

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Gilda Zamith Ribeiro Campos

Codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas:
possibilidades e limites para o cuidado na atenção básica

Rio de Janeiro

2021

Gilda Zamith Ribeiro Campos

Codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas:
possibilidades e limites para o cuidado na atenção básica

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito necessário à conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva.

Rio de Janeiro
2021

Título do trabalho em inglês: Codependency in children and adolescents who live with alcoholic family members: possibilities and limits for care in primary care.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C198c Campos, Gilda Zamith Ribeiro.
Codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas: possibilidades e limites para o cuidado na atenção básica / Gilda Zamith Ribeiro Campos. -- 2021.
174 f. : il. color. ; graf.

Orientador: Carlos Henrique Assunção Paiva.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Alcoolismo. 2. Relações Pais-Filho. 3. Família. 4. Violência Doméstica. 5. Grupos de Risco. 6. Análise de Vulnerabilidade. 7. Apoio Social. 8. Criança. 9. Adolescente. 10. Codependência. 11. Orientações Técnicas. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.292

Gilda Zamith Ribeiro Campos

Codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas:
possibilidades e limites para o cuidado na atenção básica

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito necessário à conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em 28 de julho de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Katia Maria Braga Edmundo
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Cassius Schnell Palhano Silva
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz
(Orientador)

Rio de Janeiro
2021

Para
Ana e João.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva, pela forma sempre construtiva, atenta, tranquila e acolhedora de contribuir para a elaboração deste trabalho; à coordenadora do ProfSaúde-RJ, Profa. Dra. Kátia Silveira da Silva, por seu estímulo sempre gentil e atento para o meu melhor aproveitamento do curso; aos membros da banca, Profa. Dra. Katia Maria Braga Edmundo e Prof. Dr. Cassius Schnell Palhano Silva, pela gentil disponibilidade de avaliar este trabalho, as importantes contribuições na banca de qualificação e a cuidadosa e estimulante análise na banca de defesa da dissertação; e à minha mãe, Nora Zamith Ribeiro Campos, pelo amor, apoio e estímulo sempre presentes.

RESUMO

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública e estima-se que para cada alcoolista, outras cinco ou seis pessoas podem ser afetadas, o que também coloca a codependência como importante problema de saúde pública. O contexto deste trabalho se refere ao alcoolismo e à codependência dos filhos não adultos de alcoolistas.

O objetivo da pesquisa é descrever como a literatura científica, no campo da saúde, aborda o sofrimento de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, identificando os fatores de risco e proteção e eventuais experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado, a fim de propor orientações técnicas para o cuidado deste grupo, na Atenção Básica (AB), visando à construção de ações integradas nas redes familiares, nas redes comunitárias e nas redes de atenção à saúde (RAS).

Trata-se de pesquisa bibliográfica sobre a codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, de caráter exploratório-descritivo. Foram selecionados 49 artigos científicos (27 estudos longitudinais comparativos, 10 estudos transversais comparativos, três estudos transversais não comparativos, dois estudos de abordagem qualitativa e sete estudos de revisão), publicados entre 2004 e 2020, nas bases bibliográficas BVS e SciELO, cujas versões finais estão livre e gratuitamente disponíveis *online* e abordam o sofrimento de filhos não adultos de alcoolistas (sobretudo as repercussões emocionais, comportamentais e cognitivas) e possíveis estratégias de cuidado.

Embora haja heterogeneidade do perfil de risco, os resultados demonstram maior risco de repercussões negativas para os filhos de alcoolistas (FAs) (transtornos psiquiátricos, sofrimento emocional, ambiente familiar desestruturado, distúrbios do cuidado parental, exposição à violência doméstica, desajuste social, baixo desempenho acadêmico, dificuldades de relacionamento com os pares, dificuldades de comunicação, etc.).

Dificuldades de ordem econômica, política e gerencial enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde e a relativa invisibilidade política e social do alcoolismo e da codependência constituem importantes obstáculos a serem superados. A complexidade do tema conduziu à categorização dos resultados em diferentes dimensões (individual do(a) FA, parental, familiar, escolar, legal, social, cultural, política e da rede de atenção à saúde), nas quais são ressaltados os fatores de risco e proteção e as orientações técnicas que contribuam para o cuidado dessa condição a partir da AB.

Conclui-se que há necessidade de estruturação de uma Linha de Cuidado para crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, integrando uma rede de atores em nível local/ territorial (representados por AB/ equipes de Saúde da Família, equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, escolas, grupos de apoio mútuo como Al-Anon e Alateen, conselho tutelar, assistência social e outros recursos disponíveis). Há também necessidade de uma rede mais ampla de atores políticos e gestores das esferas municipal, estadual e federal, a fim de ampliar as propostas das políticas públicas sobre o álcool e destinar recursos econômicos, humanos e materiais necessários para superar a fragmentação do cuidado (que prioriza o dependente do álcool, em detrimento dos familiares) e a relativa invisibilidade política da codependência de FAs.

Palavras-chave: Alcoolismo. Codependência. Filhos. Família. Orientações técnicas.

ABSTRACT

Alcoholism is a serious public health problem and it is estimated that for each alcoholic, five to six people may be affected, showing that codependency is another important public health problem. This study refers to alcoholism and codependency concerning non-adult children of alcoholics.

The research aimed at describing, in the health area, the way that scientific literature addresses the suffering of children and adolescents who live with alcoholic family members, identifying risk and protection factors as well as eventual successful experiences of intervention and care, in order to propose technical guidelines in Primary Health Care for the care of this group, aiming at the construction of integrated actions in family, community and health care networks.

The study is a bibliographical research of exploratory-descriptive nature on codependency of children and adolescents living with alcoholic family members. Forty-nine scientific articles were selected (27 comparative longitudinal studies, 10 comparative cross-sectional studies, three non-comparative cross-sectional studies, two qualitative studies and seven review studies), published between 2004 and 2020, in BVS and SciELO databases, whose final versions were free of charge and freely available online, and addressed the suffering of non-adult children of alcoholics (especially the emotional, behavioral and cognitive repercussions), as well as possible health care strategies.

Although there is some heterogeneity in the risk profile, the results show a greater risk of negative repercussions for children of alcoholics (COAs) (psychiatric disorders, emotional distress, unstructured family environment, parental care disorders, exposure to domestic violence, social maladjustment, poor academic performance, difficulties in relationship with their peers, communication difficulties, etc.).

Economic, political and managerial problems faced by the Brazilian Unified Health System and the relative political-social invisibility of alcoholism and codependency constitute important obstacles to be overcome. The complexity of this topic led to the categorization of results into different dimensions (individual of COA, parental, family, academic, legal, social, cultural, political and health care network) in which risk and protective factors as well as technical guidelines that contribute to the care of these dimensions were highlighted, starting from the Primary Health Care.

