se o grau de conexão ou separação em relação aos outros membros da família. Salgueiro (2010) enfatiza, em seu estudo, que alguns autores se referem à coesão como sendo laços emocionais que os familiares têm entre si e que resultam do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização-autonomia e as de afiliação-identificação. Os conceitos específicos para medir coesão são ligações emocionais, limites interpessoais, coalizões, tempo, espaço, amigos, processo de tomada de decisões, interesse e recreação (FALCETO,1997,p.22). Salgueiro (2010) ainda apresenta a seguinte classificação para a escala: quando o resultado

indicar valores extremos tem-se famílias desligadas (coesão extremamente baixa), são instituições que se verifica a ausência de vínculos entre os familiares. Nas famílias aglutinadas (coesão extremamente elevada) observam-se relações interpessoais coesivas, nas quais os integrantes desse grupo não executam seu verdadeiro papel enquanto integrante desse núcleo; quando os resultados marcam valores centrais, encontramos as famílias separadas, onde se percebe que seus integrantes se auto definem enquanto integrante desse núcleo, determinando seu espaço e as conectadas, equilibradas, unidas por laços afetivos intensos. As famílias classificadas como separadas e as conectadas consideradas de acordo com a classificação como funcionais ao nível de coesão.

As 10 perguntas pares dizem respeito à adaptabilidade familiar, que é dada pela soma da pontuação (1 a 5) para se estabelecer a média da adaptabilidade entre os membros da família.

2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.
14. As regras mudam em nossa família.
16. Em nossa família, fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
18. É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.
20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

A avaliação da adaptabilidade foi feita de forma semelhante à coesão e tem a mesma interpretação, seguindo o esquema exposto no gráfico abaixo.



Com relação ao estudo da adaptabilidade, Falceto, Busnello e Bozzetti (2000) referem-se à flexibilidade do sistema em promover mudanças. Os conceitos específicos para diagnosticar e medir a dimensão da adaptabilidade são poder familiar (assertividade, controle, disciplina), estilo de negociação, papéis e regras internacionais. No mesmo estudo citado anteriormente, Salgueiro (2010) faz menção aos autores que consideram a adaptabilidade familiar como a capacidade que o sistema familiar tem para mudar a sua estrutura de poder e as regras da relação, em face de um stress, de uma crise natural ou acidental. São identificados quatro tipos de família de acordo com o grau de adaptabilidade. Nos extremos estão as famílias rígidas (adaptabilidade extremamente baixa) as austeras, aquelas inflexíveis as modificar as relações pré estabelecidas. No outro extremo as famílias caóticas (adaptabilidade extremamente elevada) são as que manifestam desordem no seu funcionamento e nas relações interpessoais e, no centro, estão às famílias estruturadas, organizadas nas quais as relações estabelecidas resultam numa organização familiar equilibrada e por fim as flexíveis, onde identifica-se um funcionamento maleável sempre propício a adaptações e transformações. Os dois últimos modelos apresentados são os níveis equilibrados de família, portanto consideradas funcionais.

A classificação quanto ao risco familiar é feita combinando as diferentes classificações de coesão e de adaptabilidade conforme a descrição abaixo:

FAMÍLIAS DE BAIXO RISCO (ou balanceadas)	1. separada + estruturada 2. separada +flexível 3. conectada+ estruturada 4. conectada+ flexível
FAMÍLIAS DE RISCO MODERADO (ou médio)	1. separada+ rígida 2. separada+caótica 3. conectada+ rígida 4. conectada+ caótica 5. estruturada+ desligada 6. estruturada+ aglutinada 7. flexível + desligada 8. flexível+ aglutinada

FAMÍLIAS DE ALTO RISCO

1. desligada+rígida
2. desligada+caótica
3. aglutinada+ rígida
4. aglutinada+caótica

As perguntas são colocadas de forma simples e têm a possibilidade de ser respondidas por adolescentes a partir de 12 anos. O objetivo da aplicação do instrumento é a obtenção de respostas de todos os membros da família, para que possam ser representadas nos resultados as várias percepções sobre o funcionamento desta em duas áreas importantes: a coesão e a adaptabilidade familiar, que indicarão o risco em que se encontra a família para adoecimento mental.

A partir da combinação de características de adaptabilidade familiar e coesão familiar, Olson et al (1989) classificou as famílias em três grupos de risco para adoecimento mental: famílias balanceadas (baixo risco), são aquelas que estão expostas minimamente a fatores de risco ao adoecimento mental; as famílias de risco médio são os grupos onde identifica-se a presença de variáveis que de certa forma influencia no funcionamento familiar mas que, usualmente encontram alternativas para contornar as situações que desagregam a dinâmica familiar e as famílias de alto risco, núcleos os quais identifica-se as variáveis que interferem no funcionamento familiar de forma que o risco do sofrimento mental nesse grupo é universal entre os seus integrantes.

A classificação de risco usualmente é empregada para identificar grupos familiares expostos a fatores (variáveis) que predispõem a manifestação dos agravos que atingem de forma geral o grupo familiar bem como o indivíduo de forma particular pertencente a esse grupo.

3.6.3 O instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ- 20)

É um instrumento de rastreamento proposto por Harding et al em 1980. É composto por 20 perguntas que têm por finalidade identificar transtornos mentais em populações sem especialistas. É recomendado pela OMS, pela facilidade na sua aplicação e custo reduzido. Foi validado no Brasil na década de 1980 e, recentemente, um novo estudo de validação foi realizado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Ao final da pesquisa, confirmou-se o bom desempenho do instrumento pela possibilidade de se discriminar os casos positivos dos casos negativos, e a efetividade para uso em larga escala .

Trata-se de um instrumento de rápida e fácil aplicação, no qual constam dados de identificação e levantamentos de sintomas apresentados pelo indivíduo nos últimos trinta dias; é bem compreendido pelos pacientes (incluindo os de baixos níveis de instrução); muito barato e que não requer a presença de um entrevistador clínico. Como tem alto poder de discriminação de casos, permite avaliar os riscos para sofrimentos psíquicos, como depressão e ansiedade.

O questionário é disposto em 20 perguntas, as quais o entrevistado responde sim ou não. Fica estabelecido como ponto de corte para risco de adoecimento mental os que obtiverem 7 ou mais respostas positivas.

O questionário dispõe das questões a seguir:

1. Você tem dores de cabeça frequentes?
2. Tem falta de apetite?
3. Dorme mal?
4. Assusta-se com facilidade?
5. Tem tremores nas mãos?
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?
7. Tem má digestão?
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?
9. Tem se sentido triste ultimamente?
10. Tem chorado mais do que costume?
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
12. Tem dificuldades para tomar decisões?
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?
19. Você se cansa com facilidade?
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?

3.7 Definição de Variáveis

3.7.1 Variável dependente

Foram consideradas variáveis dependentes

- 1. Sofrimento mental em adolescentes**
- 2. Risco de adoecimento mental familiar**

3.7.2 Variável independente

1. Neste estudo foi definida como variável independente o **alcoolismo**.

3.7.3 As variáveis de controle

As características sociodemográficas foram definidas como variáveis de controle e foram agrupadas de acordo com a descrição abaixo:

- a) SEXO - Foi classificado em feminino e masculino.
- b) IDADE – Obtida a partir das idades entre 14 e 19 anos. Essa delimitação definiu o grupo de acordo com os limites cronológicos da adolescência estabelecidos pela OMS; segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), é com 14 anos que ocorre o ingresso de jovens nas séries do ensino médio.
- c) RACA/COR - Foi estabelecida as seguintes classificações: branca, parda, preta.
- d) RELIGIÃO – Foram distribuídas nas seguintes classificações: Sem religião, Católico, Evangélico, Outros.
- e) ATIVIDADE REMUNERADA – Esta variável foi definida por duas categorias: trabalha e não trabalha (foi determinado como grupo que não trabalha os adolescentes que nunca trabalharam e os que estavam desempregados).

f) ESCOLARIDADE DO PAI E DA MÃE – Esta pergunta foi organizada de forma que descrevesse com maior exatidão a escolaridade dos pais dos adolescentes. As respostas foram agrupadas da seguinte forma: Ensino superior (curso de graduação, especialização e mestrado); ensino médio (ensino médio completo, cursando ensino médio, curso técnico completo ou cursando o ensino técnico); ensino fundamental (ensino médio incompleto, ensino fundamental I completo, ensino fundamental II completo e incompleto, ensino fundamental I incompleto e alfabetizado); Não alfabetizado (não sabe ler e escrever); desconhece ou em branco.

g) NÚMERO DE MORADORES DA CASA - Esta variável foi agrupada para definir o número de moradores das famílias pela representação significante dos seus resultados, e foi assim distribuídos: Até 2 pessoas, 3 pessoas, 4 pessoas, 5 pessoas, 6 ou mais pessoas.

h) POR QUEM É COMPOSTA A FAMÍLIA- Esta variável foi reclassificada para melhor descrever o tipo de família, foram agrupadas em: *Família Nuclear* (composta por pai, mãe e filhos; *Família Extensa* (união de duas ou mais famílias com laços cossanguíneos); *Família Recomposta* (quando um ou os dois cônjuges casam pela segunda vez e levam filhos) *Família Monoparental* (genitor e filhos).

i) QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA - Esta variável foi descrita aplicando-se as seguintes classificações: pai, mãe, pai/mãe e outros (avó, avô, tios, tias, irmãos, cunhados).

J) RENDA FAMILIAR – Estes resultados foram agrupados para melhor definir a situação econômica dos entrevistados: até 2 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos, 5 ou mais salários mínimos e desconhece/em banco.

3.8 Procedimentos do estudo

A coleta de dados desta pesquisa se deu a partir de um cronograma previamente estabelecido no delineamento do estudo, e foi executado da seguinte forma. Para iniciar, foi realizado um levantamento na Secretaria de Educação e Cultura do Estado da Paraíba (setor de subgerência de estatística) das escolas que oferecem as séries de ensino médio na cidade de João Pessoa. Em seguida, foi realizado um mapeamento e um planejamento do calendário de visitas às escolas. Estas totalizaram 100% das unidades, por compreendermos que a

inclusão de todas as instituições diminuiria a incidência de vieses, como forma de garantir uma maior veracidade ao estudo.

Foi entregue ao Secretário de Educação uma cópia do projeto de pesquisa e um ofício de encaminhamento da pesquisadora, fornecido pela coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, solicitando autorização para realização da pesquisa. Após autorização da secretaria, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa do CCS.

Com a aprovação do projeto pelo comitê de ética e autorização, por escrito, da secretaria adjunta de educação, permitindo a realização do estudo, iniciou-se a coleta de dados no mês de julho e finalizou-se no mês de outubro de 2011.

As 45 escolas foram visitadas pelos pesquisadores e, do total, 6 foram excluídas, por se identificar, no primeiro contato com a direção, que 2 (Escola Presidente Costa e Silva e a Escola Audio Comunicação) não mais ofereciam o ensino médio regular no ano referente à realização da investigação; e 4 (Escola Maria Jacy Costa, Escola Débora Duarte,Escola Mestre Sivuca Escola Padre Roma) funcionavam com número reduzido de alunos. Estas foram excluídas do estudo pelo critério de amostra sistemática adotada na metodologia para coleta dos dados. Também não houve possibilidade de inclusão dos alunos matriculados no turno da noite da escola Raul Machado, por motivo de segurança, seguindo as orientações fornecidas pela direção da escola: a instituição é localizada em área de risco.

A coleta de dados foi realizada em todas as suas etapas com a participação da pesquisadora, que contou com o auxílio de sete alunos do curso de enfermagem e um aluno do curso de educação física. Estes foram previamente esclarecidos e orientados sobre objetivos do projeto, finalidade, métodos e instrumentos a serem aplicados. O treinamento teve duração de três horas.

No primeiro momento, procurávamos a direção da escola, para explicar a metodologia da pesquisa e solicitava-se assinatura de um termo de consentimento permitindo a realização do estudo na instituição. Foram entregues, em cada escola visitada, cópias de documentos (termo de consentimento para realização do estudo na escola, carta convite à direção da escola, ofício de encaminhamento da coordenação do programa de pós-graduação em enfermagem, cópia da autorização da Secretaria de Educação) a serem arquivados pela secretaria da instituição. A direção, neste primeiro contato, fornecia-nos dados atualizados do número de alunos matriculados por série no corrente ano, para ajustes pontuais em banco de dados.

As duas primeiras escolas visitadas serviram como teste-piloto para a aplicação dos instrumentos; em seguida, foram feitos ajustes necessários e para não comprometer os resultados finais do estudo.

Inicialmente, foi feito da seguinte forma: em cada escola era selecionada uma amostra de alunos; após sua identificação, entregue uma carta-convite aos pais e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para seu consentimento da participação do adolescente no estudo.

No segundo momento, era agendada a coleta de dados, e nessa ocasião, foram detectados alguns problemas, entre eles: alguns alunos esqueciam de entregar os documentos aos pais, alguns pais; se recusavam à assinatura do termo; alunos sorteados faltavam no dia da coleta de dados; enfim, identificamos que seria difícil a obtenção da amostra no término do estudo. Outra dificuldade encontrada na operacionalização da metodologia foi a presença dos pais no dia da coleta de dados - mesmo com apoio da direção, nenhum dos pais se fez presente a esse momento.

Constatadas essas dificuldades, optou-se pelo seguinte método: quando identificado o Nº do aluno sorteado, nós convidávamos juntamente com o aluno de número subsequente, uma vez que a metodologia adotada nos possibilitaria esse critério. No entanto, se no dia da aplicação do questionário se fizessem presentes os dois indivíduos, seria incluído no estudo o número sorteado, e o subsequente (reserva) seria excluído.

Feito esse ajuste, as atividades para a coleta dos dados foram facilitadas já que as escolas foram visitadas nos turnos da manhã, tarde e noite - quando estas funcionavam com séries de ensino médio. Em média, cada escola foi visitada 6 vezes pelos pesquisadores. Outra facilidade encontrada para acelerar esse processo foi organizar a escala de visitas por bairros. Esta decisão facilitou o deslocamento dos pesquisadores, reduzindo o tempo e os gastos com a coleta de dados.

Na escola, para a operacionalização, a direção designava um funcionário para identificar os alunos em sala de aula (inspetor de sala, coordenador pedagógico, psicólogo, assistente social, entre outros) e disponibilizava uma sala (aula, vídeo, auditório, refeitório, biblioteca) onde se aplicasse os questionários. A partir daí, se identificava os alunos sorteados pelo número da caderneta do professor. Eram esclarecidos para eles os objetivos e a importância do estudo; em seguida, era entregue o TCLE (Apêndice C) e, num segundo momento, com esse documento assinado, estes respondiam aos questionários.

No momento da adesão ao estudo, foi identificado a recusa, por parte de alguns jovens e alguns pais, que dizia respeito à estigmatização existente relacionada às duas temáticas em

estudo: o adoecimento mental e o alcoolismo; o que obrigou, à pesquisadora, no momento do convite, fazer esclarecimentos científicos sobre as duas temáticas em estudo, de forma que se desmitificasse o tema.

3.9 Tratamento e análise dos dados

Os questionários foram previamente numerados e digitados em um banco de dados no Acess 2007; em seguida, transferidos para planilhas no Microsoft Excel 2007, onde foram codificados e, em alguns casos, agrupados, para facilitar a análise das variáveis. Após essas etapas, os dados foram submetidos à análise estatística, com auxílio do pacote estatístico SPSS versão 18.0.

Para realizar a inferência dos dados, foram aplicados testes estatísticos. Nesta pesquisa foi aplicado o **Teste de associação o X² (Qui-Quadrado)**, que possibilitou ao pesquisador verificar a relação entre as variáveis qualitativas: se estas são independentes. Para realizar o cálculo, o pesquisador estabeleceu duas hipóteses para a conclusão do estudo: a hipótese de nulidade (H₀) e a hipótese alternativa (H₁) (VIEIRA, 2008).

Na **H₀**, as variáveis são independentes.

Na **H₁**, as variáveis não são independentes apresentam associação.

➤ Para conhecer a relação das variáveis, aplica-se o teste do x² (Qui-Quadrado) através da equação abaixo:

$$\chi^2 = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s (FO_{ij} - FE_{ij})^2}{FE_{ij}}$$

Em seguida, foi verificada a proporção de adolescentes com adoecimento mental entre os indivíduos expostos ao agravo e entre os indivíduos não expostos ao agravo, através da medida de **Razão de Prevalência (RP)**.

➤ Cálculo que expressa Razão de Prevalência:

$$RP = A/(A+B) / C/(C+D)$$



4 RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos dos adolescentes participantes do estudo

Visando atender o objetivo de apresentar dados relativos aos adolescentes participantes do estudo, inicialmente, foi traçado o perfil sociodemográfico dos entrevistados, a partir das variáveis: sexo, idade, raça, religião e atividade remunerada.