In conclusion, a Line of Care for children and adolescents living with alcoholic family members must be designed in terms of integrating networks of agents at local/territory level (represented by agents belonging to the Family Health Teams, the Extended Family Health Nucleus, the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center, schools, groups of mutual support like Al-Anon and Alateen, the social assistance service and other available resources). It is also essential the establishment of a broader network of political and managerial agents in local, state and federal levels in order to enlarge alcohol public policies and allocate human, financial and material resources indispensable to overcome both the fragmentation of care (which prioritizes the dependent on alcohol to the detriment of family members) and the relative political invisibility of COA's codependency.

Keywords: Alcoholism. Codependency. Children. Family. Technical guidelines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Número de artigos segundo o país de realização do estudo.....	55
Gráfico 2 –	Número de artigos segundo o idioma de publicação do estudo.....	56
Gráfico 3 –	Número de artigos segundo o ano de publicação do estudo.....	56
Gráfico 4 –	Número de artigos segundo o tipo de estudo.....	57
Quadro 1 –	Critérios para transtornos relacionados ao uso de álcool (DSM-5).....	25
Quadro 2 –	Intensidade do beber entre brasileiros adultos	26
Quadro 3 –	Tipos de consumo de álcool por gênero.....	28
Quadro 4 –	Estimativas de consumo de álcool por faixa etária.....	29
Quadro 5 –	Categorização dos fatores de resiliência.....	45
Quadro 6 –	Resumo das buscas bibliográficas realizadas.....	53
Quadro 7 –	Dimensões relacionadas ao sofrimento de FAs.....	112
Quadro 8 –	Resumo dos fatores de proteção identificados em cada dimensão.....	150
Quadro 9 –	Resumo das orientações técnicas apontadas em cada dimensão.....	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APA	Associação Americana de Psiquiatria (sigla em inglês)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID-10	10ª edição da Classificação Internacional de Doenças
CBCL/1.5–5	<i>Child Behavior Checklist</i> para crianças pré-escolares
DA	Dependência de álcool
DSM-IV	4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DSM-5	5ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
DUSI	Inventário de triagem de uso de drogas (<i>Drug Use Screening Inventory</i>)
EUA	Estados Unidos da América
FA	Filho(a) de Alcoolista
FAA	Filho(a) Adulto(a) de Alcoolista
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
II LNUD	II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil
III LNUD	III Levantamento Nacional Domiciliar sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira
MoBa	Estudo de Coorte Norueguês Mãe, Pai e Filho (<i>Norwegian Mother, Father, and Child Cohort Study</i>)
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD-SUS	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PMSAD	Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PNA	Política Nacional sobre o Álcool
SDA	Síndrome de Dependência do Álcool
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SCL-5	<i>Symptom Checklist-5</i> , versão resumida da <i>Symptom Checklist-25</i>
SCL-8	<i>Hopkins Symptom Check-List</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
TA	Transtorno de Ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TDO	Transtorno Desafiador de Oposição
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
INTRODUÇÃO	17
1. ALCOOLISMO: PROBLEMA FAMILIAR DE SAÚDE PÚBLICA	23
1.1 CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES	23
1.2 PADRÕES DE CONSUMO DO ÁLCOOL	25
1.2.1 Diferenças de gênero	28
1.2.2 Estimativas por faixa etária	29
1.2.3 Estimativas por nível de escolaridade	29
1.3 DIFICULDADES DE RECONHECIMENTO SOCIAL DO ALCOOLISMO	29
1.4 ALCOOLISMO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	30
1.5 REPERCUSSÕES NO AMBIENTE E NO RELACIONAMENTO FAMILIAR ...	31
2. CODEPENDÊNCIA EM FILHOS DE ALCOOLISTAS:	
VULNERABILIDADE MUITAS VEZES INVISÍVEL	34
2.1 CONCEITO DE CODEPENDÊNCIA	34
2.2 INVISIBILIDADE POLÍTICA RELATIVA	34
2.2.1 O papel do CAPSad e do CAPSi	35
2.3 AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O ÁLCOOL EM CRIANÇAS	36
2.4 LEMBRANÇAS DE FILHOS ADULTOS DE ALCOOLISTAS SOBRE	
APOIO SOCIAL DE ADULTOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	37
2.5 SOFRIMENTO DOS FILHOS DE ALCOOLISTAS	38
2.5.1 Segredo familiar, desconfiança e bloqueio da comunicação	41
2.6 RESILIÊNCIA E ADVERSIDADE	44
3 MÉTODO	47
3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos artigos	48
3.2 Estratégias de busca	49
3.3 Roteiro de análise dos artigos selecionados	54
3.4 Análise dos resultados	54
4. RESULTADOS	55
4.1 PANORAMA DOS ARTIGOS SELECIONADOS	55
4.2 ESTUDOS QUANTITATIVOS	57
4.2.1 ESTUDOS LONGITUDINAIS COMPARATIVOS	57
4.2.1.1 Eventos estressores e caos familiar	58

4.2.1.2	Problemas psiquiátricos na prole: sintomas de internalização e sintomas de externalização	58
4.2.1.2.1	<i>Na infância</i>	59
4.2.1.2.2	<i>Na adolescência</i>	60
4.2.1.2.3	<i>Na adolescência e em adultos jovens</i>	61
4.2.1.3	Manifestações de efeitos do alcoolismo parental por faixa etária	63
4.2.1.3.1	<i>Na primeira infância</i>	63
4.2.1.3.2	<i>Na segunda infância</i>	64
4.2.1.4	Momento de manifestação dos sintomas de internalização e Externalização	67
4.2.1.4.1	<i>Efeitos proximais, distais e que variam com o tempo do alcoolismo parental nos sintomas de externalização da prole</i>	67
4.2.1.4.2	<i>Efeitos proximais, distais e que variam com o tempo do alcoolismo parental nos sintomas de internalização da prole</i>	68
4.2.1.5	Famílias complexas e multialcoolistas	69
4.2.1.5.1	<i>Efeitos na infância</i>	69
4.2.1.5.1.1	<i>Comportamento de externalização nos filhos de casais alcoolistas pesados concordantes ou discordantes</i>	71
4.2.1.5.2	<i>Efeitos na adolescência</i>	71
4.2.1.6	Presença de comorbidades parentais	73
4.2.1.6.1	<i>Efeitos sobre os sintomas de externalização</i>	73
4.2.1.6.2	<i>Efeitos sobre os sintomas de internalização</i>	73
4.2.1.7	Problemas maternos com o álcool	74
4.2.1.7.1	<i>Uso materno pós-natal pesado de álcool e problemas de comportamento em filhos pequenos</i>	74
4.2.1.7.2	<i>Consumo alcoólico materno de risco e problemas emocionais e comportamentais na primeira infância.....</i>	76
4.2.1.7.3	<i>Problemas maternos com o álcool, sintomas de externalização e o papel protetor das práticas parentais positivas.....</i>	77
4.2.1.8	Severidade do abuso alcoólico parental e transtornos mentais comportamentais dos filhos	78
4.2.1.9	Admissões hospitalares parentais por distúrbios crônicos relacionados ao álcool e desempenho escolar abaixo da média nos filhos adolescentes	80