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas. João Pessoa, 2011.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
	715	100
Sexo		
Masculino	287	40,1
Feminino	428	59,9
Idade		
14	30	4,2
15	111	15,5
16	155	21,7
17	175	24,5
18	158	22,1
19	86	12,0
Raça/cor		
Branca	190	26,6
Parda	411	57,5
Preta	114	15,9
Religião		
Sem religião	134	18,7
Católico	303	42,4
Evangélico	248	34,7
Outros	30	4,2
Atividade remunerada		
Não trabalha	548	75,8
Trabalha	173	24,2

Fonte:pesquisa direta

De acordo com a tabela 1, os adolescentes entrevistados, em sua maioria são, do sexo feminino (59,9%). Com relação à variável idade, foram distribuídos de acordo com a faixa etária de 14 a 19 anos - um dos critérios adotados para a inclusão dos sujeitos no estudo. Nesta pesquisa, prevaleceu a idade de 17 anos (24,5%). Em referência à variável raça/cor, a maior parte disse ser parda (57,5%). Predominou o catolicismo (42,4%) como a prática religiosa dos adolescentes; e estes, em sua grande maioria, não trabalham (70,1%).

4.1.1 Perfil familiar dos adolescentes participantes do estudo

A tabela 2 foi gerada para descrever as categorias referentes ao perfil familiar. Identificou-se que, em relação à variável escolaridade dos pais, predominou o ensino fundamental para o pai (44,4%) e para a mãe (53,6%); não se evidenciaram diferenças relevantes relacionadas ao grau de instrução entre as diferentes classificações de gênero. A maioria das famílias é formada por 4 pessoas (32,3%), prevalecendo o modelo familiar nuclear (51,9%); em sua maioria lideradas pelo pai (43,6%) e dispondendo de uma renda familiar variável de até 2 salários mínimos (68,4%).

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes, segundo as variáveis familiares. João Pessoa, 2011.

	n	%
PERFIL FAMILIAR	715	100
Escolaridade do pai		
Ensino superior	36	5,0
Ensino médio	243	33,9
Ensino fundamental	318	44,4
Não alfabetizado	37	5,2
Sem informação	81	11,3
Escolaridade da Mãe		
Ensino superior	42	5,9
Ensino médio	218	30,4
Ensino fundamental	384	53,6
Não alfabetizado	29	4,1
Sem informação	42	5,9
Número de moradores da casa		
Até 2 pessoas	46	6,4
3 pessoas	132	18,5
4 pessoas	231	32,3
5 pessoas	166	23,2
Mais que 6 pessoas	140	19,6
Tipo de família		
Nuclear	371	51,9
Extensa	176	24,6
Monoparental	110	15,4
Recomposta	58	8,1
Chefe da família		
Pai	312	43,6
Mãe	216	30,2
Pai/mãe	49	6,9
Outros	127	17,7
Sem informação	11	1,5
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	438	68,4
3 a 4 salários mínimos	164	22,9
>5 salários mínimos	77	10,8
Sem informação	36	5,0

Fonte: pesquisa direta

4.2 Resultado do Questionário Cage-familiar

O questionário Cage-familiar é composto por 5 perguntas, e tem como objetivo rastrear o alcoolismo em membros da família que habitam o mesmo lar. Neste estudo, foi considerado ponto de corte, duas respostas afirmativas para o resultado positivo com relação à existência de um alcoolista na família do entrevistado.

A tabela 3 apresenta a sequência de perguntas do questionário e a frequência dos familiares alcoolistas segundo a ordem das perguntas. Entre os familiares citados, o pai prevaleceu como maioria nas quatro perguntas, observando-se que, na primeira pergunta, foi citado em 119(52,4%) respostas; na segunda em 100(41,3%); na terceira, em 70 (48,3%); e, na quarta, em 36(46,8%).

Tabela 3 - Distribuição dos familiares que fazem uso do álcool por sequência de perguntas do questionário CAGE-familiar. João Pessoa, 2011.

PERGUNTAS CAGE FAMILIAR	FAMILIARES QUE FAZEM USO DO ÁLCOOL			
	Pai	Mãe	Padrasto	Outros
1-Você já sentiu que alguém em sua família deveria parar de beber? Quem?	155 (55,8%)	17 (6,1%)	21 (7,0%)	85 (30,6%)
2- Tem alguém em sua família que já se sentiu incomodado por reclamações e críticas sobre o seu hábito de beber? Quem?	101 (50,2%)	15 (7,5%)	15 (7,5%)	70 (34,8%)
3-Tem alguém em sua família que já se sentiu mal ou culpado por beber? Quem?	83 (51,2%)	16 (9,9%)	12 (7,4%)	51 (31,5%)
4-Tem alguém em sua família que já tomou bebida em jejum? Quem?	38 (44,2%)	9 (10,5%)	3 (3,5%)	36 (41,9%)

Fonte: pesquisa direta

Após o rastreamento do alcoolismo na família dos pesquisados, como mostra a tabela 4, definiram-se dois grupos a serem investigados, dos 715 (100%) adolescentes com CAGE-familiar positivo - que *convivem com familiares alcoolistas* - totalizando 242 (33,9%) colaboradores da amostra. O segundo grupo foi formado por aqueles que obtiveram o CAGE-familiar negativo - formado pelos adolescentes que *não convivem com familiares alcoolistas*- no total de 473(66,1%) colaboradores. Entre os familiares citados, identificamos o pai, mãe, padrasto, e outros (quando se mencionavam avô, avó, irmão, irmã, tio, primos e dois parentes que bebiam e moravam na mesma residência).

Tabela 4 - Frequência de adolescentes de acordo com as respostas do questionário CAGE-familiar segundo a situação de convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	ADOLESCENTES	
	n	%
Não convivem com familiares alcoolistas	473	66,1
Convivem com familiares alcoolistas	242	33,9
TOTAL	715	100,0

Fonte: pesquisa direta

Ainda com referência ao CAGE-familiar, no momento do preenchimento do questionário, solicitava-se ao entrevistado que, se este respondesse alguma afirmativa entre as quatro primeiras questões, ele deveria responder à 5ª questão; caso contrário esta seria desconsiderada.

A 5ª pergunta se referia ao tratamento do alcoolista; e os resultados revelaram que, dos 242 adolescentes que tinham familiares alcoolistas, apenas 54(22,2%) familiares já tinham procurado algum tipo de tratamento; e os tratamentos mais citados foram: grupo de apoio 25 (44,4%), tratamento especializado 16(29,6%); apoio familiar 7 (13,0%); e religião 6(11,1%).

A seguir, a tabela 5 apresenta o perfil dos adolescentes após a identificação do alcoolismo na família, de forma que esta facilitasse a visualização do perfil, segundo as características sociodemográficas, possibilitando também observar a associação relacionada às variáveis.

Com relação às variáveis sociodemográficas - sexo, idade, raça, religião, atividade remunerada -, não observamos variações entre os grupos quando estas foram associadas à variável alcoolismo. Dessa forma, os grupos investigados eram compostos em sua maioria de adolescentes do sexo feminino, predominando a idade de 17 anos, a maioria da cor parda, praticantes do catolicismo e, predominantemente, não trabalham.

Foi realizado o teste estatístico de Qui-quadrado (χ^2), para verificar a associação entre os grupos estudados ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), para observar se existe significância estatística entre a variável alcoolismo relacionada às variáveis sociodemográficas. O teste mostrou significância estatística apenas para a variável atividade remunerada ($p\text{-valor}=0,035$). Evidenciou-se que não existe associação entre as variáveis sexo, idade, raça/cor, religião e o alcoolismo.

Tabela 5 – Relação das características sociodemográficas dos adolescentes segundo a situação do convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas		Não convivem com familiares alcoolistas		P-valor χ^2
	n=242	%	n=473	%	
Sexo					
Masculino	92	38,0	195	41,2	
Feminino	150	62,0	278	58,8	0,407
Idade					
14 anos	12	5,0	18	3,8	
15 anos	39	16,1	72	15,2	
16 anos	46	19,0	109	23,0	
17 anos	58	24,0	117	24,7	
18 anos	49	20,2	109	23,0	0,260
19 anos	38	15,7	48	10,1	
Raça/cor					
Branca	59	24,4	131	27,7	
Parda	149	61,6	262	55,4	
Preta	34	14,0	80	16,9	0,280
Religião					
Sem religião	47	19,4	87	18,4	
Católico	104	43,0	199	42,1	
Evangélico	77	31,8	171	36,2	0,363
Outros	14	5,8	16	3,4	
Atividade remunerada					
Não trabalha	172	71,1	370	78,2	0,035*
Trabalha	70	28,9	103	21,8	

*Nível de Significância p<0,05

Fonte: pesquisa direta

Na descrição das variáveis familiares apresentada na tabela 6, observamos algumas variações. No que se refere à escolaridade do pai e da mãe, essa variável obteve resultado semelhante nos dois grupos, prevalecendo o ensino fundamental. O número de moradores da casa apresenta-se similar: a maior parte das famílias era composta por 4 membros. No que diz respeito ao tipo de família, observamos nos dois grupos o modelo de família nuclear, com uma renda predominante de até 2 salários mínimos para os grupos investigados.

Ao correlacionar as variáveis familiares ao alcoolismo, o teste de Qui-quadrado mostrou significância estatística apenas na variável tipo de família ($p\text{-valor}= 0,044$). Não se verificou associação no que se refere às variáveis “escolaridade do pai”, “escolaridade da mãe”, “número de moradores da casa”, “chefe de família” e “renda familiar”.

Tabela 6 – Relação das características familiares dos adolescentes segundo a situação do convívio com familiares alcoolistas. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas		Não convivem com familiares alcoolistas		P-valor χ^2
	n=242	%	n=473	%	
Escolaridade do pai					
Ensino superior	14	5,8	22	4,7	0,850
Ensino médio	87	36,0	156	33,0	
Ensino fundamental	104	43,0	214	45,2	
Não alfabetizado	12	5,0	25	5,3	
Sem informação	25	10,3	56	11,8	
Escolaridade da Mãe					
Ensino superior	17	7,0	25	5,3	0,451
Ensino médio	81	33,5	137	29,0	
Ensino fundamental	123	50,8	261	55,2	
Não alfabetizado	7	2,9	22	4,7	
Sem informação	14	5,8	28	5,9	
Número de moradores da casa					
Até 2 pessoas	17	7,0	29	6,1	0,114
3 pessoas	42	17,4	90	19,0	
4 pessoas	93	38,4	138	29,2	
5 pessoas	50	20,7	116	24,5	
Mais que 6 pessoas	40	16,5	100	21,1	
Tipo de família					
Nuclear	112	46,3	259	54,8	0,044*
Extensa	73	30,2	103	21,8	
Monoparental	34	14,0	76	16,1	
Recomposta	23	9,5	35	7,4	
Chefe da família					
Pai	106	43,8	206	43,6	0,791
Mãe	77	31,8	139	29,4	
Pai/mãe	13	5,4	36	7,6	
Outros	43	17,8	84	17,8	
Sem informação	3	1,2	8	1,7	
Renda familiar**					
Até 2 salários mínimos	146	60,3	292	61,7	0,831
3 a 4 salários mínimos	58	24,0	106	22,4	
>5 salários mínimos	24	9,9	53	11,2	
Sem informação	14	5,8	22	4,7	

*Nível de Significância p<0,05

** Salário mínimo vigente: R\$ 545,00.

Fonte: pesquisa direta

4.3 Resultado do Questionário SRQ-20

O questionário SRQ- 20 é composto por 20 perguntas, e tem como um de seus objetivos rastrear a presença de transtornos psiquiátricos menores, a exemplo da depressão e ansiedade. Inicialmente, apresentaremos o resultado do questionário relacionado ao grupo de adolescentes entrevistados, para observar a frequência do sofrimento psíquico no grupo investigado.

Quando observamos a frequência do sofrimento mental na tabela 7 para o grupo de entrevistados, observamos que, dos 715 (100%) adolescentes investigados, 211(29,5%) apresentaram resultado positivo para o sofrimento mental, segundo o ponto de corte adotado no estudo.

Tabela 7 – Resultado do sofrimento mental de acordo com o questionário SRQ-20, aplicado a população de adolescentes entrevistados. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Adolescentes	
	n	%
Com sofrimento mental	211	29,5
Sem sofrimento mental	504	70,5
Total	715	100

Fonte: pesquisa direta

A tabela 8 tem como proposta apresentar as distribuições da frequência de respostas positivas do questionário SRQ-20 apresentadas pelo grupo investigado, segundo classificação do questionário CAGE-familiar.

Ao se fazer uma averiguação nas respostas, observa-se que a frequência de respostas afirmativas era semelhante entre os dois grupos. Verificou-se que, no grupo de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas e entre os adolescentes que não convivem com alcoolistas, a questão que obteve mais resposta afirmativa diz respeito a **Sente-se nervoso, tenso ou preocupado** com frequência de (57,9%) e (47,6%), respectivamente. Na sequência, as perguntas mais frequentes foram **Tem dificuldades para tomar decisões** e, em seguida, **Tem se sentido triste ultimamente.**

Tabela 8 – Distribuição da freqüência de respostas afirmativas do questionário SRQ-20. João Pessoa, 2011.

PERGUNTAS DO SRQ-20	Convivem com familiares alcoolistas		Não convivem com familiares alcoolistas	
	n=242	%	n=473	%
Você tem dores de cabeça frequentes	77	31,8	114	24,1
Tem falta de apetite	80	33,1	107	22,6
Dorme mal	78	32,2	96	20,3
Assusta-se com facilidade	102	42,1	129	27,3
Tem tremores nas mãos	47	19,4	75	15,9
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	138	57,0	225	47,6
Tem má digestão	44	18,2	55	11,6
Tem dificuldades de pensar com clareza	96	39,7	117	24,7
Tem se sentido triste ultimamente	108	44,6	156	33,0
Tem chorado mais do que costume	44	18,2	85	18,0
Encontra dificuldades para realizar suas atividades diárias com satisfação	79	32,6	104	22,0
Tem dificuldades para tomar decisões	136	56,2	208	44,0
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)	15	6,2	26	5,5
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	42	17,4	52	11,0
Tem perdido o interesse pelas coisas	67	27,7	101	21,4
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	38	15,7	44	9,3
Tem tido ideia de acabar com a vida	36	14,9	48	10,1
Sente-se cansado(a) o tempo todo	77	31,8	105	22,2
Você se cansa com facilidade	97	40,1	141	29,8
Têm sensações desagradáveis no estômago	63	26,0	86	18,2

Fonte: pesquisa direta

4.4 Resultados da correlação do SRQ-20 com Cage-familiar

A tabela 9 apresenta o resultado da relação feita entre os questionários Cage-familiar e SRQ-20. Nessa relação, observa-se que, de acordo com o ponto de corte estabelecido para sofrimento mental no instrumento selecionado, a variável alcoolismo foi bastante representativa. detectou-se que, entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, 97 (40,1%) indivíduos apresentaram uma frequência de sofrimento mental; e entre os que não convivem com familiares alcoolistas a frequência foi verificada em 114 (24,1%).

Tabela 9 - Relação do alcoolismo familiar com sofrimento psíquico em adolescentes de escolas estaduais do município de João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas		Não Convivem com familiares		P- valor X²
	n	%	n	%	
Com sofrimento mental	97	40,1	114	24,1	0,000*
Sem sofrimento mental	145	59,9	359	75,9	
Total	242	100	473	100	

*Nível de Significância p<0,05

Fonte: pesquisa direta

Quando se aplica o teste para verificar a associação entre as variáveis com nível de significância de p-valor=0,05, observa-se uma significância estatística de p-valor < 0,001 na correlação entre o alcoolismo familiar e o sofrimento mental.

4.5 Razão de prevalência entre alcoolismo familiar e sofrimento psíquico em adolescentes

A tabela 10 apresenta a prevalência e associação de freqüência (razão de prevalência) entre as variáveis alcoolismo e adoecimento mental. Observou-se, neste estudo, que, a prevalência de sofrimento psíquico foi 40,1% entre os adolescentes que residem com familiares alcoolistas. Quando se aplica a equação para se verificar a razão de prevalência do sofrimento psíquico relacionado à situação de convívio dos adolescentes com familiares alcoolistas, verifica-se que neste grupo a probabilidade do adoecimento psíquico foi 1,7 vezes maior entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas.

Tabela 10 - Prevalência do sofrimento psíquico em relação à situação de convívio com familiares alcoolistas em adolescentes de escolas estaduais do município de João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Sofrimento psíquico		
	n	Prevalência	Razão de Prevalência
Convivem com familiares Alcoolistas	242	40,1	
Não convivem com familiares Alcoolistas	473	24,1	1,7

Fonte: pesquisa direta

4.5.1 Prevalência do sofrimento psíquico associado ao alcoolismo, segundo as variáveis sociodemográficas

Fazendo uma observação dos adolescentes que convivem com alcoolistas com sofrimento psiquíco, segundo as variáveis sociodemográficas, observou-se que, de acordo

com a tabela 11, o sofrimento psíquico prevaleceu entre os adolescentes do sexo feminino (40,6%). Relacionado à idade, observou-se que a idade mais prevalente nesse grupo foi a de 15anos (46,1%). Nesse grupo, a raça apresentou semelhança quando a prevalência foi idêntica no grupo de cor parda e preta com (38,2%). Segundo a prática religiosa ocorreu prevalência no grupo que foi categorizado como “outros”, com (50%). Nesse grupo foram incluídas as práticas religiosas que apresentaram uma frequência considerada com pouca significância estatística, quando relacionada à amostra total da pesquisa; mas observou-se, particularmente, que nesse grupo predominou os praticantes do espiritismo. Relacionado à “variável atividade remunerada” o grupo em que ocorreu maior prevalência foi entre os que trabalham, com (44,2%).

Tabela 11: Prevalência do sofrimento psíquico associado ao convívio de familiares alcoolistas segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico		Não convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico	
	n	Prev*	n	Prev*
Sexo				
Masculino	36	39,1	32	16,4
Feminino	61	40,6	82	29,4
Idade				
14 anos	2	16,6	2	11,1
15 anos	18	46,1	20	27,7
16 anos	16	34,7	27	24,7
17 anos	22	37,9	32	27,3
18 anos	22	44,8	22	20,1
19 anos	17	44,7	11	22,9
Raça/cor				
Branca	27	45,7	27	20,6
Parda	57	38,2	68	25,9
Preta	13	38,2	19	23,7
Religião				
Sem religião	21	44,6	25	28,7
Católico	39	37,5	46	23,1
Evangélico	30	38,9	39	22,8
Outros	7	50,0	4	25,0
Atividade remunerada				
Não trabalha	66	38,3	89	24,0
Trabalha	31	44,2	25	24,2

Fonte: pesquisa direta

Já no grupo de adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas, observamos que igualmente ao grupo anterior prevaleceu o agravo para aqueles do sexo feminino (29,4%); com idade de 15anos (27,7%); da raça parda (25,9%). Com relação à variável “religião”,

prevaleceu o sofrimento psíquico no grupo dos que se disseram sem religião (28,7%). Na variável “atividade remunerada”, observamos um equilíbrio na apresentação dos resultados com discreta prevalência no grupo dos que trabalham (24,2%), como ocorreu no grupo anterior.

4.5.2 Prevalência do sofrimento psíquico associado ao alcoolismo, segundo as variáveis familiares

A tabela 12 tem como proposta apresentar a prevalência do adoecimento mental relacionado ao alcoolismo segundo as variáveis familiares. Identificou-se, no grupo de adolescentes que convivem com alcoolistas, que, na variável “escolaridade dos pais”, o agravo prevaleceu em sua maioria entre aqueles filhos de pai e mãe não alfabetizados, com (75,0%) e (71,4%) respectivamente. Referente ao número de moradores da casa, ocorreu uma maior prevalência entre aqueles que habitam com 6 pessoas ou mais (50,0%). Já quando observamos o tipo de família, a distribuição da prevalência entre o grupo apresentou semelhança, sobressaindo-se o modelo familiar monoparental (44,1%). E com relação à renda familiar, prevaleceu no grupo que possui renda de até 2 salários mínimos(41,7%). Desconsidera-se o indivíduo que não colocou informações a respeito desse item, pelo resultado apresentar-se insignificante.

No grupo de jovens que convivem com familiares alcoolistas, observamos os seguintes resultados: como foi detectado no grupo anterior, ocorreu o sofrimento psíquico com maior prevalência entre os jovens que tinham pai e mãe não alfabetizados, com prevalência de 100% nos dois casos. Relacionado ao número de moradores da casa, ocorreram 80% de prevalência para aqueles que tinham até 2 moradores; a família era do tipo recomposta, com 66,6% ; tinham como chefe o pai com 91,6% e uma renda familiar de até 2 salários, com 56,4%.

No grupo de adolescentes que não convive com familiares alcoolistas, ocorreu prevalência de sofrimento psíquico entre aqueles em que o pai tinha grau de escolaridade de ensino superior (36,3%); e relacionado a escolaridade da mãe, prevaleceu o agravo entre aqueles que não apresentaram essa informação (28,5%). Nesse grupo observou-se que a prevalência ocorreu entre os que habitavam com até 3 pessoas (32,3%); que tinham famílias de modelo monoparental (32,8%); com renda familiar de 3 a 4 salários mínimos(30,1%).

Relacionado ao chefe da família, ocorreu prevalência nos lares de jovens que têm mãe e pai (30,5%) reconhecidos como chefes da família. As variáveis “escolaridade dos pais”,

“chefe da família” e “renda familiar” apresentaram-se em discordância com os resultados apontados pelos grupos anteriores.

Tabela 12: Prevalência do sofrimento psíquico associado ao convívio de familiares alcoolistas segundo variáveis familiares. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico		Não convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico	
	n	Prev*	n	Prev*
Escolaridade do pai				
Ensino superior	6	42,8	8	36,3
Ensino médio	27	31,0	49	31,4
Ensino fundamental	39	37,0	44	20,5
Não alfabetizado	9	75,0	3	12,0
Sem informação	16	64,0	10	17,8
Escolaridade da Mãe				
Ensino superior	4	23,5	6	24,0
Ensino médio	25	30,8	39	28,4
Ensino fundamental	53	43,0	58	22,2
Não alfabetizado	5	71,4	3	13,6
Sem informação	10	71,2	8	28,5
Número de moradores da casa				
Até 2 pessoas	8	47,0	7	24,1
3 pessoas	12	28,5	22	32,3
4 pessoas	35	37,6	30	21,7
5 pessoas	22	44,0	25	21,5
Mais que 6 pessoas	20	50,0	30	30,0
Tipo de família				
Nuclear	41	36,6	53	20,4
Extensa	31	42,4	27	26,2
Monoparental	15	44,1	25	32,8
Recomposta	10	43,4	9	25,7
Chefe da família**		(n=97)	(n=114)	
Pai	48	45,2	47	22,8
Mãe	22	28,5	27	19,4
Pai/mãe	7	53,8	12	33,3
Outros	18	41,8	25	29,7
Renda familiar***				
Até 2 salários mínimos	61	41,7	62	21,2
3 a 4 salários mínimos	23	39,6	32	30,1
>5 salários mínimos	8	33,3	14	26,4
Sem informação	5	35,7	6	27,2

*Prev. Abreviação para prevalência

**Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo

*** Salário mínimo vigente: R\$ 545,00.

Fonte: pesquisa direta

4.6 Descrição dos resultados da escala Faces III

A escala FACES III é composta por 20 perguntas e tem como objetivo avaliar a coesão, adaptabilidade e risco familiar para adoecimento mental. Para cada pergunta, o entrevistado dispõe de 5 alternativas para responder às afirmativas. Para avaliação das respostas, o questionário é dividido entre respostas ímpares e respostas pares.

A tabela 13 tem como proposta descrever as respostas ímpares mais frequentes pelo total de adolescentes entrevistados.

Tabela 13 - Frequência de respostas das perguntas ímpares da escala Faces III, que dizem respeito à Coesão familiar.João Pessoa, 2011.

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Quase Nunca 1	Raramente 2	Ás vezes 3	Frequentemente 4	Quase sempre 5
1.Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.	77 (10,80)	58 (8,1)	267 (37,3)	183 (25,6)	130 (18,2)
3. Aprovamos os amigos que cada um tem.	83 (11,6)	82 (11,5)	245 (34,3)	106 (14,8)	199 (27,8)
5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.	124 (17,3)	129 (18,0)	241 (33,7)	108 (15,1)	113 (15,8)
7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.	142 (19,9)	120 (16,8)	174 (24,3)	125 (17,5)	153 (21,4)
9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.	150 (21,0)	130 (18,2)	190 (26,6)	118 (16,5)	127 (17,8)
11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.	65 (9,1)	88 (12,3)	189 (26,4)	181 (25,3)	192 (26,9)
13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.	101 (14,1)	126 (17,6)	207 (29,0)	141 (19,7)	140 (19,6)
15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.	95 (13,3)	137 (19,2)	243 (34,0)	125 (17,5)	115 (16,1)
17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.	317 (44,3)	124 (17,3)	144 (20,1)	70 (9,8)	60 (8,4)
19. A união familiar é muito importante.	20 (2,8)	29 (4,1)	67 (9,4)	206 (28,8)	392 (54,8)

Fonte: pesquisa direta

Observa-se que, entre as perguntas ímpares, as respostas mais frequentes apontadas pelos adolescentes dizem respeito à afirmativa 19: *a união familiar é muito importante*: 392 (54,8%); a maioria dos entrevistados afirmou que: quase sempre. Outra alternativa que foi

respondida com grande frequência foi referente à de número 17 - *Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões:* 317 (44,3%); a maioria dos adolescentes respondeu que “quase nunca”.

Com relação as respostas pares, as mais frequentes estão dispostas na tabela 14.

Tabela 14 - Frequência de respostas das perguntas pares da escala Faces III, que dizem respeito a adaptabilidade familiar. João Pessoa, 2011.

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Quase Nunca 1	Raramente 2	Ás vezes 3	Frequentemente 4	Quase sempre 5
2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.	127 (17,8)	172 (24,1)	242 (33,8)	103 (14,4)	71 (9,9)
4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.	108 (15,1)	116 (16,2)	207 (29,0)	160 (22,4)	123 (17,2)
6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.	405 (56,6)	124 (17,3)	103 (14,4)	48 (6,7)	34 (4,8)
8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas	211 (29,5)	154 (21,5)	166 (23,2)	96 (13,4)	88 (12,3)
10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.	377 (52,7)	125 (17,5)	97 (13,6)	53 (7,4)	62 (8,7)
12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.	291 (54,7)	153 (21,4)	117 (16,4)	24 (3,4)	29 (4,1)
14. As regras mudam em nossa família.	253 (35,4)	183 (25,6)	175 (24,5)	57 (8,0)	47 (6,6)
16. Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.	212 (29,7)	122 (17,1)	149 (20,8)	131 (18,3)	100 (14,0)
18. É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.	396 (55,4)	90 (12,6)	121 (16,9)	42 (5,9)	65 (9,1)
20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.	268 (37,5)	133 (18,6)	167 (23,4)	61 (8,5)	86 (12,0)

Fonte: pesquisa direta

Observa-se que, entre as perguntas pares, a alternativa quase nunca foi respondida com mais frequência pelos entrevistados; e a afirmativa mais frequente foi *Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes:* 405(56,6%); em segundo lugar *É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família:* 396(55,4%).

Nesta pesquisa, os valores encontrados para definir a coesão a adaptabilidade e o risco familiar estão descritos a seguir:

Coesão

Famílias desligadas	Famílias separadas	Famílias conectadas	Famílias aglutinadas
$\bar{X} - S$ 2,14	\bar{X} 3,32	$\bar{X} + S$ 4,5	

Adaptabilidade

Famílias caóticas	Famílias flexíveis	Famílias estruturadas	Famílias rígidas
$\bar{X} - S$ 1,8	\bar{X} 2,31	$\bar{X} + S$ 2,88	

Ao se determinar os tipos de família na visão dos adolescentes, usamos como base o cálculo da média e desvio padrão para verificar a coesão e adaptabilidade do grupo e, em seguida, determinar os tipos de famílias mais frequentes para a classificação do risco familiar para o adoecimento mental.

4.6.1 Respostas mais frequentes de acordo com a classificação dos grupos de adolescentes

A partir das informações do banco de dados, foi possível dividir os adolescentes segundo a situação de convivência relacionada ao sofrimento psíquico, e observar as respostas a respeito da percepção do funcionamento familiar de acordo com a condição na qual o adolescente estava inserido.

As respostas do grupo de adolescentes que convive com familiares alcoolistas e dos que não convive com familiares alcoolistas foram semelhantes no que se refere à coesão. Eles afirmaram que: quase sempre a *união familiar é muito importante* (56,9%).

CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS ADOLESCENTES	PERGUNTAS FREQUENTES Coesão /adaptabilidade	RESPOSTAS FREQUENTES	%
CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS			
Coesão	A união familiar é muito importante Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões	Quase sempre Quase nunca	56,9 46,5
Adaptabilidade	Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos	Quase nunca Quase nunca	54,1 54,1
NÃO CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS			
Coesão	A união familiar é muito importante Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões	Quase sempre Quase nunca	56,9 58,8
Adaptabilidade	É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.	Quase nunca Quase nunca	58,8 57,9
CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS COM SOFRIMENTO PSIQUÍCO			
Coesão	A união familiar é muito importante Os membros da família pedem ajuda uns aos outros	quase sempre Ás vezes	46,4 41,2
Adaptabilidade	Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes	Quase nunca Quase nunca	56,7 52,6
NÃO CONVIVEM COM FAMILIARES ALCOOLISTAS COM SOFRIMENTO PSIQUÍCO			
Coesão	A união familiar é muito importante Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões	Quase sempre Quase nunca	50,9 46,5
Adaptabilidade	Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes Os filhos tomam as decisões em nossa família	Quase nunca Quase nunca	62,3 61,4

Quadro 1 - Perguntas e respostas frequentes sobre o funcionamento familiar apresentadas pelos grupos de adolescentes de acordo com a classificação adotada no estudo.

Fonte: pesquisa direta

Com relação à adaptabilidade, observam-se variações de respostas nos dois grupos de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas. Estes afirmaram que quase nunca diferentes pessoas da família atuam nela como líderes (54,1%); e no grupo de adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas, eles afirmaram que quase nunca É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família (58,8%).

No grupo de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico e no grupo de adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas com

sofrimento psíquico, referente à coesão, foi semelhante a alternativa citada mais frequentemente pelos dois grupos. Estes afirmaram que quase sempre *a união familiar é muito importante* (46,4%) e (50,9%), respectivamente.

No que diz respeito à adaptabilidade familiar, o grupo de adolescentes que convive com alcoolistas com sofrimento psíquico afirmaram que quase nunca *pais e filhos discutem os castigos* (56,7%); e os adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico afirmaram que quase nunca *Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes* (62,3%).

4.7 Associação da escala FACES III com o questionário Cage- familiar

Quando observamos o grupo de entrevistados fazendo a relação dos questionários Cage- familiar com Faces III, para verificar a percepção relacionada à família, obtivemos os resultados descritos na tabela 15. De acordo com as respostas dos que convivem com familiares alcoolistas, com relação à coesão familiar, as famílias foram classificadas como separadas: 98(40,5%). Relacionado à adaptabilidade familiar, com 83(34,3%) as famílias foram consideradas estruturada; resultando em uma classificação final de famílias de médio risco para adoecimento mental: 111(45,9%).

Os adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas apresentaram as famílias como separadas em sua grande maioria: 169(35,7%). Relacionadas à adaptabilidade familiar, estas foram classificadas como flexíveis:152(32,1%); e de médio risco para adoecimento mental: 222(46,9%).

Ao observar esses resultados, em relação aos questionários CAGE-familiar e ao FACES III. Verificamos a influência de um parente alcoolista e o funcionamento familiar na percepção do adolescente. Quando observamos os resultados, constatamos que a convivência com um familiar alcoolista não modificou o funcionamento familiar: as classificações finais do funcionamento familiar permaneceram semelhantes nos dois grupos.

Quando aplicado o teste de associação entre as variáveis relacionadas ao alcoolismo, observa-se que não existe significância na associação entre as variáveis.