4.2.1.10	Envolvimento do pai alcoolista com seu tratamento de 12 passos em ‘Alcoólicos Anônimos’ e comportamento dos filhos	82
4.2.2	<i>ESTUDOS TRANSVERSAIS COMPARATIVOS (CASO-CONTROLE)</i>	83
4.2.2.1	Aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais	83
4.2.2.2	Adaptação escolar	84
4.2.2.3	Percepção dos problemas parentais de álcool, relacionamentos pais e filhos e sintomas de internalização	85
4.2.2.4	Abuso materno de álcool e sofrimento mental: ansiedade e depressão	87
4.2.2.5	Transtorno Depressivo Maior em filhos de dependentes do álcool/ heroína .	88
4.2.2.6	Eventos de vida, estilos de enfrentamento e bem-estar psicológico/ resiliência dos FAs	88
4.2.2.7	Subtipos de personalidade em adolescentes filhos de alcoolistas	90
4.2.2.7.1	<i>Subtipo de Externalização/ irritado/ raivoso</i>	91
4.2.2.7.2	<i>Subtipo Desajeitado/ inibido</i>	91
4.2.2.7.3	<i>Subtipo Hiperconsciente / de alto desempenho</i>	92
4.2.2.7.4	<i>Subtipo Emocionalmente desajustado</i>	93
4.2.2.7.5	<i>Subtipo Sexualizado / Auto-destrutivo</i>	93
4.2.2.8	Uso frequente de álcool ou outras drogas por familiar e gravidez na Adolescência	94
4.2.3	<i>OUTROS ESTUDOS TRANVERSAIS</i>	94
4.2.3.1	Relações familiares, desempenho intelectual e problemas de comportamento na criança	95
4.2.3.2	Avaliação de filhos de dependentes químicos e alternativas de intervenção e tratamento para essa população	96
4.2.3.2.1	<i>Na infância</i>	96
4.2.3.2.2	<i>Na adolescência</i>	97
4.2.3.2.3	<i>Dinâmica familiar</i>	97
4.2.3.2.4	<i>Alternativas de intervenção</i>	97
4.2.3.3	Maus-tratos infantis sob efeito do álcool	98
4.3	<i>ESTUDOS QUALITATIVOS</i>	99
4.3.1	Concepções e significados acerca de sua família em crianças com e sem familiares alcoolistas	99
4.3.2	Repercussões do alcoolismo nas relações familiares e gerenciamento de casos	101

4.4	ESTUDOS DE REVISÃO (sistemática, ‘scoping’, assistemática)	103
4.4.1	Associação de alcoolismo parental e violência interparental	103
4.4.2	Perspectiva sistêmica do conceito de resiliência e vivência familiar de adolescentes FAs	104
4.4.2.1	<i>Sistema de crenças na família</i>	105
4.4.2.2	<i>Padrões de organização</i>	106
4.4.2.3	<i>Processos de comunicação familiar</i>	106
4.4.2.4	<i>Fatores protetores para as famílias alcoolistas e para FAs</i>	107
4.4.3	Ambiente familiar e desempenho social de FAs	109
4.4.4	Condições de risco relacionadas a crianças e adolescentes expostos ao alcoolismo parental	110
5.	DISCUSSÃO	112
5.1	Dimensão individual	113
5.1.1	<i>Efeitos do alcoolismo parental por faixa etária e suas vias de associação</i>	117
5.1.1.1	<i>Na primeira infância</i>	117
5.1.1.2	<i>Na segunda infância</i>	119
5.1.1.3	<i>Na adolescência</i>	119
5.1.2	<i>Efeitos do alcoolismo parental por gênero da prole</i>	120
5.1.3	<i>Subtipos de personalidade dos filhos de alcoolistas</i>	121
5.2	Dimensão parental	122
5.2.1	<i>Alcoolismo paterno</i>	122
5.2.2	<i>Alcoolismo materno</i>	124
5.2.3	<i>Presença de comorbidades parentais</i>	126
5.2.4	<i>Fatores de proteção e possibilidades de apoio/prevenção/tratamento para FAs</i> ..	127
5.3	Dimensão familiar	129
5.3.1	<i>Famílias múltialcoolistas e famílias complexas</i>	134
5.3.2	<i>Fatores de proteção e possibilidades de apoio/prevenção/tratamento familiar</i>	135
5.4	Dimensão escolar	138
5.5	Dimensão legal	141
5.6	Dimensão social	143
5.7	Dimensão cultural	144
5.8	Dimensão política	145
5.9	Dimensão da rede de atenção em saúde	146
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155

REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE A – Amostra dos artigos selecionados para a pesquisa	
Bibliográfica	169

APRESENTAÇÃO

O tema para este estudo surge, por um lado, de observações cotidianas da autora a partir da convivência social e familiar e, por outro lado, das limitações observadas em sua prática profissional como médica de família, pediatra, homeopata e sanitaria, no âmbito do cuidado do sofrimento de pacientes que convivem ou conviveram com o alcoolismo. A escuta e o acompanhamento desses sujeitos apontaram para a necessidade de uma atenção diferenciada para estes pacientes, aqui entendidos como codependentes de alcoolistas que podem adoecer de múltiplas formas na convivência com o abuso ou dependência do álcool e que, por este motivo, poderiam necessitar de tratamento ou ajuda.

O presente trabalho faz parte de um estudo inicialmente desenvolvido em 2012-2013. Na primeira etapa, de caráter exploratório, buscou-se compreender as orientações governamentais em relação à codependência dos familiares de alcoolistas por meio da leitura das atuais políticas públicas brasileiras sobre o álcool – ou seja, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PMSAD), de 2004, e a Política Nacional sobre o Álcool (PNA), de 2007. Foi então constatado que o objeto de estudo é pouco abordado nas principais políticas públicas do país sobre o tema. Seguiram-se, então, leituras exploratórias sobre o alcoolismo e a codependência, com o delineamento inicial de tais conceitos e a busca de compreensão do sofrimento de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, bem como o acesso a abordagens bem-sucedidas de cuidado para estes sujeitos. A partir de 2019, o estudo foi retomado com o intuito de realizar uma revisão bibliográfica mais ampla e atualizada, abrangendo o período de 2004 a 2020, no qual há crescimento da produção científica sobre o tema.

1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é apontado por diversos autores como grave problema de saúde pública. Trata-se de doença crônica, progressiva, de alta prevalência, que envolve homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social ou faixa etária. Está relacionada a altos custos socioeconômicos e só costuma ser diagnosticada em estágios avançados de dependência, quando os danos já são expressivos (BRASIL, 2004a; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; HECKMANN; SILVEIRA, 2009; CISA, 2014).

Considerando-se todas as drogas lícitas e ilícitas, o uso prejudicial de bebidas alcoólicas é o mais grave para a saúde pública, e o maior responsável por danos, que incluem: (a) agravos à saúde física; (b) agravos à saúde mental; (c) problemas de relacionamento (no âmbito familiar, interpessoal e social); (d) problemas no trabalho (relativos a desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); (e) acidentes de trânsito; (f) acidentes domésticos e outros; (g) violência doméstica e outras (em situações nas quais o álcool atue como desencadeante ou facilitador); e (h) situações de conflito com a lei. (BRASIL, 2004a; MOSS, 2013; OPAS/OMS, 2019).

O uso nocivo do álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões; e 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool. Tal uso nocivo é responsável por três milhões de mortes por ano, em todo o mundo, o que representa 5,3% de todas as mortes no planeta. Do total de mortes que ocorrem na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% são atribuíveis ao álcool (OPAS/OMS, 2019).

As causas do alcoolismo se associam a um complexo conjunto de fatores biopsicossociais (CISA, 2014), e o consumo do álcool é ao mesmo tempo um fenômeno social e individual (BRASIL, 2004a; HECKMANN; SILVEIRA, 2009; CISA, 2014).

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado à maioria das culturas, estando associado a celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais (OPAS/OMS, 2019; LARANJEIRA et al., 2007); e se atribui ao álcool uma variedade de efeitos: calmante, afrodisíaco, estimulante de apetite e desinibidor, entre outros (SALCEDO; CARVALHO, 2005). O álcool tem sido usado como um ‘lubrificante’ social e seu consumo ocorre tanto para celebrar vitórias, quanto para aliviar a dor emocional da derrota ou da perda (MOSS, 2013).

A sociedade contemporânea percebe o consumo de álcool de forma predominantemente positiva (HECKMANN; SILVEIRA, 2009). No entanto, “a mesma substância que irmana, comunga e alegra, também estimula a agressividade, a discórdia e a dor, rompendo laços de família, de amizade e de trabalho.” (GIGLIOTTI; BESSA, 2004,

p.11). A sociedade tende a desconsiderar o potencial lesivo de seu abuso, que se evidencia em várias estatísticas de doenças e crimes, priorizando a visão de que essa substância propicia interação entre as pessoas (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

O álcool é a droga mais consumida no mundo (FÉLIX, 2007; SENA et al, 2011) e seu uso é considerado lícito em muitas culturas. Embora o consumo do álcool traga graves consequências para a saúde pública mundial, há “grande timidez nacional em propor práticas de efetivo controle social relativo à [sua] comercialização” (BRASIL, 2004a, p. 26), o que beneficia o interesse da indústria de bebidas, em detrimento do interesse da sociedade.

Os meios de comunicação de massa veiculam propagandas de bebidas alcoólicas que podem reforçar estereótipos relacionados ao uso do álcool, associando-o com a virilidade, a sensualidade, a diversão, etc. (BRASIL, 2004a) e contribuindo, desse modo, para o consumo de álcool em vários ambientes e momentos da vida social, inclusive para os menores de idade. Neste sentido, o aumento da atenção global voltada para crianças e adolescentes é necessário diante do compromisso ético da sociedade de cuidar dessa faixa etária específica, pois “o descaso do presente poderá incorrer em um custo futuro pesado para toda a sociedade” (BRASIL, 2004a, p. 27).

Além do usuário, o alcoolismo tende a afetar a família como um todo (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b; TRINDADE; COSTA, 2012). A convivência direta ou indireta com esse problema pode acarretar graves consequências para o desenvolvimento e para a qualidade de vida e de saúde das pessoas próximas (SENA et al, 2011). Estima-se que para cada alcoolista, outras cinco ou seis pessoas podem ser afetadas pelo alcoolismo no ambiente familiar ou profissional (HECHT, 1973), o que multiplica acentuadamente a extensão dos danos derivados desta condição, colocando não apenas o alcoolismo, mas também a codependência, como importante problema de saúde pública. Um dos pressupostos éticos da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PMSAD) se baseia na “obrigação do governo e da sociedade [de] proteger os segmentos mais vulneráveis do consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência, como as crianças e adolescentes” (BRASIL, 2004a, p. 38). No entanto, não há referência, nesta política, ao sofrimento gerado pela convivência prolongada com o alcoolismo para este público.

Nos Estados Unidos da América (EUA), uma em cada quatro crianças e adolescentes mora em lares onde um ou mais adultos abusam ou são dependentes de álcool (GRANT, 2000). Segundo o *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (2008), a proporção de filhos europeus, menores de 20 anos, que têm pais que abusam de álcool varia

de 5,7% na Finlândia a 23% na Polônia. A literatura aponta que “crianças que vivem com pais alcoolistas ou que abusam de drogas são suscetíveis aos ambientes familiares deletérios que esses cuidadores frequentemente criam.” (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009, p.3-4). Ademais, problemas sérios e prolongados de uso de álcool frequentemente se associam a outros problemas relacionados à saúde, moradia, pobreza, desemprego, família e redes sociais (ROSSOW et al, 2016).

Artigos de revisão (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; ROSSOW et al, 2016) assinalam que os filhos de alcoolistas (FAs) bebem mais precocemente, são mais propensos a desenvolver problemas de uso do álcool e apresentam não apenas progressão mais rápida do uso inicial do álcool para o transtorno de uso do álcool, mas também níveis mais graves de abuso/ dependência do álcool. O alcoolismo parental¹ é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de envolvimento patológico de álcool nos filhos, na juventude (MOSS, 2013; HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011; BROOK et al., 2010; ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005a; ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b) e para o abuso de outras drogas (OBOT; WAGNER; ANTHONY, 2001; BLACK, 2002). Este ciclo tende a se perpetuar nas gerações futuras, porque as filhas de alcoolistas são mais propensas a se casarem com homens alcoolistas (SILVA, P.; SILVA, M.; VAZ, 2013).