Tabela 15 - Associação da escala FACES III relacionada ao convívio de adolescentes com familiares alcoolistas em escolas estaduais. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com alcoolistas		Não convivem com alcoolistas		P-valor χ^2
	n	%	n	%	
Coesão Familiar					
desligadas	38	15,7	97	20,5	
Separadas	98	40,5	169	35,7	0,366
Conectadas	64	26,4	119	25,2	
Aglutinadas	42	17,4	88	18,6	
Adaptabilidade familiar					
Caóticas	45	18,6	96	20,3	
Flexíveis	73	30,2	143	30,2	
Estruturadas	83	34,3	152	32,1	0,924
Rígidas	41	16,9	82	17,3	
Risco mental familiar					
Família balanceada	103	42,6	180	38,1	
Médio risco	111	45,9	222	46,9	0,328
Alto risco	28	11,6	71	15,0	

Fonte: pesquisa direta

4.8 Associação entre os instrumentos FACES III ,CAGE- familiar e SRQ-20

Como apresenta a tabela 16, nesta associação observa-se a percepção do grupo sobre o funcionamento familiar relacionado à existência do alcoolismo na família e o sofrimento mental do indivíduo. Nos dois grupos, observou-se que, relacionado à coesão, as famílias foram classificadas como separadas. Os adolescentes com sofrimento psíquico que convivem com familiares alcoolistas apresentaram uma frequência de 40(41,2%), e o grupo de adolescentes sem sofrimento psíquico que convivem com familiares alcoolistas apresentaram um percentual de 58(40%). Com relação à adaptabilidade familiar, observou-se que, quando associado ao alcoolismo familiar e ao sofrimento psíquico, a percepção dos dois grupos foi de uma família estruturada, com 34 (35,1%) respostas para o primeiro grupo; e com 49(33,8%), para o segundo grupo.

Relacionado à classificação do risco familiar, evidenciamos que, no primeiro grupo, as famílias são classificadas como “médio risco”, com o percentual de 48,5%, equivalente a 47 respostas. No grupo de adolescentes sem sofrimento psíquico que convivem com familiares alcoolistas, com relação à situação de risco familiar, os resultados se assemelharam no que se refere à classificação de família balanceada 66(45,5%); e médio risco 64(44,1%).

Quando aplicado o teste de Qui-quadrado nessa associação do sofrimento psíquico dos que convivem com familiares alcoolistas, observou-se existir significância estatística apenas entre a variável coesão familiar com p-valor=0,001 .

Tabela 16 - Associação da escala FACES III relacionada ao convívio de adolescentes com familiares alcoolistas e sofrimento psíquico em escolas estaduais. João Pessoa, 2011.

VARIÁVEIS	Convivem com familiares alcoolistas				P-valor χ^2	
	Com sofrimento psíquico		Sem sofrimento psíquico			
	n	%	n	%		
Coesão Familiar						
Desligadas	25	25,8	13	9,0	0,001*	
Separadas	40	41,2	58	40,0		
Conectadas	17	17,5	47	32,4		
Aglutinadas	15	15,5	27	18,6		
Adaptabilidade familiar						
Caóticas	20	20,6	25	17,2		
Flexíveis	31	32,0	42	29,0	0,466	
Estruturadas	34	35,1	49	33,8		
Rígidas	12	12,4	29	20,0		
Risco mental familiar						
Família balanceada	37	38,1	66	45,5		
Médio risco	47	48,5	64	44,1	0,485	
Alto risco	13	13,4	15	10,3		

Fonte: Pesquisa direta

A tabela 17 mostra a associação entre variáveis que avaliam o funcionamento familiar na percepção dos adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas e o sofrimento mental desses indivíduos. Em referência à coesão familiar, resultado do grupo de adolescentes que não convive com familiares alcoolistas que apresentaram sofrimento psíquico e dos que não apresentaram sofrimento psíquico apontaram que estas famílias apresentam-se separadas com 45(39,5%) e 124(34,5%) respostas, respectivamente.

No que diz respeito a adaptabilidade familiar os resultados mostraram-se distribuídos proporcionalmente, resultando em uma classificação final de famílias estruturadas com 38 (33,3%) respostas no primeiro grupo; e 114(31,8%), no segundo grupo.

Os adolescentes com ou sem sofrimento mental, que não conviviam com alcoolistas tiveram as famílias classificadas como “de médio risco”, de acordo com a classificação final de risco mental familiar, com percentual de 42,1% equivalente a 48 respostas e 48,5% e equivalente a 174 respostas.

Com a aplicação do teste de associação, não se verificou a existência de associação relacionada ao funcionamento familiar e à situação de não convivência e sofrimento psíquico

dos adolescentes. Observa-se semelhança de Proporção entre as variáveis do FACES III e a presença ou não do sofrimento psíquico entre os que convivem com familiares alcoolistas.

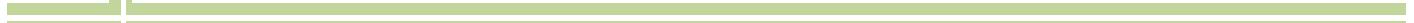
Tabela 17 - Associação da escala FACES III relacionada à situação de não convivência de adolescentes com familiares alcoolistas e sofrimento psíquico em escolas estaduais. João Pessoa, 2011

VARIÁVEIS	Não Convivem com familiares alcoolistas				P-valor χ^2	
	Com sofrimento psíquico		Sem sofrimento psíquico			
	n	%	n	%		
Coesão Familiar						
Desligadas	26	22,8	71	19,8	0,387	
Separadas	45	39,5	124	34,5		
Conectadas	22	19,3	97	27,0		
Aglutinadas	21	18,4	67	18,7		
Adaptabilidade familiar						
Caóticas	31	27,2	65	18,1	0,100	
Flexíveis	31	27,2	112	31,2		
Estruturadas	38	33,3	114	31,8		
Rígidas	14	12,3	68	18,9		
Risco mental familiar						
Família balanceada	44	38,6	136	37,9	0,273	
Médio risco	48	42,1	174	48,5		
Alto risco	22	19,3	49	13,6		

Fonte: pesquisa direta



5 DISCUSSÃO



A adolescência é uma das fases da vida na qual o indivíduo torna-se vulnerável e suscetível a situações de risco. A taxa de morbimortalidade nesta parcela da população tem se tornado crescente nos últimos anos e de acordo com a World Health Organization (2005) estes resultados refletem as fragilidades na atenção voltada a estes indivíduos.

Estima-se que haja atualmente uma população mundial de 7 bilhões de habitantes e dessa, quase 20% são pessoas com a faixa etária entre 14 a 19 anos (ONU, 2010). Mesmo ocorrendo um declínio da taxa de fecundidade em vários locais do mundo, observa-se que este resultado torna-se expressivo, mostrando que a adolescência corresponde a uma parcela representativa da população mundial desprovida de estudos e ações com a finalidade de oferecer melhorias no que concerne aos agravos à saúde. Segundo o censo realizado em 2010 no Brasil, 34.157.633 pessoas estão nesta faixa etária, o que corresponde a 17,9% da população total do país (IBGE, 2011).

Considerando que a adolescência é uma fase específica da vida, permeada por particularidades e pela existência no número limitado de estudos científicos para investigar os agravos que acometem esta camada da população na Paraíba, que corresponde a 16,5% dos habitantes, se deu a realização desta investigação epidemiológica sobre a saúde mental do adolescente que convive com familiares alcoolistas, analisando a taxa de prevalência em uma amostra representativa, para a faixa etária, delineada no município onde foi realizado o estudo.

Ao dar início à discussão, faz-se necessário apresentar os resultados que mostram o perfil geral dos adolescentes investigados, que na sua maioria era composto por mulheres (59,9%), com a idade de 17 anos (24,5%), de cor parda (57,5%), praticantes do catolicismo (42,4%), com grande percentual (75,8%) de jovens que não trabalham.

A predominância de mulheres neste estudo é reflexo dos parâmetros apresentados pelo último censo (IBGE, 2011) que informa que a maior parte da população brasileira é composta por pessoas do sexo feminino e que corresponde a 51% do total, na Paraíba observa-se resultado semelhante a população de mulheres no estado corresponde a 51,5%. Com relação a variável raça/cor de acordo com os últimos resultados, no geral, a população brasileira auto referiu como sendo da cor branca, mas no que se refere a população de adolescentes do país, esses, em sua maioria, são da cor parda com 48,9%, comprovando a semelhança de dados encontrados nesta investigação.

Quanto à determinante religião, no Brasil, tem sido uma variável apontada com bastante flexibilidade nos últimos tempos, embora o número crescente de evangélicos no país

tenha sido um dos dados mais referenciados nos últimos anos, evidencia-se a predominância do catolicismo, como foi verificado entre os participantes deste estudo.

Em relação à predominância de 75,8% de adolescentes que não trabalham, pode-se justificar por ter sido o espaço escolar escolhido como local de pesquisa. Entretanto dados dos indicadores sociais da população brasileira, apontam que a maioria dos adolescentes que estão inseridos na escola não estão colocados no mercado de trabalho, mesmo considerando o crescimento, segundo os dados do censo 2010, que mostram que 3,5% da população de 10 a 20 anos do país, atualmente possuem algum tipo de rendimento (IBGE,2009, 2011).

Esse resultado assemelha-se ao apresentado no levantamento sobre padrão de consumo de álcool na população brasileira, que revelou um comparativo entre os sujeitos participantes do estudo em duas faixas etárias de 14 a 17 anos e de 18 anos ou mais, no qual, Laranjeira et.al (2007) identificou que, quase um terço dos adolescentes pertenciam à população economicamente ativa. Embora o número de adolescentes que trabalham fosse inferior ao dos adultos, este resultado mostra-se preocupante, pois indica que muitos já estão inseridos no mercado de trabalho, e este é um agravante que limita a permanência deste grupo na escola.

Relacionado ao perfil familiar dos entrevistados o pai e a mãe tinham como grau de escolaridade o ensino fundamental com 44,4% e 53,6% respectivamente; a maioria dos jovens (32,3%) residiam com até 4 pessoas, 51,9% tinham modelo familiar nuclear, 43,6% era chefiada pelo pai, com uma renda de até 2 salários mínimos (68,4%).

Em referência à escolaridade do pai e da mãe dos entrevistados os resultados corroboram com os últimos dados publicados sobre os indicadores sociais brasileiros de 2008 que apresentam a média de 7 anos de estudo no país. Representando que o grau de escolaridade para a maioria da população brasileira limita-se a não conclusão do ensino fundamental (IBGE, 2009).

Estes resultados denotam o quadro educacional atual dos países em desenvolvimento, que apresentam entre suas características sociodemográficas baixo grau de escolaridade e alto índice de pobreza. O processo de globalização e as exigências do mercado de trabalho, com a qualificação profissional das pessoas, têm gerado discursos a respeito do processo educacional no Brasil que vem passando por avaliações constantes tendo como um de seus objetivos garantir a permanência dos jovens na escola.

A escolaridade da população ainda é apontada com uma das variáveis sociodemográficas que contribuem para a exposição a situações de risco. Pessoas com baixa escolaridade geralmente são desprovidas, economicamente vivendo em condições precárias e o pouco conhecimento colabora com o aumento dos índices dos agravos á saúde.

O perfil geral das famílias dos adolescentes envolvidos neste estudo é semelhante aos divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), uma vez que este descreve um número reduzido de pessoas por família (três pessoas por residência), predominando o modelo familiar nuclear sendo esse chefiado por homens com uma renda de até 2 salários mínimos.

A drogadição tem se apresentado como um dos problemas sociais mais debatidos nos últimos tempos, dentre eles, o alcoolismo. Portanto, nesta pesquisa investiga-se uma das consequências resultantes do abuso do álcool pela sociedade, um comportamento social que vem sendo considerado um grave problema de saúde pública e tem atingindo milhões de pessoas em todo o mundo.

No continente Americano o alcoolismo é considerado um dos principais fatores de risco à saúde, é a única região do mundo em que o álcool supera o tabaco como o fator de risco mais importante para causas de morbidades (OPAS, 2009). O álcool é uma droga com efeitos tóxicos que possui riscos como a intoxicação e a dependência, se passar a ser consumido em excesso pode causar desde o adoecimento do indivíduo até a mortalidade deste.

No Brasil, segundo estudo realizado pela World Health Organization (2004) intitulado Global Status Report on Alcohol em um comparativo entre países, na década de 70 e 90, mostrou que o consumo de álcool teve um crescimento de 70,44%, passando a ser considerado entre os 25 países que mais aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas neste período.

O álcool tem uma base histórica onde se verifica a associação do seu consumo aos hábitos culturais e costumes familiares, tornando-se dessa forma desmistificado do efeito entorpecente provocado pela sua ingestão. Desde muito cedo o indivíduo faz uso dessa substância como forma de aliviar tensões, provocar desinibição, comemorar eventos importantes no meio familiar ou social. A permissividade com que a droga é comercializada, divulgada e consumida a faz de um dos protagonistas dos problemas biológicos, psicológicos e sociais.

O consumo abusivo do álcool é uma ameaça global, cujo enfrentamento não pode ser pontual sob a forma exclusiva de ações assistenciais, mas sim por estratégias eficientes com enfrentamento amplo e eficaz (GURGEL; MOCHEL; CARVALHO FILHA, 2010).

No Brasil, no que se refere às políticas públicas sobre álcool e outras drogas muito tem se debatido nos últimos anos. Como a ampliação de serviços especializados, a capacitação de profissionais, a criação de redes de cuidados dentre outras ações. Vale salientar que, mesmo

presente no discurso dos gestores, de políticas públicas, estas ações mostram-se limitadas, não são executadas de forma efetiva o que as tornam ineficientes e fragilizadas. Segundo Laranjeira e Romano (2004, p.77) o processo político para planejamento e execução das políticas

[...] não é tão claro assim sendo contaminado por interesse de valores e ideologias conflitantes O álcool, além de ser um produto que, como outro qualquer, produz trocas econômicas, também é um produto que requer extraordinárias políticas públicas na forma de regulação, taxação e serviços destinados aos danos causados pelo seu consumo.

Políticas públicas efetivas devem sempre atender bem o público prejudicado, de forma que possa diminuir os custos em consequência a existência de um agravo e amenize o sofrimento dos que estão sendo atingidos. Como o processo lento de transformação do cenário brasileiro, relacionado ao alcoolismo, a problemática continua atuar de forma expressiva deteriorando a vida do alcoolista bem como das pessoas que convivem com o mesmo.

O ato de beber tem profundo impacto sobre a família, seja no aspecto considerado uso nocivo ou dependência. Embora o alcoolismo seja um mal que atinge as pessoas de forma individual, ao mesmo tempo ele destrói seus vínculos sociais e os afetivos, prejudica seu local de trabalho e sua família, tornando-a dessa forma vítima do álcool pelos efeitos que lhes é causado, dentre eles o sofrimento psíquico dos seus familiares.

Com base nessas afirmativas investiga-se o adoecimento mental em familiares de alcoolistas, o rastreamento do alcoolismo foi feito com aplicação do questionário CAGE-familiar um instrumento testado no Brasil que já foi utilizado por vários pesquisadores, demonstrou alta sensibilidade e grande eficácia. Através dele se identificou, entre os adolescentes, a existência do problema do alcoolismo na família.

Do total de 715 (100%) adolescentes participantes da pesquisa, verificou-se que 242 (33,9%) afirmaram existir na família um membro alcoolista. Esse número supera a estimativa de alcoolistas no Brasil, pois, de acordo com os resultados apresentados no I levantamento sobre o padrão de consumo de álcool pelos brasileiros, 3% dos investigados disseram ter algum tipo de problema pelo uso nocivo do álcool; e 9% disseram ter problema por dependência; o que implica dizer que 12% da população brasileira tem algum problema com o uso do álcool (LARANJEIRA et al, 2007). No que se refere, especificamente, à região nordeste, no II levantamento domiciliar sobre uso de drogas envolvendo as 108 maiores cidades, verificou-se que a estimativa de dependentes de álcool nessa região foi de 13,8% (CEBRID, 2005).

São escassos os estudos epidemiológicos realizados na Paraíba para verificar padrão de consumo de álcool pela população. Mas, em pesquisa realizada em uma escola pública do interior do estado, verificou-se que 71% dos estudantes investigados bebem com frequência (CERQUEIRA et al, 2011). Outra investigação realizada no Estado, em uma tribo indígena, identificou que 41,8% dos entrevistados informaram que pelo menos um membro da família faz uso de álcool (MELO, 2011). Contrapondo-se a esses índices apresentados, uma pesquisa realizada sobre consumo de álcool e tabaco com escolares em Campina Grande apontou que apenas 9,7% deles afirmaram fazer uso de álcool (GARCIA et al, 2011).

A divergência entre os resultados apresentados pode estar associada à cultura local e a faixa etária do grupo participante, entre outras especificidades. De acordo com Fraga (2006), uma das razões atribuídas à ocorrência de alterações em resultados de pesquisas epidemiológicas pode estar associada aos diferentes instrumentos de coletas utilizados, bem como às variações geográficas dos locais de realização do estudo.

Nesta pesquisa, identificou-se que entre os familiares usuários de álcool, o pai foi o mais mencionado, sendo citado em todas as respostas do questionário CAGE-familiar. No estudo realizado por Fligie et al. (2004) com filhos de dependentes químicos em São Paulo, o pai foi referenciado na maioria das vezes como sendo o dependente químico e tendo o álcool como a substância de escolha. No México, em pesquisa realizada por Barrientos-Acosta et al. (2010) sobre depressão em adolescentes, verificou-se que o abuso do álcool foi predominante pelo pai com 23% contra 3% pela mãe.