A evidência para a transmissão familiar de alcoolismo é bem reconhecida na literatura: a hereditariedade de transtornos por uso do álcool é alta e, geralmente, situa-se em torno de 50% (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010).

Também está bem estabelecido na literatura que os FAs apresentam risco biológico e ambiental para diversos problemas sociais, emocionais e comportamentais. Famílias de alcoolistas representam um ambiente de alto risco para as crianças, porque costumam vivenciar muitos conflitos conjugais, comportamento antissocial e depressão. Estes fatores têm um efeito nocivo sobre as relações entre pais e filho(a), e podem, por sua vez, ocasionar problemas para o desenvolvimento infantil (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006).

Os danos da convivência familiar com o alcoolismo já foram apontados em diversos estudos, mas não parecem ser assimilados pela sociedade. A questão esbarra em expressiva negação do problema, que possivelmente se associaria a diferentes dimensões de invisibilidade do alcoolismo e, de forma ainda mais acentuada, à invisibilidade da codependência. Nesse contexto, a população adolescente e infantil é especialmente

¹ Neste texto, optou-se pela utilização do termo ‘alcoolismo parental’, quando não houvesse distinção entre pai ou mãe; e ‘alcoolismo paterno’, quando a condição se limitasse ao pai.

vulnerável, por sua própria fase de desenvolvimento psicossocial e pela falta de informações sobre os efeitos nocivos da convivência com o alcoolismo, que vão muito além do risco de se tornarem futuros dependentes de álcool ou outras drogas.

O estigma associado ao alcoolismo em nossa sociedade contribui para que os familiares vivenciem esta condição como um grande segredo, podendo gerar uma postura de fechamento nas relações interpessoais, motivado por intenso sentimento de vergonha (TRINDADE, 2007). Esta tentativa de manter o alcoolismo em segredo priva-os da expressão livre de suas ideias e sentimentos, o que é particularmente problemático, já que seria a “única forma de superar conflitos ocasionados pela vergonha” (TRINDADE, 2007, p. 111), e, também, porque contribui para o fortalecimento da negação e da invisibilidade da situação.

Se por um lado, a família inteira é afetada pelo alcoolismo, por outro, ela pode se beneficiar do tratamento do membro alcoolista (HILL; GAUER; GOMES, 1998; HECKMANN; SILVEIRA, 2009). Entretanto, a atenção biomédica não costuma considerar a convivência com o alcoolismo como fator adoecedor, mesmo em casos de alcoolismo avançado (GIGLIOTTI; BESSA, 2004), colocando, assim, obstáculos tanto para a percepção desse sofrimento, quanto para a busca de apoio. De fato, os clínicos gerais raramente detectam o acometimento por uso abusivo do álcool e, em geral, concentram-se nas doenças clínicas tardias decorrentes da dependência, e não na dependência subjacente. Observa-se que o período médio entre o primeiro problema ocasionado pelo uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de cinco anos. De uma maneira geral, há “despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema [da dependência do álcool], sejam elas usuários, familiares, sejam profissionais de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 16). Estes últimos não consideram que tenham “qualquer responsabilidade ou competência sobre o diagnóstico e tratamento da dependência do álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito” (BRASIL, 2004a, p.17).

Se a situação de reconhecimento do uso indevido de álcool já se mostra tão fragilizada nos serviços de saúde, a codependência é ainda mais difícil de ser percebida nestes ambientes. Preconiza-se que o cuidado seja dirigido a toda a família e a outros que participam do cotidiano do alcoolista, porém, atualmente, “a família é vista apenas como coadjuvante no tratamento do membro alcoolista e não, como entidade que necessita de cuidados, tanto quanto ele.” (SENA et al, 2011).

Segundo Trindade (2007), há uma larga tradição de estudos americanos que priorizam os aspectos epidemiológicos e genéticos do alcoolismo, e corroboram estereótipos rígidos, segundo os quais os FAs são vistos como ‘indivíduos-problema’, sempre em desvantagem em

relação a outros adolescentes em múltiplos quesitos, o que fortalece abordagens estigmatizantes desses sujeitos. Essa autora critica o viés patologizante do modelo biomédico e aponta sua limitação enquanto categoria conceitual de doença, que é insuficiente para alcançar a “magnitude antropológica, social e filosófica inerente à subjetividade dos alcoolistas e de seus filhos” (TRINDADE 2007, p. 20). Tal abordagem hegemônica do tema prioriza o modelo de doença, em detrimento dos recursos de saúde presentes nessas famílias e da capacidade de adaptação desses sujeitos (FELSMAN; VAILLANT, 1987 apud TRINDADE, 2007).

Embora os FAs sofram em decorrência das múltiplas experiências associadas ao adoecimento do pai alcoolista, é importante encarar esses adolescentes como sujeitos autônomos que possuem capacidade de gerir e lidar com os desafios inerentes a esta fase da vida (TRINDADE, 2007). O sofrimento vivido por adolescentes FAs também apresenta um “caráter fértil e salutogênico desta vivência”, pois o sofrimento, inerente à existência dos sujeitos, “não necessariamente traz efeitos patogênicos para o indivíduo sofredor” (TRINDADE, 2007, p. 97). Para essa autora, a compreensão empática de tal sofrimento contribuiria para “a elucidação de respostas resilientes por parte do próprio indivíduo e da sociedade” (TRINDADE, 2007, p. 98).

A questão que norteou o presente trabalho foi: Que aprendizagens podem ser feitas quanto ao reconhecimento/ acolhimento/ cuidado da codependência de crianças e adolescentes FAs na Atenção Básica (AB) e quais as orientações técnicas adequadas para o atendimento e a construção de ações integradas envolvendo a família, a comunidade e as redes de atenção à saúde (RAS) para o cuidado dessa população?

O objeto de estudo se refere ao sofrimento mental de filhos não adultos de alcoolistas – para além do risco de futuramente apresentarem transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas –, e às possibilidades de seu reconhecimento e cuidado na AB.

O objetivo geral do trabalho é descrever como a literatura científica, no campo da saúde, aborda o sofrimento de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, identificando os fatores de risco e proteção e eventuais experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado, a fim de propor orientações técnicas para o cuidado deste grupo, na Atenção Básica, visando à construção de ações integradas nas redes familiares, nas redes comunitárias e nas redes de atenção à saúde (RAS).

Os objetivos específicos são:

1) Descrever como a literatura no campo da saúde aborda a codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, no período 2004-2020;

2) Identificar nesta literatura os fatores de risco e proteção e as experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado com este grupo;

3) Propor orientações técnicas que contribuam para uma eventual construção, a partir da Atenção Básica, de protocolos de atendimento com ações integradas nas redes familiares, nas redes comunitárias e nas redes de atenção à saúde (RAS) para o cuidado desta população.

A estruturação do trabalho inclui os seguintes itens:

O primeiro capítulo apresenta uma contextualização sobre o alcoolismo, conceituando-o e discutindo suas formas de apresentação, a dificuldade de seu reconhecimento social, bem como sua relação com a violência doméstica e outras repercussões no ambiente e no relacionamento familiar.

O segundo capítulo dedica-se à conceituação da codependência, à descrição preliminar do sofrimento dos filhos de alcoolistas (FAs) e da relativa invisibilidade de sua condição, não apenas no campo político, mas também nos serviços de saúde. Apresenta-se também o papel do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) nesse contexto e aborda-se o conceito de resiliência e adversidade.

O terceiro capítulo é dedicado ao detalhamento do método empregado no presente estudo.

O quarto capítulo versa sobre a descrição detalhada dos estudos selecionados para a presente pesquisa e seus resultados, os quais são organizados por tipo de estudo e temas abordados.

O quinto capítulo dedica-se à síntese e discussão dos resultados, que são organizados em diferentes dimensões observadas em relação à codependência de crianças e adolescentes que convivem ou conviveram com familiares alcoolistas, ressaltando os fatores de risco e proteção e as orientações técnicas que contribuem para o cuidado dessa condição nas redes familiares, comunitárias e nas redes de atenção à saúde.

O sexto e último capítulo apresenta as considerações finais.

1. ALCOOLISMO: PROBLEMA FAMILIAR DE SAÚDE PÚBLICA

O alcoolismo é uma doença crônica e multifatorial, na qual diversos aspectos contribuem para o seu desenvolvimento, tais como: a quantidade e frequência de uso do álcool; a condição de saúde do indivíduo; e fatores genéticos, psicossociais e ambientais (CISA, 2014). São reconhecidas pelo menos três dimensões que se associam ao alcoolismo: (a) biológica: associada a uma predisposição genética e ao metabolismo alterado do álcool, ocasionando uma resposta fisiológica inadequada; (b) psicológica: fomentada por baixa autoestima, por busca de prazer para prevenir a dor e por relações familiares prejudicadas; e (c) sociocultural: vinculada à disponibilidade e aceitação cultural do uso abusivo do álcool, bem como a atitudes, normas e valores culturais, nacionalidade, origem étnica, religião, etc. (SENA et al, 2011).

1.1 CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES

O termo ‘alcoolismo’ vem sendo substituído por Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), com a finalidade de caracterizar um transtorno que se constitui ao longo da vida, eliminando a visão dicotômica de ‘tudo ou nada’, implícita em tal termo (FILIZOLA et al., 2006; GIGLIOTTI; BESSA, 2004): “A SDA não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida.” (GIGLIOTTI; BESSA, 2004, p.12). Trata-se de um transtorno psiquiátrico, cujo quadro clínico é bastante estudado e conhecido. Seus critérios diagnósticos são claros e foram estabelecidos há vários anos. No entanto, os transtornos relacionados ao uso do álcool ainda representam um desafio para os médicos em relação à identificação dos casos iniciais e, até mesmo, dos quadros mais avançados (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O questionário CAGE é uma ferramenta simples, utilizada para rastreamento do alcoolismo. Trata-se de um acrônimo na língua inglesa, composto por quatro perguntas, a saber: C (“*Cut down*”) - Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?; A (“*Annoyed*”) – As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?; G (“*Guilty*”) – Se sente culpado(a) pela maneira com que costuma beber? E (“*Eye opened*”) – Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca? A presença de duas respostas afirmativas sugere ‘screening’ positivo para abuso ou dependência de álcool (PAZ-FILHO et al., 2001).

De acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, esta condição é definida como

um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool, tipicamente associado aos seguintes sintomas: forte desejo de beber, dificuldade de controlar o consumo (não conseguir parar de beber depois de ter começado), uso continuado apesar das consequências negativas, maior prioridade dada ao uso da substância em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância (necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância) e por vezes um estado de abstinência física (sintomas como sudorese, tremores e ansiedade quando a pessoa está sem o álcool) (CISA, 2014, online).

Independentemente de sua capacidade genética para tolerar o álcool, o alcoolista continua a beber mesmo quando a bebida começa a interferir no funcionamento da sua vida doméstica, social ou profissional (HECHT, 1973). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, na sigla em inglês), são indicadores de abuso e dependência do álcool os seguintes comportamentos relacionados com o uso dessa substância: receber reclamações de amigos/família; perder amigos; ser preso por embriaguez; ser preso por outros crimes relacionados ao beber; faltar à escola ou ao trabalho; perder o emprego ou ser expulso da escola; beber é a primeira coisa na manhã; beber mais ou por mais tempo do que o pretendido; sentir-se culpado por beber; e sofrer apagões (amnésia alcoólica) (HUSSONG et al. 2010). Esta versão do manual (DSM-IV) permanece como referência e ainda é amplamente utilizada. Nela, há distinção entre dois transtornos: o abuso e a dependência. (CISA, 2014).

A 5ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da APA, unifica os diagnósticos de abuso e dependência em uma única categoria, intituladas “transtornos relacionados ao uso de substâncias”, que são definidos como a repetição de problemas decorrentes do uso desta substância, que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo. A gravidade de tais transtornos varia de acordo com o número de sintomas apresentados a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses. (Ver Quadro 1). Considerando os 11 critérios relacionados ao uso do álcool, o transtorno pode ser classificado como leve, quando estão presentes 2 a 3 sintomas; moderado quando há 4 a 5 sintomas; e grave na presença de 6 ou mais sintomas. (CISA, 2014).

Quadro 1 - Critérios para transtornos relacionados ao uso de álcool (DSM-5).

Um padrão mal-adaptativo de uso de álcool, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por dois (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
1. O álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do álcool, na utilização do álcool ou na recuperação dos seus efeitos.
4. Fissura, desejo intenso ou urgência em consumir álcool (“ <i>craving</i> ”).
5. Uso recorrente de álcool resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa.
6. O uso de álcool continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo álcool.
7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em função do uso de álcool.
8. Uso de álcool recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico.
9. O uso de álcool continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a) necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a) síndrome de abstinência característica para a substância [caracterizada por critérios específicos]; b) o álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
A classificação da gravidade do transtorno baseia-se na quantidade de critérios acima preenchidos pelo indivíduo, sendo:
Leve: presença de 2 a 3 sintomas
Moderada: presença de 4 a 5 sintomas
Grave: presença de 6 ou mais sintomas

Fonte: DSM-5/ APA apud CISA, 2014.