Essas referências comprovam evidências de outros estudos em que o uso do álcool é prevalente em pessoas do sexo masculino. Como foi visto em inquérito nacional realizado por Laranjeira et al. (2007), 65% dos homens entrevistados, maiores de 18 anos, bebem. E em investigação realizada no Estado de São Paulo, a prevalência do consumo de álcool entre os adultos do sexo masculino foi de 52,9% (GUIMARÃES et al, 2010).

No momento de construção do banco de dados, foram definidos dois grupos para análise e observação da relação entre as variáveis. O primeiro grupo foi formado por adolescentes que convivem com familiares alcoolistas; e o segundo, por adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas. Na relação das características sociodemográficas e familiares dos adolescentes, segundo a situação do convívio com familiares alcoolistas, evidenciaram-se semelhanças na proporção dos resultados com o perfil geral do grupo, discutido no início do capítulo. Após a aplicação do teste estatístico, verificou-se associação com significância apenas para as variáveis “atividade remunerada” com p-valor=0,035 e “tipo de família” com p-valor=0,044.

Baseado na hipótese de que conviver com um familiar alcoolista é sempre um desafio, resultando em prejuízos em todos os aspectos da vida familiar, pela possibilidade de um ou mais de seus membros manifestar sinais de adoecimento psíquico, em decorrência da relação estabelecida entre o indivíduo e o álcool. Compreende-se que a dependência química passa a regular as relações familiares e os membros pertencentes a esse núcleo passam a demonstrar sinais de codependência, uma patologia que se manifesta pela relação de dependência estabelecida entre as pessoas.

A codependência pode ser descrita como uma condição específica, caracterizada por preocupação e dependência extrema a uma pessoa ou coisa. É conhecida como doença do relacionamento, e ainda não é aceita por muitos estudiosos, mesmo sendo esse relacionamento o ponto de partida que origina várias patologias; entre elas destaca-se o sofrimento mental.

Um dos primeiros autores a apresentar um estudo sobre codependência foi Hemfelt, Minirt e Meier (1989), identificando-a a partir do conceito já elaborado sobre dependência. É, portanto, compreendida como uma condição emocional, psicológica ou comportamental, resultado da convivência direta ou indireta com o usuário da droga lícita ou ilícita.

Uma vez que se caracteriza a codependência, o indivíduo passa a manifestar sinais de adoecimento. Entre as enfermidades apresentadas, pode-se manifestar o sofrimento psíquico. Portanto, com o intuito de verificar sinais de sofrimento mental, como a depressão e a ansiedade, em adolescentes familiares de alcoolistas, inicialmente foi observada a frequência do sofrimento psíquico na totalidade do grupo investigado e, posteriormente, como se manifesta tal agravo nos grupos, correlacionando os instrumentos CAGE-familiar com SRQ-20 este verifica sinais de adoecimentos psíquicos menores, como a depressão e ansiedade.

Entre os agravos da saúde mental do adolescente, destacam-se a depressão e ansiedade. Em publicação da Organização Mundial de Saúde (2003), intitulada *Caring for children and adolescents with mental*, verifica-se referência às desordens mentais mais comuns entre os adolescentes; entre elas foram listadas: depressão e suicídio associado a psicose, transtorno por uso de substâncias, transtornos alimentares, transtornos de conduta, transtorno de ansiedade, abuso de substâncias, entre outros.

A depressão é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, o social e o físico. O desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da autoestima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido (COUTINHO et al, 2003).

Segundo a OMS (2011), estima-se que até 2020 a depressão esteja entre as doenças que mais atingem a população no mundo, tornando-se uma das principais causas de incapacidades no trabalho. Esta pode ser descrita como uma síndrome, uma reação, um estado emocional ou uma doença clínica grave, desadaptada e incapacitante (STUART; LARAIA, 2001, p.382).

No que diz respeito à ansiedade, o autor coloca que é a presença de sentimentos difusos de isolamento, de insegurança que leva a pessoa a se sentir ameaçada no seu íntimo. É uma emoção apresentada sem um objetivo específico, provocada pelo desconhecido que precede todas as experiências que se mostram novas à vida da pessoa (STUART; LARAIA, 2001). Manifesta-se por uma emoção frequente, geralmente vivenciada pelos adolescentes que experimentam profundas transformações e vivem constantemente em sinal de alerta perante as situações novas que muitas vezes se constituem uma ameaça a sua vida.

Na adolescência, o sujeito torna-se predisposto a manifestações de desestabilidades psicológicas. Nessa fase, o jovem torna-se responsável por se autodefinir, adquirir novas responsabilidades sociais, familiares e profissionais, experimentando limites, contrapondo-se ou justapondo-se às normas sociais e familiares que foram pregadas até então. Tendem a experimentar fortes sentimentos de estresse, confusão, dúvidas a respeito de si mesmos, enfrentam pressão para que sejam bem-sucedidos têm incerteza quanto aos aspectos financeiros e outros sentimentos.

A depressão e a ansiedade na adolescência vêm constituindo-se num grave problema de saúde pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde, não têm sido observadas com a merecida atenção.

Neste estudo, dos 715 (100%) adolescentes entrevistados, 211(29,05%) foram classificados como portadores de sofrimento psíquico, que apresentaram sinais de depressão e ansiedade. Esse número exprime que o grupo tem apresentado percentual acima da estimativa mundial, divulgada pela World Health Organization (2005) de que 20% das crianças e adolescentes padecem de algum transtorno mental evidente.

Esses resultados denotam que a saúde mental da criança e do adolescente tem se tornado um problema universal, não se restringindo a localidades específicas. Expressam a existência de lacunas no que se refere às políticas direcionadas a essa camada da população e, segundo a Organización Panamericana de Salud (2009, p.234), quando essa realidade se propaga, denuncia a ausência de diretrizes para o desenvolvimento de políticas para a saúde mental da criança e do adolescente, o que implica em sistemas de cuidados que estão fragmentados, são ineficientes, caros e inacessíveis.

Outra evidência constatada em estudos já realizados no Brasil é que crianças e adolescentes que habitam em lares com alcoolistas têm apresentado sofrimento psíquico com um percentual bem mais elevado do que os apresentados pela estimativa mundial, para indivíduos nessa mesma fase da vida (AVANCI 2007; SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005; HALPERN; FIGUEIRA, 2004; FLIGLIE; BORDIM; LARANJEIRA, 2004). Nesta pesquisa, os resultados comprovam essa informação, pois, no grupo investigado, quando ocorre a associação das variáveis alcoolismo familiar e sofrimento psíquico, observa-se variação nos dados apresentados pela totalidade investigada.

Os valores mostram que, entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas que apresentaram sofrimento psíquico, foi identificada uma prevalência de 40,1%; e no segundo grupo, composto por adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas, ocorre uma prevalência de 24,1%. De acordo com a razão de prevalência neste estudo, entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas aproximadamente 1,7 manifestam o sofrimento psíquico.

Esses resultados comprovam que a presença de um alcoolista na família pode provocar alteração na dinâmica familiar, funcionando como uma estrutura que desestabiliza e desagrega o sistema. As famílias que vivenciam o problema da dependência química experimentam os mais variados sentimentos, como a insegurança, o medo, a impotência, enfim, tornam-se vítimas indiretas de um hábito individual adotado por um de seus integrantes. O impacto dessa desorganização nas relações interpessoais resulta em prejuízos no desenvolvimento pessoal de seus membros, comprometendo a saúde dos seus integrantes.

Pesquisas realizadas com crianças e adolescentes evidenciam que um dos fatores que vem comprometendo a saúde mental desse público é o alcoolismo familiar. Souza, Jeronymo e Carvalho (2005) publicou que filhos de alcoolistas, por ele investigados apresentaram como características psicológicas: insegurança, baixa autoestima, impulsividade, agressividade, baixa tolerância às frustrações; o que pode resultar em transtornos de conduta. Esses fatores podem ser apontados como risco para futuras desordens psiquiátricas. Sendo assim, as formas como os membros da família se relacionam influência para o equilíbrio mental, existindo a possibilidade de alguns tipos de relacionamento que possam trazer sérios prejuízos para o desenvolvimento do indivíduo.

Neste estudo, a partir do perfil sociodemográfico e familiar dos adolescentes, verificou-se a prevalência do sofrimento psíquico associado à situação de convívio com familiares alcoolistas, observando-se qual a prevalência do agravo segundo as variáveis de controle.

De acordo com os resultados averiguados, ocorreu a prevalência do sofrimento psíquico entre as mulheres nos dois grupos de adolescentes: que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico, e os adolescentes que não convivem com alcoolistas com sofrimento psíquico. Esses resultados confirmam dados de outros estudos realizados a respeito da temática, de que o sofrimento mental é mais frequente em mulheres. Em pesquisa realizada por Avanci (2007) com adolescentes no Rio de Janeiro, ocorreu a prevalência do sofrimento psíquico no sexo feminino, com 63,4%. Ainda segundo Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, as mulheres encontram-se numa condição de maior risco para desenvolver transtornos mentais, pois estas estão mais expostas a situações de risco por serem as vítimas mais expressas de casos de violências psicológicas e físicas. Outras situações que predispõem o sexo feminino ao sofrimento psíquico estão relacionadas à discriminação social, à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho, à violência doméstica e sexual (WHO, 2001).

Com relação à variável raça/cor, observa-se uma proporção semelhante nos resultados apresentados pelos dois grupos. No grupo de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico, a prevalência ocorre com resultados semelhantes entre as três classificações de raça, observando-se uma maior prevalência entre aqueles que disseram ser brancos com 45,7%; e no grupo de adolescentes que não convivem com alcoolistas e apresentam sofrimento psíquico, prevaleceu a cor parda, com 25,9%.

Esses resultados reafirmam que o Brasil tem como uma de suas características a miscigenação racial. Não se verificaram em outros estudos premissas para assegurar que a classificação racial seria um dos fatores que contribuiria para o adoecimento mental do indivíduo; embora, em publicação de Oliveira (2003) sobre a saúde da população negra no Brasil como forma de fornecer subsídios para se conhecer o perfil de grupos raciais e étnicos, esta apresenta uma relação de doenças e agravos à saúde, que são classificados como adquiridos e que, na maioria das vezes se derivam de condições socioeconômicas desfavoráveis, característica sociodemográfica predominante nessa camada da população, identificados, entre eles, o alcoolismo e os transtornos mentais.

Num estudo norte americano sobre a epidemiologia do uso do álcool e outras drogas entre estudantes, observou-se que o ato de beber pesado é mais elevado entre estudantes brancos. Os negros apresentaram a classificação de beber “leve” ou “mais baixo”; e o ato de beber dos hispânicos foi classificado como intermediário (O'MALLEY; JOHNSTON, 2002). Esses resultados mais uma vez reafirmam que o hábito de beber das pessoas se diferencia em vários locais do mundo, e que esse comportamento social tem como uma de suas características predominantes a cultura local.

Com relação à idade, foi verificada uma distribuição de jovens pela faixa etária estabelecida no estudo, e observou-se que entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico e entre os que não convivem com familiares alcoolistas mas apresentam sofrimento psíquico, houve uma distribuição aproximada da prevalência do agravo relacionado à idade.

Vale ressaltar ainda que, mesmo sendo o grupo de adolescentes de 14 anos composto pelo menor número de investigados, salienta-se que foi o grupo em que ocorreu menor prevalência do sofrimento psíquico nos dois casos. Contrapondo-se a esse achado, em um estudo realizado por Barrientos-Acosta et al. (2010) sobre depressão e tipologia familiar de adolescentes mexicanos, os autores verificaram uma prevalência de depressão em adolescentes com 13 anos de idade (40%). Sendo assim, não verificamos evidências de que uma idade específica do período da adolescência torna o indivíduo predisposto a esse agravo, mas que, nessa fase, a vivência de várias experiências torna a pessoa predisposta e fragilizada, e a manifestação do agravo dependerá também do momento em que se experimentam as adversidades.

A manifestação de sofrimento psíquico em adolescentes tem se tornado objeto de interesse por parte de alguns pesquisadores. Estudos têm apontado que, além de algumas fragilidades características desta faixa etária, outros fatores que contribuem para a manifestação desses agravos são as relações familiares estabelecidas desde a infância. Estas contribuem tanto para o bom funcionamento cognitivo e emocional de seus membros como para o desencadeamento de psicopatologias (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010).

Quanto à variável atividade remunerada, quando feita a relação do alcoolismo e o adoecimento mental, verificou-se uma prevalência de sofrimento psíquico entre os jovens que trabalham nos dois grupos. No primeiro, de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico (44,2%) e, no segundo, de adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas mas apresentaram sofrimento psíquico (24,2%).

A prevalência de sofrimento psíquico entre os adolescentes que trabalham pode estar associada às condições em que estas pessoas estão colocadas no mercado de trabalho. Mesmo que exista uma legislação que regulamenta as atividades laborativas para crianças e adolescentes no Brasil, frequentemente, verifica-se, através de denúncias, a existência de condições insalubres de trabalho de indivíduos nessa faixa etária, as quais os priva do direito a educação afastando-os do convívio familiar. Conforme Bressan, Godoy e Lunardelli (2004) “o trabalho pode influenciar a saúde mental de um adolescente de maneira positiva ou negativa, protegendo-a e trazendo-lhe aprendizagens ou privando-o de experiências de vida

importantes". Essa privação pode resultar no sofrimento psíquico do indivíduo. Outra constatação feita por Londoño (2010, p.66) é que os problemas de trabalho são constituídos como fatores de risco para a saúde mental do adolescente, porque podem desencadear "fobia social e depressão", quando os mesmos vivenciam o desemprego, condições de trabalho estressantes e difíceis, insatisfação, conflitos com o chefe ou colegas, entre outros problemas trabalhistas que podem alterar o humor, e produzir um sentimento de rejeição social.

No que se refere à religiosidade do grupo, ocorre maior prevalência de sofrimento psíquico entre os que convivem com alcoolistas na categoria classificada como outros. No agrupamento desses dados, o número de pessoas que se denominaram espíritas foi predominante nessa categoria. Relacionado a esse achado, observou-se que são limitados estudos a respeito da associação entre religiosidade e saúde mental, mas Dalgarrondo (2007), em um levantamento sobre a temática realizado em nível nacional, evidenciou que o espiritismo não tem como consequência o adoecimento mental do indivíduo, mas sim que a maioria das pessoas que procura esse tipo de religião já foi acometida por esse agravio. Reforçando essa informação em uma pesquisa sobre saúde mental de trabalhadores, os resultados expressaram que 59% das pessoas entrevistadas consideraram que tiveram ou têm depressão e, destas, 78% buscaram a religião como uma alternativa, das quais 43% procuram o espiritismo (SANTOS, 2006).

Entre os jovens que não convivem com familiares alcoolistas, ocorreu prevalência de sofrimento psíquico quando o pai tinha escolaridade de nível superior (36,3%). Em relação à escolaridade da mãe verificou-se aproximação dos resultados, mas observa-se semelhança relacionada à escolaridade ao pai, pois predominou o agravio quando a mãe apresentava maior nível de instrução, no grupo de mães com ensino superior (24,0%) e médio (28,4%). Uma questão pontual a respeito desse achado, além da variável alcoolismo, é que as pessoas cada vez mais estão distantes da sua casa e da convivência com a família. Pessoas que possuem maior grau de escolaridade geralmente trabalham fora e possuem longas jornadas de trabalho e a ausência dos pais pode contribuir na manifestação de sofrimento psíquico nos filhos.

Na contemporaneidade, o modelo familiar se adaptou às necessidades impostas pela modernização e pelo modelo econômico atual. Uma característica atribuída aos pais economicamente ativos é que estão colocados no mercado de trabalho e quando optam por ter filhos, deixa cada vez mais, em creches, com babás, escolas ou aos cuidados de outros parentes. Esse fator pode ser determinante na manifestação do sofrimento psíquico, já que, desde muito cedo, crianças e adolescentes estão sendo expostos a experimentar os problemas vivenciais.

A família constitui-se num sistema dentro do qual evoluem as fases de crescimento e desenvolvimento humano, ela é mediadora entre o indivíduo e a sociedade, é nela que o adolescente aprende a perceber o mundo e a situar-se nele. A ausência dos pais contribui para o surgimento da depressão na medida que o adolescente não consegue elaborar os sentimentos de perda relacionados a esta separação (CRIVELATTI, 2006, p.6).

Também relacionado aos adolescentes que não convivem com familiares alcoolistas, mas apresentaram sofrimento psíquico, apontamos outras características da família moderna, economicamente ativa, identificadas no perfil familiar desse grupo, como forma de assegurar a discussão suscitada acima. Neste estudo prevaleceu o sofrimento psíquico em adolescentes que residiam com até 3 pessoas (32,3%), tinham modelo monoparental (32,8%) chefiadas pelo pai/mãe (33,3%) e tinham como renda familiar de 3 a 4 salários mínimos (30,1%).

Segundo Crivelatti (2006, p.70), sobre a saúde mental do adolescente, muitas vezes a ‘desestruturação da família’ ocorre mesmo no momento em que os pais ficam ao lado dos filhos; “esses vivem solitários, não têm com quem conversar, não possuem amigos para partilhar seus medos e suas emoções, ao mesmo tempo não sabem como lidar com este tipo de situação”. A não existência de um tempo dedicado à relação entre os pais e os filhos, em que onde os mesmos poderiam comungar de atividades obrigatórias e momentos de lazer, pode ocasionar nos filhos sentimentos de ansiedade ou até mesmo a manifestação de adoecimento mental.

Ainda em referência à escolaridade dos pais, a não escolarização dos mesmos foi uma característica predominante para a prevalência do sofrimento psíquico no grupo de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas. Essa característica reafirma dados, apresentados outrora nesta discussão, de que a baixa escolaridade das pessoas é uma característica social predominante da maioria das famílias brasileiras. Atrelada a isso está a baixa condição econômica vivenciada pela maioria da população. Observa-se que, nos últimos anos, o Brasil tem apresentado uma diminuição nas taxas de analfabetismo, passando de 13,3%, em 1999, para 9,7%, em 2009 (IBGE, 2010). Embora venham ocorrendo avanços no processo de educação no país, com inserção do grande número de crianças e adolescentes na escola os dados têm apresentado como característica determinante o encurtamento dos anos de permanência dos jovens na escola. Um dos motivos apontados é a necessidade econômica que induz a uma inserção dessa camada da população no mercado de trabalho. Outra constatação relevante para confirmar os achados deste estudo é que em 2009, na região nordeste, apenas 6,7 dos adolescentes inseridos no ensino fundamental concluíram os anos de

estudo. Segundo as fontes de análise, a baixa escolaridade dos brasileiros tem algumas características sociodemográficas específicas predominantes para as pessoas com menor renda *per capita* e que residem na região nordeste do país (IBGE, 2010;2011).

Em estudo realizado por Souza, Jeronymo e Carvalho (2005) com filhos de alcoolistas, a autora revela resultados semelhantes aos encontrados neste estudo: com relação a escolaridade dos pais, a maioria das mães dos filhos de alcoolistas tinha 1º grau incompleto (85%); os pais dos filhos de alcoolistas (10%) eram analfabetos; e (65%) tinham o 1º grau incompleto. Corroborando esses resultados, em outro estudo realizado em um serviço de saúde com filhos de dependentes químicos, Fliglie et al. (2004) revelaram resultados semelhantes, nos quais, mãe e pai em sua maioria tinham ensino fundamental incompleto.

A relação do grau de escolaridade das pessoas com os agravos aqui investigados é relevante pela consideração: quanto menor o nível de conhecimento destes a respeito dos agravos aos quais são expostos, mais vulneráveis tornam-se às enfermidades. A realização de trabalhos de prevenção e tratamento é escassa e, quando existente, essa camada da população não é atingida em sua totalidade.

No grupo de adolescentes que convivem com alcoolistas e apresentaram sofrimento psíquico, verifica-se prevalência do sofrimento psíquico entre aqueles que habitavam com mais de 6 pessoas. De acordo com a composição da família, foram classificadas em recompostas e que viviam com renda de até 2 salários mínimos. Outro fato interessante no que se refere à variável chefe da família, prevaleceu entre aqueles que não sabiam informar, ou seja, na família não existia uma figuração de alguém como líder do grupo; a inexistência dessa representação pode configurar, muitas vezes, uma desorganização familiar que resulta em conflitos.

O desarranjo familiar experimentado pelas famílias de baixa renda revela a exposição contínua das pessoas às drogas. Esse assunto tem sido retratado diariamente pelos veículos de comunicação, que expõem a exclusão social às quais as pessoas são submetidas, sendo-lhes privado, muitas vezes, até o direito de ir e vir em periferias brasileiras.

Um estudo feito na Venezuela por Costa e Castilho (2010) revela que, naquele país, o alcoolismo é um grave problema de saúde pública, ‘especialmente nas comunidades das periferias urbanas, nas quais vivem em condições de extrema pobreza e exclusão de direitos da maioria da população apontando também o alto padrão de consumo por aquela população’.

Ainda com relação à renda familiar, essa variável tem forte influência na saúde mental do indivíduo, uma vez que, segundo colocação feita por Stuart (2001), pessoas de classe social baixa têm maior risco para transtornos psiquiátricos, porque enfrentam mais problemas

diários que a classe alta; têm menor poder de resolutividade desses problemas e com isso passam por prolongados períodos de estresse.

Com o intuito de conhecer o funcionamento das famílias dos adolescentes quanto aos fatores de risco ao adoecimento psíquico relacionado à variável alcoolismo, foi feita a relação entre os instrumentos aplicados neste estudo: o CAGE-familiar, SRQ-20 e FACES III.

Entre os fatores verificados até então, os quais contribuem para o sofrimento mental dos indivíduos, seja com a convivência de um alcoolista na família, ou não; na grande maioria das vezes, caracterizaram-se por possibilidades na existência de relações familiares conflitantes.

Uma categoria adotada nesta investigação, para verificar a manifestação desse agravo na família, foi considerar o modelo familiar existente, para que, a partir daí, se compreenda o funcionamento deste núcleo. A partir das relações estabelecidas entre estes indivíduos verificou-se se essas favoreceram a manifestação desses agravos.

De acordo com a visão sistêmica, a família é um sistema aberto e funcional com relação ao contexto sociocultural ao qual está inserido. As relações familiares podem ser estabelecidas a partir de laços de consanguinidade, afeto, parentesco, amizade, necessidade financeira, entre outros. Todo ser humano tem a necessidade de viver em família; uma vontade que apresenta duas dimensões: uma física, expressada pelos limites do território; e uma social, representada pelas relações entre os membros da família e dela com os outros (TANNÚS et al, 2011). Quando associada às inúmeras necessidades materiais ou psicológicas encontradas no meio familiar se verifica ainda a existência de um alcoolista, vários acontecimentos tornam essas famílias vulneráveis ao comprometimento psíquico dos seus integrantes. Situações presentes e rotineiras vivenciadas por essas famílias dizem respeito a casos de violência, crises financeiras, sentimento de impotência, enfim, problemas que abalam a estrutura familiar (MACHADO et al, 2005, p. 149).

É sabido que interações familiares de baixa qualidade, permeadas por conflitos, são tidas frequentemente como um fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos. As relações estabelecidas na família desempenham um importante papel na mediação do funcionamento cognitivo e emocional de seus membros (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010). O comportamento e atitudes, apresentados pelos mesmos, repercutem em alterações no âmbito sociofamiliar, ocasionando desentendimento e fragilização das relações interpessoais, reveladas por sentimentos de ambiguidade, impotência, tristeza e revolta, expressadas pelos familiares, em relação ao seu parente e às situações geradas pela condição de dependência ao álcool (GONÇALVES, 2010).

O envolvimento afetivo e a vontade de manter o controle sobre a situação é uma das dificuldades mais frequentes nas relações familiares com dependente químico. Com a compreensão de que o álcool passa a regular as relações familiares, Rossato (2006) descreve dois modelos familiares apontados por Steinglass em 1989 para diferenciar a família alcoolista (codependente) da família que apenas convive com o problema, por existir no seu meio um integrante alcoolista. No primeiro exemplo, a família torna-se dependente do hábito de beber do seu parente, adoecendo de forma lenta e progressiva; no segundo exemplo, o funcionamento familiar se mantém independente do indivíduo alcoolista.

Uma das necessidades do ser humano é a família; nela ocorrem as primeiras trocas afetivas e emocionais; é onde se vivenciam momentos de alegria e de tristeza. Mas, também é no seu interior que, primeiramente, surgem os problemas, que algumas vezes tornam-se benéficos pela possibilidade de o sujeito aprender a se definir como diferente e a enfrentar seus conflitos durante o processo de crescimento pessoal (SENA et al, 2011, p.15).

Contrapondo-se a essa probabilidade, nem sempre os conflitos existentes no seio familiar vão contribuir de forma positiva para o desenvolvimento dos seus integrantes, algumas vezes, esses implicam em sequelas que se manifestam em algum momento da vida, como é caso do agravo aqui investigado.

O desenvolvimento de problemas psíquicos é influenciado pelas particularidades do indivíduo, bem como de suas interações com a família. Para conhecer o funcionamento familiar na percepção do adolescente, primeiro relaciona-se a coesão, a adaptabilidade e o risco familiar à variável alcoolismo e, no segundo momento, associa-se o funcionamento familiar ao convívio de adolescentes com familiares alcoolistas e o sofrimento psíquico daqueles adolescentes.

No que se refere à coesão familiar relacionada à variável alcoolismo, observa-se semelhança na distribuição dos resultados nos dois grupos; apresentando, como característica, famílias separadas, consideradas pelo nível de coesão como funcionais. A respeito da adaptabilidade familiar nos dois grupos, as famílias foram classificadas como estruturadas, e, de acordo com a classificação de adaptabilidade, também foram consideradas funcionais.

Na existência de um familiar alcoolista entre aqueles que apresentaram sofrimento psíquico, verifica-se nessa associação que a classificação adotada, segundo avaliação do funcionamento da família, continua estável. Como observado na primeira correlação, as famílias mantêm-se funcionais no que se refere à coesão e adaptabilidade.

No momento em que se observam as respostas dos adolescentes a respeito do funcionamento familiar, fica claro que a relação de convívio com o familiar alcoolista e a

existência do sofrimento psíquico não alteram a frequência de respostas de acordo com a percepção do adolescente. Mesmo observando a classificação semelhante de família de baixo risco, tidas como funcionais, pela coesão e adaptabilidade, nos dois grupos, faz-se necessária uma reflexão. Mesmo se verificando que entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas ocorreu uma maior prevalência de sofrimento psíquico, o meio familiar lhes possibilitou exercer seu papel enquanto integrante desse grupo. De acordo com a adaptabilidade familiar, essas famílias, mesmo frente às problemáticas, têm permitido aos jovens a capacidade de modificar a realidade mesmo que em situações difíceis.

Esse achado reafirma uma colocação feita por Falceto (1997, p. 20-21) em seu estudo, quando a autora apresenta a dificuldade que existe em ‘articular o diagnóstico familiar com o diagnóstico psiquiátrico individual’. A associação das questões interacionais com o diagnóstico individual parece ser uma forma adequada de se compreender a interação dos fatores individuais com a interação familiar, uma forma de se evidenciar elementos de uma mesma realidade que, quando associados, desencadeiam alguns prejuízos.

Neste estudo, no que se refere à coesão das famílias de adolescentes que convivem com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico, as mesmas foram classificadas como funcionais do tipo separada. Ou seja, na percepção do adolescente e na classificação estabelecida, observa-se existir uma relação afetiva entre os adolescentes e os membros da família. Salgueiro (2010) descreve as famílias funcionais dizendo que, nesse núcleo, os membros têm o sentimento de pertença à unidade familiar, e por outro lado, existe a possibilidade de individualização entre os membros dessa unidade.

Ainda com relação à adaptabilidade familiar, enfatiza que essas famílias apresentam possibilidades de modificar comportamentos frente às situações difíceis e capacidade para modificar uma realidade que prejudica a interação familiar. Não se evidencia neste estudo, resultados que mostram valores extremos em que as famílias são inflexíveis às renovações e à modificação de acontecimentos que modificam o funcionamento de forma que desagrega e desestrutura as famílias, resultado que contradiz ao achados de outros estudos que analisam as relações familiares com dependentes químicos.

Em um estudo feito por Rabelo (2007) em João Pessoa com mulheres vítimas de violência por problemas de alcoolismo na família, em relação a classificação da adaptabilidade o grupo familiar investigado foi considerado famílias rígidas. Nesse tipo de funcionamento, os membros da família se predispõem mais frequentemente aos agravos, e as famílias passam a ser consideradas de alto risco.

De acordo com a classificação final do funcionamento familiar no que se refere ao risco mental, as famílias aqui investigadas foram classificadas, de acordo com esquema mostrado por Falceto (1997), como famílias funcionais de médio risco para adoecimento mental. Com aplicação do teste estatístico para verificar a associação do funcionamento familiar relacionado à situação de convívio de adolescentes com familiares alcoolistas com sofrimento psíquico, evidenciou-se significância apenas para a coesão com p-valor=0,001.

Como a coesão ajuda a verificar a conexão ou separação entre os membros da família, na percepção dos adolescentes que convivem com alcoolistas foi possível perceber que a visão do adolescente a respeito do funcionamento familiar foi de que a união familiar é muito importante, mas sabe-se, que de acordo com estudos realizados com famílias de alcoolistas, observa-se pouco equilíbrio nesses lares. São famílias, na grande maioria das vezes, compostas por codependentes ou pessoas que comungam problemas de relacionamento vivenciando crises, conflitos, violência, entre outras situações.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este estudo teve como foco principal investigar a prevalência de sofrimento psíquico em adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, bem como o funcionamento familiar, verificando a relação entre coesão e adaptabilidade familiar como um fator vulnerável para o adoecimento mental desse grupo.

Como mostram os resultados, com a aplicação do instrumento para triagem do alcoolismo entre os membros da família dos adolescentes, verificou-se a existência de um número de indivíduos condizentes com dados já publicados por outros estudos, comprovando que o número de alcoolistas tem se tornado um dado preocupante no que se refere às políticas públicas. Também se evidenciou que, dentre os familiares, o pai foi o mais mencionado, demonstrando que, embora tenha ocorrido crescimento no consumo do álcool pelas pessoas do sexo feminino, ainda prevalece o agravo entre as pessoas do sexo masculino.

Outro propósito deste estudo foi verificar a existência de sofrimento psíquico entre os adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, como uma das consequências do efeito resultante da dependência química sobre as pessoas que se relacionam com o mesmo.

Dentre os agravos à saúde dos adolescentes, a saúde mental tem sido bastante referenciada, uma vez que, nessa parcela da população, têm-se verificado frequentes diagnósticos de ansiedade e depressão associados a um quadro de codependência, bem como, tem-se observado ainda em indivíduos nessa faixa etária o crescimento no número de suicídios.

No que se refere, especificamente, à saúde mental, ficou constatado que o número de adolescentes que apresentaram sofrimentos psíquicos menores, como a depressão e ansiedade, de acordo com o instrumento aplicado, supera a estimativa mundial, o que é preocupante e tornam emergentes políticas preventivas e de tratamento a essa parcela da população.

A respeito da associação entre o alcoolismo familiar e o sofrimento psíquico dos adolescentes, verificou-se nessa relação que o adoecimento mental prevaleceu entre aqueles que convivem com familiares alcoolistas e entre os adolescentes que estão expostos a situação de risco. Aproximadamente, a cada dois deles, existem sinais de doenças psíquicas menores.

Neste estudo, observa-se ainda que, dentre as variáveis sociodemográficas, foi identificada significância estatística apenas para as variáveis “sexo” e “atividade remunerada”. De acordo com evidências de outros estudos, o sexo feminino se torna mais predisposto ao sofrimento psíquico por apresentar inúmeros fatores que contribuem, destacando-se a vulnerabilidade relacionada à classificação de gênero. Assim como, entre os adolescentes que trabalham, foram apontadas as experiências diárias de estresse vivenciadas por eles.

O que implica dizer que, entre os adolescentes que vivenciam condições de estresse diário, quando associado às relações pessoais conflitantes verificadas na maioria dos lares alcoolistas, os indivíduos tornam-se predispostos a manifestações de agravos no que se refere à saúde mental.

Outro ponto observado foi relacionado ao perfil familiar, uma vez que, entre os adolescentes que conviviam com familiares alcoolistas e manifestaram o sofrimento mental evidenciou-se que no perfil familiar, a maioria das famílias apresentou como características: uma baixa escolaridade dos pais, famílias numerosas, do tipo monoparental, não existindo uma liderança definida, e com uma baixa renda *per capita*. Todas essas variáveis familiares contribuem para que a família vivencie situações de conflitos e estress, o que pode desencadear em alguns dos seus integrantes o sofrimento psíquico.

Embora se compreenda a importância de olhar de forma individual o sofrimento psíquico dos adolescentes, não podemos descartar que o funcionamento familiar contribui na manifestação desse agravio. Com referência ao instrumento utilizado neste estudo para verificar o funcionamento familiar do grupo, constataram-se limitações, uma vez que os resultados apontados restringiram-se à visão de apenas um integrante do grupo, projetando dessa forma, uma visão geral do funcionamento familiar de acordo com as subdivisões estabelecidas na apresentação dos resultados.