1.2 PADRÕES DE CONSUMO DO ÁLCOOL

Existem diferentes formas de consumo do álcool que resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, culturais e ambientais. Qualquer padrão de consumo do álcool pode conduzir a problemas para o indivíduo, ou para os que o cercam, e não existe dependência alcoólica sem problemas relacionados ao consumo desta substância. No entanto, na maioria das vezes, o resultado do consumo do álcool “não é o da dependência, mesmo para aqueles que em algum período da vida fizeram uso problemático desta substância.” (GIGLIOTTI; BESSA, 2004, p.12).

O ‘uso prejudicial de bebidas alcoólicas’ é definido como o consumo que pode ocasionar danos para a saúde e o bem-estar da pessoa e dos ambientes sociais (BRASIL, 2004a, p. 38). Quando o indivíduo não apresenta dependência do álcool, mas exhibe um padrão de uso de bebidas alcoólicas que está causando dano real à saúde (física ou mental), ou que é frequentemente criticado por outras pessoas, ou ainda que ocasiona problemas ao seu redor

(na família, no trabalho, acidentes de trânsito, etc.), diz-se que ele faz ‘uso nocivo do álcool’ (GIGLIOTTI; BESSA, 2004, p.12; LARANJEIRA et al., 2007, p.24). Quando o indivíduo não tem dependência do álcool, nem problemas associados ao seu consumo, diz-se que ele é um bebedor com consumo de baixo risco. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Alguns indivíduos usam o álcool com a intenção de mudar seu estado de espírito e reduzir sentimentos de disforia. A literatura internacional se refere a eles como bebedores que buscam fugir/ escapar da realidade, ou simplesmente “*escape drinkers*”. Essa classificação envolve a presença de dois ou mais dos cinco itens de fuga por beber, quando o álcool: (a) ajuda a relaxar; (b) é necessário quando o indivíduo está tenso e nervoso; (c) ajuda a animar quando está de mau humor; (d) ajuda a esquecer preocupações; (e) ou ajuda a esquecer de tudo (MENNELLA; FORESTELL, 2008).

De acordo com o II Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, o consumo de bebidas alcoólicas, para os brasileiros adultos, pode ser categorizado e quantificado segundo a intensidade do beber (integrando nessa medida a frequência e a quantidade do beber), como se segue: abstinência (48%); bebedor não frequente (14%); bebedor menos frequente (15%); bebedor frequente (15%); e bebedor frequente pesado (9%) (LARANJEIRA et al., 2007). (Ver mais detalhes no Quadro 2).

Quadro 2 - Intensidade do beber entre brasileiros adultos.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	%
Abstinência	bebe menos de uma vez por ano, ou nunca bebeu na vida	48
Bebedor não frequente	bebe menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano, e não bebe cinco ou mais doses em uma ocasião	14
Bebedor menos frequente	bebe de uma a três vezes por mês, e pode ou não beber cinco doses ou mais ao menos uma vez por ano	15
Bebedor frequente	bebe uma vez por semana ou mais, e pode ou não consumir cinco ou mais doses por ocasião pelo menos uma vez por semana, mas mais de uma vez por ano	15
Bebedor frequente pesado	bebe uma vez ou mais por semana, e consome cinco ou mais doses por ocasião, uma vez na semana ou mais	9

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

O uso prejudicial de bebidas alcoólicas tem relação diretamente proporcional com os padrões de consumo (quantidade, tipo, qualidade, forma e hábito de uso). No entanto, o uso eventual ou fortuito do álcool também se associa a problemas (BRASIL, 2004a). A literatura internacional reconhece a prática de consumo excessivo de álcool num curto intervalo de

tempo como “*binge drinking*”, ou “beber em *binge*”, o qual indica um estado de consumo de risco. Tal prática se caracteriza pelo consumo, em uma única ocasião, de cinco doses² ou mais para os homens e quatro doses ou mais para as mulheres. O beber em “*binge*” é perigoso, porque, durante estes episódios, ocorrem importantes modificações neurofisiológicas, como desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora, entre outras. Este uso pesado episódico do álcool, ainda que ocorra de forma esporádica, causa altos custos sociais e de saúde, estando associado a acidentes (de carro, quedas, atropelamentos, afogamentos) e a vários tipos de violência (homicídios, roubo, violência doméstica, agressões físicas, violência sexual, etc.) (LARANJEIRA et al., 2007). Do total da população adulta brasileira, 28% beberam em “*binge*” pelo menos uma vez no ano que antecedeu o estudo de Laranjeira e colaboradores (2007).

Com base no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (II LNUD), realizado em 2005, e que envolveu as 108 maiores cidades do país, Laranjeira e colaboradores (2007) apontam o aumento do consumo de bebidas alcoólicas pela população brasileira nos quatro anos que antecederam o levantamento. Nesta mesma publicação, Félix (2007) afirma que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool, e que o consumo de álcool ocorre em faixas etárias cada vez mais precoces. De fato, em levantamento realizado com estudantes brasileiros do Ensino Médio e Ensino Fundamental, em 2004, observou-se que o álcool é a substância psicotrópica que apresenta a menor média de início de consumo: pouco mais de 12 anos de idade (LARANJEIRA et al., 2007).

Mais recentemente, o III Levantamento Nacional Domiciliar sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2017, ouviu 16.273 pessoas, entre 12 a 65 anos de idade. Trata-se do maior estudo sobre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas por brasileiros, realizado em 351 cidades, dentre as quais estavam incluídas as 108 maiores cidades do país, que participaram do II LNUD, em 2005. Segundo o III LNUD (BASTOS et al., 2017), a prevalência de consumo de álcool nos últimos 30 dias, na população brasileira, em 2015, foi de 30,1% (aproximadamente 46 milhões de habitantes); e a prevalência do consumo em ‘*binge*’, estimada para a população geral, foi de 16,5% (aproximadamente 25 milhões de habitantes). O mesmo estudo aponta que

² Cada dose contém cerca de 10-14g de álcool. Em média, uma dose corresponde a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml; uma garrafa ‘*long neck*’; uma taça de vinho de 90 ml; uma dose de 30 ml de cachaça (ou outros destilados); uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “*ice*”. (LARANJEIRA et al., 2007, p.36; BASTOS et al., 2017, p.78).

cerca de 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram dependência de álcool (de acordo com os critérios do DSM-IV) nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que representa 1,5% dos indivíduos da população de pesquisa e 3,5% dos indivíduos que consumiram álcool no último ano. Cabe ressaltar que 119 mil dependentes eram adolescentes de 12 a 17 anos. (BASTOS et al., 2017).

1.2.1 Diferenças de gênero

Homens e mulheres bebem de formas muito diferentes. O III LNUD encontrou diferenças estatisticamente significativas em relação ao consumo de álcool na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em ‘*binge*’, sempre com maior consumo por parte dos homens, conforme exibido no Quadro 3:

Quadro 3 - Tipos de consumo de álcool por gênero.

Tipo de consumo	Homens	Mulheres
Consumo de álcool na vida	74,3%	59,0%
Consumo de álcool nos últimos 12 meses	51,6%	35%
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	38,8%	21,9%
Consumo em ‘ <i>binge</i> ’	24%	9,5%

Fonte: BASTOS et al., 2017.

Os homens tendem a beber mais e a ter prejuízos maiores em relação ao álcool do que as mulheres, enquanto estas costumam sofrer mais com a violência associada a este consumo (BANCO MUNDIAL, 2002). Os homens que tenham consumido álcool tendem a interpretar o comportamento dos outros como agressivo e, conseqüentemente, podem reagir aos outros de forma agressiva (OGLE; MILLER, 2004).

Em nosso contexto social, há uma nítida associação mitológica entre ingestão de álcool, virilidade e poder: o gênero masculino acaba encontrando no álcool uma fonte de reforço e confirmação de sua masculinidade fragilizada (PENA-ALFARO, 1993 apud TRINDADE, 2007). Destacam-se como influências ambientais para o início do consumo do álcool as pressões dos amigos e as induções do meio familiar, principalmente por parte do pai, para que os meninos experimentem alguns goles de bebida alcoólica durante a infância e adolescência, a fim de estimular “hábitos mais masculinos” (NASCIMENTO; JUSTO, 2000).

Com base na Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2018, o Ministério da Saúde aponta que 17,9% da população adulta no Brasil fazem uso abusivo de bebida alcoólica. Este percentual é

14,7% maior do que o registrado no país em 2006 (15,6%). Cabe salientar que, embora as mulheres bebam menos do que os homens, o crescimento do uso abusivo de álcool no período de 2006 a 2018 foi maior no grupo feminino (de 7,7% para 11%) do que no grupo masculino (de 24,8% para 26%). Este aumento significativo do consumo abusivo de álcool entre as mulheres é atribuído a uma mudança de comportamento, com aumento da presença feminina no mercado de trabalho, bem como sua participação mais ativa na vida social (BRASIL, 2019).

Tanto os homens quanto as mulheres alcoolistas são mais propensos a se casarem com bebedores pesados, quando comparados a homens e mulheres não alcoolistas (WEST; PRINZ, 1987; BLACK, 2002).

1.2.2 Estimativas por faixa etária

As maiores proporções de consumo de álcool nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *'binge'* foram observadas nas faixas etárias entre 25-34 anos, 18-24 anos e 35-44 anos (BASTOS et al., 2017), conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Estimativas de consumo de álcool por faixa etária

Consumo de álcool	25-34 anos	18-24 anos	35-44 anos
Nos últimos 12 meses	51,9%	53,2%	46,2%
Nos últimos 30 dias	38,2%	35,1%	34,6%
Em <i>'binge'</i>	23,3%	20,5	18,8%

Fonte: BASTOS et al., 2017.

1.2.3 Estimativas por nível de escolaridade

Em 2015, considerando apenas os indivíduos de 18 a 65 anos, o uso de álcool nos últimos 30 dias foi mais frequente entre aqueles que apresentaram nível superior completo ou mais (43,9%), quando comparados a todas as outras categorias de escolaridade. Inversamente, os indivíduos sem instrução/ com ensino fundamental incompleto apresentaram a menor proporção de consumo de álcool nos últimos 30 dias (27,2%) (BASTOS et al., 2017).

1.3 DIFICULDADES DE RECONHECIMENTO SOCIAL DO ALCOOLISMO

Conforme já mencionado na introdução deste trabalho, o consumo do álcool é observado em diferentes culturas e está associado a celebrações, eventos religiosos e culturais, situações sociais e de negócios. A sociedade tende a desconsiderar o potencial lesivo de seu abuso, e há grande timidez nacional para propor práticas de efetivo controle em relação à sua

comercialização. Até mesmo os clínicos gerais têm dificuldade de detectar o uso abusivo do álcool (LARANJEIRA et al., 2007; ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006; BRASIL, 2004a).

A família e a sociedade têm dificuldades para reconhecer o alcoolismo como doença. Um dos fatores relacionados a esta questão é o fato da ingestão de bebidas alcoólicas conduzir a quadros muito diferentes, com cursos irregulares e prognósticos variáveis (FILIZOLA et al., 2006).

Nossa sociedade adota postura bastante ambígua em relação ao consumo do álcool: por um lado, mostra-se bastante ‘alcoólica’, ofertando e produzindo bebidas alcoólicas de forma crescente, sem explicitar as regras adequadas de sua utilização; e, por outro lado, condena a embriaguês e o alcoolismo, estigmatizando e segregando socialmente os alcoolistas e seus familiares (TRINDADE, 2007).

1.4 ALCOOLISMO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica constitui um dos danos reconhecidamente associados ao uso prejudicial do álcool (BRASIL, 2004a): “O álcool frequentemente atua como um desinibidor, facilitando a violência” (ZILBERMAN; BLUME, 2005, p. S52). Félix (2007) salienta que em contextos nos quais o álcool se faz presente, são cada vez mais evidentes os relatos de violência doméstica, de lesões corporais e de tentativas e homicídios consumados, além de outras situações de conflitos interpessoais.

No contexto das relações conjugais, estudos apontam índices de alcoolismo que variam de 67% a 93% entre maridos que espancam suas esposas (BHATT, 1998). Maridos violentos bebem em maior quantidade e frequência do que maridos não violentos (SMITH, 2000) e, quando o alcoolismo está presente, as chances de abuso da esposa aumentam 3,25 vezes (DINWIDDIE, 1992). O uso de substâncias psicoativas pode também estar envolvido na violência doméstica sob formas mais sutis, como discussões sobre assuntos financeiros, por exemplo, quando o usuário de substâncias desvia o dinheiro destinado às contas domésticas para comprar drogas (SMITH, 2000); ou sob formas veladas “por padrões socialmente estabelecidos, que preconizam a permanência da esposa com seu cônjuge alcoolista, mesmo que ele lhe seja infiel.” (SENA et al, 2011, p.312).

Em relação às crianças criadas em famílias nas quais outros membros abusam ou são dependentes de álcool e outras substâncias, a literatura reconhece um risco