Referente à coesão e adaptabilidade familiar, de acordo com os resultados as famílias apresentaram-se funcionais, ou seja, os resultados identificados convergiram para o centro, demonstrando dessa forma que, no geral, as famílias foram classificadas como sendo de médio risco para o adoecimento mental.

Analizando-se os achados desta investigação, a partir da visão do adolescente, comprehende-se que no funcionamento familiar, mesmo com a possibilidade de se vivenciar momentos de crise e conflitos pessoais, a unidade familiar apresenta-se como uma referência. Nesse núcleo eles percebem a existência de uma interação afetiva entre os membros e demonstram que a partir do instrumento aplicado, mesmo diante das adversidades existem possibilidades de modificar comportamentos frente às situações difíceis, com o intuito de transformar uma realidade que possa prejudicar a interação entre os integrantes da família.

Diante dos resultados e discussão apresentados, comprova-se que ocorre uma prevalência do sofrimento mental dos adolescentes, quando estes convivem com familiares alcoolistas, e que a manifestação desse agravio torna-se preocupante uma vez que, neste estudo, reafirma-se que tem se tornado crescente o número de pessoas que abusam do álcool,

mas que grande parte das famílias que vivenciam essa problemática têm a capacidade de se adaptar às dificuldades vivenciadas no meio familiar e lidar com ela de forma eficaz.

Conclui-se, então, que experiências positivas e negativas vivenciadas desde a infância resultam em efeitos positivos ou negativos que poderão afetar o indivíduo por toda a vida. E que, quando identificados ainda na adolescência, possibilita aos profissionais de saúde a realização de ações de prevenção e combate com a execução de atividades que propiciem ações que integrem os usuários, a comunidade e a família, como forma de ampliar redes de apoio para prevenção do sofrimento psíquico do indivíduo, ocasionado pelo alcoolismo no seio familiar.

Por fim, o estudo nos leva a fazer uma reflexão a respeito das possíveis propostas de ação desenvolvidas pelos gestores públicos no que se refere à política nacional sobre álcool e outras drogas, uma vez que esta, teoricamente, garante ações de prevenção, tratamento para usuários e familiares. Observa-se, no entanto, que ocorreu o crescimento nos problemas da população de adolescentes, que se tornaram vítimas expressas da drogadição, seja de forma direta ou indireta.

Considera-se a importância de se investir nas políticas de educação no Brasil, uma vez que se comprovou, neste estudo, que essa variável tem forte influência para a presença de alcoolismo na família e, consequentemente, o sofrimento psíquico daquelas pessoas vítimas de estresse, violência, baixa qualidade de vida, em fim, sujeitos com baixa renda *per capita* vivem em maior condição de vulnerabilidade. Ressalta-se ainda a importância de se investir em ações de prevenção ao sofrimento psíquico, exaltando-se as necessidades e fragilidades do gênero feminino, carecendo de ações direcionadas a este grupo enfocando a prevenção e o controle do adoecimento mental, bem como ações que promovam qualidade de vida para os adolescentes que estão inseridos na escola e no mercado de trabalho.

Espera-se também que a realização dessa investigação possibilite uma reflexão a respeito do olhar sistêmico que os profissionais devem dispensar aos adolescentes que manifestem sinais e sintomas inquietantes, no que se refere à saúde mental, não descartando a importância da escola como parceira para a realização de ações de prevenção, uma vez que comportamentos verificados pela escola são fundamentais para detecção do adoecimento mental da criança e adolescente. Assim, a efetivação de ações de prevenção à saúde do adolescente se dá a partir da comunicação do setor de saúde e educação não dispensado o envolvimento de todos os segmentos sociais para a formação de uma rede de apoio.

Vale salientar ainda que estudos epidemiológicos, no estado da Paraíba, a respeito da problemática são escassos; o que limitou uma análise comparativa entre os resultados aqui

apresentados para se observar como tem se manifestado esse fenômeno na população investigada. Sugere-se, então, que sejam realizados novos estudos sobre a saúde mental do adolescente, ampliando o foco para observar como esse agravo tem se manifestado em adolescentes por todo o estado da Paraíba, com possibilidade de se observar outros fatores a exemplo dos aspectos culturais.

Para finalizar, evidencia-se a importância da realização de estudos epidemiológicos pelos profissionais da enfermagem como forma de se conhecer uma realidade para que, a partir daí, se tracem metas para a prevenção, controle e combate aos agravos à saúde.



REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal, um enfoque psicanalítico.** Porto Alegre: Artmed, 2003. 96 p.

AGENCIA BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA (ABIN). Mortes por consumo de álcool no país crescem 18,3%. **Jornal do Brasil**, Brasília, 22 jan. 2009. Disponível em:<<http://www.abin.gov.br/modules/articles/article.php?id=3818>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

ALBERTINI, S. **O adolescente e outro.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

ALMEIDA FILHO, A. J. et al. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Revista de Enfermagem da escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 605-610, dez. 2007.

ARAGÃO, Thais Araújo et al. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 395-405, 2009.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 358 -370, ago./dez. 2010.

AVANCI, J.Q. et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicología: Teoria e Pesquisa**, Jul./set., v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a07v23n3.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2011.

BARRETO, A.P. **Terapia comunitária:** passo a passo. 3.ed. rev. e ampl. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRIENTOS-ACOSTA V. et al. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. **Archivos em Medicina Familiar**, v. 1 2, n. 3, p. 69-76, jul./sep. 2010.

BECKER, D. **O que é Adolescência.** São Paulo: Brasiliense, 1995. 159p.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 18 ago. 2011.

BRASIL. **Medida Provisória 1669/98.** Brasília, 1998. Disponível em:<http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/DF/BR/medida_provisoria_1669.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. **Censo Escolar.** Disponível em URL:<<http://www.inep.gov.br/basica/censo/censo.asp>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre Entorpecentes no Brasil.** Brasília, 1992. p. 19.

_____. _____. Conselho Federal de Entorpecentes. **Política Nacional da Questão das Drogas.** Brasília, 1988.

_____. _____. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2011. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRIE.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL . Presidência da Republica. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **A Política Nacional Sobre Drogas.** Brasilia: Presidência da República, 2005.

BRASIL, V. R. **Um olhar sistêmico do processo de tratamento da drogadição na família.** 2005. 337 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BREINBAUER, C.; MADDALENO, M. **Jovens** :escolhas e mudanças: promovendo comportamentos saudáveis em adolescentes.Tradução: Mônica Giglio Armando. São Paulo: Roca, 2008.

BRESSAN, Elaine Luiza; GODOY, Ana Maura Azevedo de; LUNARDELLI, Maria Cristina Frollini. Saúde Mental e Trabalho: Intervenções nas Relações entre Adolescentes Trabalhadores e Empresa. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v.5, n. 2, p. 63-75. 2004.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da adolescência:** Normalidade psicopatologia. 22. ed. Petropolis: Vozes, 2010.

CAMPOS, E. A. O alcoolismo é uma doença contagiosa Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10. p. 267-278, 2005. Suplemento.

CAMPOS, Geison Fernando Vendramini de Araújo. **Adolescência:** de que crise estamos falando? 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida:** uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARRETEIRO, T.C. Adolescência e experimentações possíveis. In: Marra, Marlene Magnabosco, Costa, Liana Fortunato (Org.). **Temas da clínica do adolescente e da família.** São Paulo: Àgora, 2010. p.15-23.

CASTRO, Dulce Maria Fausto de. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas:** o programa saúde do adolescente (prosad) e a política de saúde mental. 2009. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,

do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP, 2002. 354 p.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)/ Gabinete de Segurança Institucional- Presidência da República/ CEBRID/ UNIFESP, 2006. 468p.

CERQUEIRA, Gilberto Santos et al. Consumo de álcool entre estudantes de uma escola pública da cidade de Cajazeiras, PB. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.** v. 7, n. 1, p. 18-24, jan./abr. 2011.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE - CID-10. Organização Mundial da Saúde; Classificação em português: Faculdade saúde pública da universidade de São Paulo/ OPAS. Décima revisão (v. I), 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

COSTA, Maria Cristina Silva; CASTILLO, Carlos Onorio. consumo de álcool em uma comunidad venezuelana: pesquisa etnográfica. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental ÁlcoolDrogas. v. 6, p. 514 - 35, Ago. 2010. Número especial

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./dez. 2003.

CRIVELATTI, Marcia Manique Barreto; DURMAN, Solânia, Lili; HOFSTATTER, Marlene. sofrimento psíquico na adolescência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 15, p. 64-70, 2006. Número especial.

DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev. Psiq. Clín.** 34, p. 25-33, 2007. Suplemento 1.

DAYRELL, J. A escola “faz” as juventudes?reflexões em torno da socialização juvenil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n.100, out. 2007. (Número especial). Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, p.1-2, jun. 2005.

FALCETO, O.G. **Famílias com desenvolvimento funcional e disfuncional:** Validação das escalas diagnósticas FACES III, BEAVERS-TIMBERLAW e avaliação global do funcionamento interacional (GARF). 1997.166f. Dissertação . (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 1997.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária a saúde. **Rev Panam salud publica / Pam Am J Public Health.** v.7, n. 4, 2000.

FARIA, R. et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 441-447, 2011.

FILIZOLA, C.L. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery [net]**. Rio de Janeiro, v.10,n. 4, p. 660-670, 2006. Disponível em: < www.scielo.br >. Acesso em: 22 jan. 2011.

FLIGIE, N. B.; BORDIM S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FLIGIE,N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.31, n.2, p. 53-62, 2004. Disponível em: < www.scielo.br >. Acesso em: 23 fev. 2010.

FONSECA, C. De família, reprodução e parentesco: algumas considerações. **cadernos pagu** n.29, p.29-35,jul./dez. 2007.

FRAGA, S; RAMOS, E; BARROS H. O uso do tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Rev.Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 620-626. 2006.

FRANK, S.H. et al. Use of the family cage in screening for alcohol problems in primary care. **Arch. Fam. Med.**, n.1, p 209-216, 1992. Disponível em : <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/1/2/209> > acesso em: 10 jun.2010.

GARCIA, Ana Flávia Granville et al. Consumo de drogas lícitas por adolescentes de Campina Grande- Paraíba. **Int I dent**, Recife, v. 10, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2011.

GARCIA, M. L. T; LEAL, F. X; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas.. **Psicologia & Sociedade**, v.2, n.20, p.257-266, 2008.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**.Tradução Sandra Regina Netz. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIGLIOTTI, A; BESSA M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Ver. Bras. Psiquiatria**, v.26, 2004. Suplemento I.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p.380-390, fev. 2008.

GONÇALVES, E. L. **A Metamorfose da Família**: do sistema Patriarcal ao de hoje, escola de pais no Brasil, o poder da família. São Paulo: Escola de Pais, 2005.

GONÇALVES, Jurema Ribeiro Luiz; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 18, p. 543-549, may/Jun. 2010. Número Especial.

GUIMARÃES, Vanessa Valente et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 2, p. 314-25, 2010.

GURGEL, W.B.; MOCHEL, A.G.; CARVALHO FILHA, F.S.S. O abuso do álcool como problema político: análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo de álcool no Brasil contemporâneo. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 17, n. 1, jan./abr. 2010.

HALPERN, R.; FIGUEIRA, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004. Suplemento.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, v. 10, p. 231-41, 1980.

HEMFELT, R.; MINIRTH, F.; MEIER, P. **O amor é uma escolha:** Recuperação para relacionamentos codependentes. Rio de Janeiro: Gandalfo Editores, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 02 dez. 2011.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, n. 27, 2010.

JEFFERSON, L. V. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e práticas. 6. ed. São Paulo: Artmed: 2001. p.520-558.

JOÃO PESSOA. Secretaria do Planejamento. **Mapa dos bairros do Município de João Pessoa/PB.** João Pessoa, SEPLAN, 2012.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas Lícitas no Brasil – em busca da racionalidade perdida. In: SILVA, G. L.(Org.). **Drogas Políticas e Práticas.** São Paulo: Roca, 2010. p.1-17.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Revisão técnica científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre Políticas públicas do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** n.26, p. 468-477, 2004. Suplemento I.

LIMA, M. B. **Alcoología:** O alcoolismo na perspectiva da Saúde Pública. Rio de Janeiro: MEDBOOK editora científica LTDA, 2008. 229p.

LONDONO, Nora H. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. **Suma Psicológica**, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 59-68, Jun. 2010.

MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006.151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Heloísa Beatriz et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, n.2, p.149-157, maio/ago. 2005.

MARCONI, M.A.; PRESSOTO, Z. M. N. Família e sistema de parentesco. In: _____. **Antropologia: uma introdução**.7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian. Psychiatry inpatient hospital setting. **J. Biol. Res.**, v.16, p. 215-8, 1983.

MELO, Juliana Rízia Félix de et al. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 319-333, 2011.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 26, May, 2004. Supplement 1.

MOTA, L.A. **A dádiva da sobriedade**: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos. São Paulo: Paulus, 2004.

NOTO, A.R. et.al . **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras** (2003). São Paulo: CEBRID. 2004.

PENEPI VERSION 2.3.1: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Sealth: Bill & Melinda Gates Foundation. Updated, 2010. Disponível em: <<http://www.openepi.com>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-American a da Saúde, 2003.

OLSON, D.H.; SPRENKLE, D.; RUSSEL, C. **Circumplex model**: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth Press, 1989.

O'MALLEY, Patrick M.; JOHNSTON, Lloyd D. Epidemiology of Alcohol and Other Drug Use among American College Students. **J. Stud. Alcohol**, n.14, p. 23- 39, 2002. Supplement.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS);ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança**: relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPAS). **Salud mental en la comunidad**. 2. ed. Washington, 2009. (Série Paltex).

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Disponível em :
<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-a-populacao-mundial/>
 Acesso em: 07 Jan. 2012.

OUVRY, O. Adolescência e violência. In: AMPARO, Deise Matos et.al. **Adolescência e violência** : teoria e práticas nos campos clínico, educacional e jurídico. Brasília: Liber, 2010. p.19-44.

OZELLA, Sergio. Adolescência: Uma perspectiva crítica. In: CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery (Coord). KOLLER , Sílvia Helena(Org). **Adolescência e psicologia:** concepções, práticas e reflexões críticas..Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

PRADO , D. **O que é família?**. São Paulo: Brasiliense. 1995.

PEREIRA, E. D. Adolescência: um jeito de fazer. **Revista da UFG**, Goiania, v. 6, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <[http:// www.proec.proc.ufg.br](http://www.proec.proc.ufg.br)>. Acesso em; 05 jul. 2011.

RABELLO, Patrícia Moreira; CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p.970-978, 2007.

RAMOS, S. P; WOITOWITZA, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n.26, p.18-22, 2004. Suplemento I.

ROSSATO, V.M.D; KIRCHHOF, A.L.C. Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação e repadrãoização de comportamentos alcoolistas. **Revista Gaúcha**, Porto Alegre, v.2, n.27, p. 251-257, Jun. 2006.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Tradução André Teles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; NASCIMENTO, Emily da Silva; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Representação Social da Depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. **Psicologiaciênciencia e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 448-463. 2010.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32. Mar. 2010.

SANTOS, Genivalda Araújo Cravo. A saúde das trabalhadoras em educação e o tratamento espiritual no espiritismo. **Red. Ethnologica.**, v. 28, p. 41-64, 2006.

SANTOS, J.B. dos; SANTOS, M.S.C. Família monoparental brasileira. **Rev. Jur.**, Brasília,v.10, n.92, p. 01- 30, out./2008 -ajan./2009. Disponível em:
<www.presidencia.gov.br/revistajuridica>. Acesso em: 13 out. 2011.

SANTOS, M.S. D; VELÔSO, T.M.G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** v.12, n.26, p.619-34, jul./set. 2008.

SENA, Edite Lago da Silva et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, Abr./Jun. 2011.

SILVA.G. L. **Da família sem pais a família sem paz:** violência domestica e uso de drogas. Recife: Bagaço, 2006.

SILVA, C. E. da. **História e desenvolvimento do conceito de família.** 2005. 130f. Dissertação (Mestrado Direito) - Pontifica Universidade Católica de São Paulo.São Paulo, 2005.

SILVA, T. M. G. Família e historiografia. **Politeia: Hist. e Soc,** Vitória da Conquista, v. 2, n. 1, p. 37-46, 2002.

SOUZA, J.; JERONYMO D. V. Z; CARVALHO A. M. P. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de Pais alcoolista. **Psicologia em Estudo.** v.10,n.2, 2005.

SOUZA, J.; KANTOSRKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes as drogas no Brasil. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas (SMAD).** v. 3, n. 2, p. 1-16. 2007.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e práticas. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2001.

TANNÚS, Josina Nogueira et al. Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco. **Rev. Ed. Popular,** Uberlândia, v. 10, p. 131-140, jan./dez. 2011.

TEODORO, Maycoln L. M.; CARDOSO, Bruna Moraes; FREITAS, Ana Carolina Huff. Afetividade e Conflito Familiar e sua Relação com a Depressão em Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v. 23, n. 2, p. 324-333. 2010.

VASCONCELOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico:** o novo paradigma da ciênciia. Campinas: Papirus, 2002.

VICENTIN,V. F. **Condições de vida e estilo de resolução de conflitos entre adolescentes.** 2009. 223f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de psicologia de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo,2009.

VIEIRA, Sonia. **Introdução a bioestatística.** 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 360 p.

VISCAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais em Psicologia Social. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.7, n.4, p.607-621, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent Mental Health Polices and plans. Mental Health policy and services Guindance Package.** WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions.** WHO, Geneva, 2003. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf> Acesso em: 14 abr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World health report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002. 239p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/>>. download/en/>. Acesso em: 01 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 09 dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol.** Genebra: World Health Organization, 2004.

WOORTMANN, K. **Lévi-Strauss e a família indesejada.** Brasília, 2004. 44p. (Série antropologia).

XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p.279-285, maio/jun. 2007.

ZAGURY, T. **O Adolescente por Ele Mesmo.** 14. ed. Rio de Janeiro: Record,2004.

APÊNDICE A

CARTA CONVITE A DIREÇÃO DA ESCOLA

João pessoa julho 2011

Att. À direção da escola

Diante da importância de se avaliar a incidência de sofrimento psíquico da população brasileira relacionada ao uso de substâncias químicas, solicito autorização a vossa senhoria para efetuar aplicações de instrumentos de pesquisa (questionários) nesta escola.

Serão aplicados quatro instrumentos o questionário CAGE familiar, a escala FACES III, o questionário Self Report Questionnaire – SRQ- 20 e um questionário para definir as características sócio demográficas da população elaborado pela pesquisadora. Serão investigados os alunos adolescentes pertencentes a faixa etária de 14 a 20 anos incompletos matriculados nas séries de ensino médio nesta instituição.

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora em parceria com estudantes da graduação de Enfermagem da UFPB. Previamente será agendada uma reunião com os pais e responsáveis pelos adolescentes para uma breve explanação do pesquisador a respeito dos objetivos do estudo, a importância em realizá-lo para em seguida solicitar destes a assinatura do termo de compromisso respeitando os princípios éticos regidos pela resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, permitindo assim a participação do adolescente no estudo.

Firmado apoio da escola pretende-se neste estudo Analisar a problemática dos adolescentes escolares filhos (as) de pais alcoolistas, considerando o funcionamento familiar, observando a vulnerabilidade para o adoecimento mental.

Para firmar apoio da escola para colaboração neste estudo pede-se que assine o termo de consentimento livre e esclarecido em anexo.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessária.

Att,

Vagna Cristina Leite da Silva
Mestranda em Enfermagem – UFPB
Contatos: vagna.cristina@bol.com.br
Fone: (83) 3216- 7109

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIREÇÃO DA ESCOLA

Na qualidade de diretor da Escola Estadual_____ Autorizo a aplicação dos questionários CAGE familiar, a escala FACES III, o questionário Self Report Questionnaire – SRQ- 20 e questionário para definir as características sócio demográficas da população em estudo, que serão aplicados aos alunos adolescentes pertencentes a faixa etária de 14 a 20 anos incompletos matriculados nas séries de ensino médio nesta instituição. Como parte da pesquisa da Mestranda Vagna Cristina L. da Silva.

Pretende-se neste estudo Analisar a problemática dos adolescentes escolares filhos (as) de pais alcoolistas, considerando o funcionamento familiar, observando a vulnerabilidade para o adoecimento mental.

Estou Ciente que a pesquisadora irá realizar a coleta de dados em dias e horários previamente agendados pela direção da escola.

Solicito que nos termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde seja garantido sigilo a respeito das informações, bem como a desistência a qualquer momento por parte da nossa instituição e dos participantes a ela ligados.

Assinatura da direção da escola

Data ___/___/___

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)
Vagna Cristina L. da Silva,
 Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Centro de Ciências da Saúde – Campus Universitário I – João Pessoa- PB
 CEP: 58059-900 – Fone: 3216- 7109

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C

CARTA CONVITE AOS PAIS E RESPONSÁVEIS PARA PERMITIR A PARTICIPAÇÃO DE ADOLESCENTES NO ESTUDO

João Pessoa, Julho 2011.

Senhores Pais ou Responsáveis,

Vocês estão recebendo um termo de consentimento para posterior assinatura, como forma de permitir a participação e colaboração do seu filho(a) na realização da pesquisa intitulada: Prevalência de Adoecimento Mental em Adolescentes Filhos de Pais Alcoolistas, realizada em escolas da rede estadual de ensino de João Pessoa-PB. Esta pesquisa está sendo realizada pela discente Vagna Cristina L. da Silva, com a finalidade de elaboração de dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

Gostaríamos que você colaborasse conosco assinando termo de consentimento que segue em anexo, e seu filho devolvesse na escola no dia ____/____/_____.

Sua participação é de extrema importância para contribuição na construção de um banco de dados sobre o uso de substâncias químicas e adoecimento mental do indivíduo.

O seu nome e o de seu filho ficarão em sigilo.

Certo de sua colaboração agradeço desde já,

Atenciosamente,

Vagna Cristina L. da Silva
Mestranda em Enfermagem – UFPB
Contatos: vagna.cristina@bol.com.br
Fone: (83) 3216- 7109

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS DE ADOLESCENTES MENORES DE 18ANOS

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre PREVALÊNCIA DE ADOECIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES FILHOS DE PAIS ALCOOLISTAS, está sendo desenvolvida por Vagna Cristina L. da Silva, discente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem- nível Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Profª. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha.

Os objetivos deste estudo são analisar a problemática dos adolescentes escolares filhos (as) de pais alcoolistas, considerando o funcionamento familiar, observando a vulnerabilidade para o adoecimento mental.

A finalidade deste trabalho é contribuir para identificação da prevalência do adoecimento mental em filhos de alcoolistas e verificar ainda o risco para o desajuste familiar nos lares de alcoolistas. Esta pesquisa tem o intuito de colaborar na ampliação de programas de prevenção e tratamento para alcoolismo.

Após esta breve exposição solicitamos a sua colaboração, permitindo a participação do seu filho(a) no estudo. Para que, este responda alguns instrumentos, testados no Brasil, em forma de questionário o CAGE familiar, a escala FACES III, o questionário Self Report Questionnaire – SRQ- 20 e um questionário para definir as características sócio demográficas da população em estudo, que são alunos adolescentes, pertencentes a faixa etária de 14 a 20 anos incompletos matriculados nas séries de ensino médio nas escolas da rede estadual de ensino de João Pessoa- PB. Os questionários acima citados são rápidos, auto aplicáveis, em media cada entrevistado levará 10 minutos para concluir as respostas. Deixando claro também que todos os dados coletados na pesquisa serão confidenciais e anônimos.

Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, será mantido o sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde do seu filho.

Esclarecemos que, a participação do seu filho(a) no estudo é voluntária e se o mesmo quiser pode desistir de participar a qualquer momento, sem punições para ele(a). Portanto, o seu filho(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades

solicitadas pelo Pesquisador(a). Antes de se aplicar os questionários será feita uma breve explanação para o adolescente entrevistado e após este momento será feita uma pergunta a ele, **se gostaria de colaborar com o estudo?** Após consentimento verbal, será iniciada a coleta de dados.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para meu filho(a) participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do responsável Legal

OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)
Vagna Cristina L. da Silva,
Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde – Campus Universitário I – João Pessoa- PB
Cep: 58059-900 – Fone: 3216- 7109

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES MAIORES DE 18 ANOS

Prezado jovem,

Esta pesquisa é sobre PREVALÊNCIA DE ADOECIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES FILHOS DE PAIS ALCOOLISTAS, está sendo desenvolvida por Vagna Cristina L. da Silva, discente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem- nível Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Profª. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha.

Os objetivos deste estudo são analisar a problemática dos adolescentes escolares filhos (as) de pais alcoolistas, considerando o funcionamento familiar, observando a vulnerabilidade para o adoecimento mental.

A finalidade deste trabalho é contribuir para identificação da prevalência do adoecimento mental em filhos de alcoolistas e verificar ainda o risco para o desajuste familiar nos lares de alcoolistas. Esta pesquisa tem o intuito de colaborar na ampliação de programas de prevenção e tratamento para alcoolismo.

Após esta breve exposição solicitamos a sua colaboração no estudo, Para que responda alguns instrumentos, testados no Brasil, em forma de questionário o CAGE familiar, a escala FACES III, o questionário Self Report Questionnaire – SRQ- 20 e um questionário para definir as características sócio demográficas da população em estudo, que são alunos adolescentes, pertencentes a faixa etária de 14 a 20 anos incompletos matriculados nas séries de ensino médio nas escolas da rede estadual de ensino de João Pessoa- PB. Os questionários acima citados são rápidos, auto aplicáveis, em media cada entrevistado levará 10 minutos para concluir as respostas. Deixando claro também, que todos os dados coletados na pesquisa serão confidenciais e anônimos.

Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, será mantido o sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

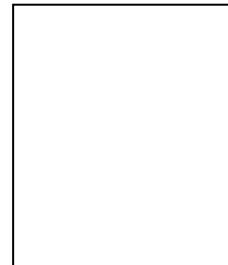
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e se você desejar poderá desistir de participar a qualquer momento, sem punições nenhum tipo de punição. Portanto

você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do entrevistado



OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)
Vagna Cristina L. da Silva,
Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde – Campus Universitário I – João Pessoa- PB
Cep: 58059-900 – Fone: 3216- 7109

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO PARA DEFINIR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Variável	Categorias	Resp.
SEXO	Masculino	
	Feminino	
IDADE	14 anos	
	15 anos	
	16 anos	
	17 anos	
	18 anos	
	19 anos	
RAÇA/COR	Branca	
	Parda	
	Preta	
RELIGIÃO	Sem religião	
	Católico	
	Evangélico	
	Espírita	
	Outros	
ATIVIDADE REMUNERADA	Não trabalha	
	Trabalha	
	Desempregado	
ESCOLARIDADE DOS PAIS		
NÚMERO DE MORADORES DA CASA		
POR QUEM É COMPOSTA A FAMÍLIA?		
QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA?		
RENDIMENTO FAMILIAR		

APÊNDICE G

RELAÇÃO DAS ESCOLAS VISITADAS E NÚMERO DE ADOLESCENTES PARTICIPANTE DO ESTUDO POR ESCOLAS

ESCOLAS	n	%
CAIC DAMASIO FRANCA	10	1,4
CENTRO EST EXP DE ENS A SESQUICENTENARIO	15	2,1
CENTRO PROFIS DEP ANTONIO CABRAL (CPEDAC)	38	5,3
EEEF PADRE ROMA*	-	-
EEEFM COMP LUIS RAMALHO	15	2,1
EEEFM AUDIOCOMUNICACAO*	-	-
EEEFM CON FRANCISCO GOMES DE LIMA	11	1,5
EEEFM DAURA SANTIAGO RANGEL	13	1,8
EEEFM JOSE DO PATROCINIO	28	3,9
EEEFM PREF OSWALDO PESSOA	20	2,8
EEEFM RAUL MACHADO	3	0,4
EEEFM ESCRITOR HORACIO DE ALMEIDA	24	3,4
EEEFM PAPA PAULO VI	34	4,8
EEEFM PRESIDENTE MEDICI	17	2,4
EEEFM CONEGO NICODEMOS NEVES	5	0,7
EEEFM PRESIDENTE COSTA E SILVA*	-	-
EEEFM DOM JOSE MARIA PIRES	16	2,2
EEEFM PROF ^a DEBORA DUARTE	-	-
EEEFM PROF ^a LILIOSA DE PAIVA LEITE	27	3,8
EEEFM PROFESSORA MARIA JACY COSTA*	-	-
EEEFM LUZIA SIMOES BARTOLLINI	10	1,4
EEEFM ESCRITOR JOSE LINS DO REGO	27	3,8
EEEFM GONCALVES DIAS	6	0,8
EEEFM FERNANDO MOURA CUNHA LIMA (POLICIA MILITAR)	9	1,3
EEEM PROF PEDRO AUGUSTO PORTO CAMINHA (EPAC)	33	4,6
EEEM CON LUIZ GONZAGA DE OLIVEIRA	14	2,0
EEEFM SEVERINO DIAS DE OLIVEIRA MESTRE SIVUCA*	-	-
EEEFM JOAO ROBERTO BORGES DE SOUZA	5	0,7
EEEFM PADRE HILDON BANDEIRA	11	1,5
ENE PROF ^a MARIA DO CARMO DE MIRANDA	18	2,5
EEEFM ALICE CARNEIRO	15	2,1
EEEFM FRANCISCA A CUNHA	5	0,7
EEEM PROF^o MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA*	-	-
EEEFM PROF CELESTIN MALZAC	7	1,0
EEEFM DOMINGOS JOSE DA PAIXAO	11	1,5
EEEFM MONS PEDRO ANISIO BEZERRA DANTAS	13	1,8
EEEFM PROF RAUL CORDULA	2	0,3
EEEFM TENENTE LUCENA	9	1,3
EEEM PROF ^o MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA	6	0,8
EEEFM PROF JOSE BAPTISTA DE MELLO	3	0,4
EEEFM PROF OLIVIO PINTO	7	1,0
EEEFM PROF LUIZ GONZAGA DE ALBUQUERQUE BURITY	24	3,4
INST DE EDUCACAO DA PARAIBA (I.E.P.E)	30	4,2
EEEM PROF ^a URSULA LIANZA (E.E.P.U.L)	38	5,3
EEEFM PROF OLIVINA OLIVIA CARNEIRO DA CUNHA	64	9,0
LYCEU PARAIBANO	72	10,1
TOTAL	715	100

*Escolas excluídas dos estudo

ANEXO A**FACES III**

1 Quase nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre
------------------	----------------	---------------	---------------------	-------------------

DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE:

- 1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- 2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
- 3. Aprovamos os amigos que cada um tem.
- 4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
- 5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- 6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
- 7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
- 8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
- 9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
- 10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
- 11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
- 12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.
- 13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
- 14. As regras mudam em nossa família.
- 15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família
- 16. Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
- 17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
- 18. É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.
- 19. A união familiar é muito importante.
- 20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA :

MÃE ____ PAI ____ FILHO ____ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO CORRESPONDE AO Nº 1)

ANEXO B**QUESTIONÁRIO CAGE FAMILIAR (FRANK et al., 1992)**
(Instrumento adaptado)

Responda as perguntas abaixo apenas com sim ou não. Se as respostas forem sim , complemente a resposta informando quem é esta pessoa (ex: pai, mãe, irmão, padrasto,avô,avó, agregado, etc). Não precisa se identificar as respostas serão sigilosas.

1. Você já sentiu alguma vez que alguém em sua família deveria parar de beber? Quem?
2. Tem alguém em sua família que já se sentiu incomodado por reclamações e críticas sobre o seu hábito de beber? Quem?
3. Tem alguém em sua família que já se sentiu mal ou culpado por beber? Quem?
4. Tem alguém em sua família que já tomou bebida em jejum (quando acordou antes de ter se alimentado) para se acalmar ou curar a ressaca? Quem?
5. Só responda esta questão se você respondeu alguma questão acima afirmativa. A família já procurou algum tipo de ajuda para este problema? Qual? (grupo de apoio, médico, internação de quem bebe)?

ANEXO C

SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE. PERGUNTAS RESPOSTAS

1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM	NÃO	
2- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO	
3- Dorme mal?	SIM	NÃO	
4- Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO	
5- Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO	
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM	NÃO	
7- Tem má digestão?	SIM	NÃO	
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO	
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO	
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM	NÃO	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM	NÃO	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO	
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM	NÃO	
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM	NÃO	
19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO	
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM	NÃO	
RESULTADO: Se o resultado for > 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.			

ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D Ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 08/06/2011, o projeto de pesquisa intitulado “PREVALÊNCIA DO ADOECIMENTO MENTAL EM ADOLESCENTES FILHOS DE PAIS ALCOOLISTAS”, da Pesquisadora Vagna Cristina Leite da Silva. Protocolo nº. 066/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.



Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB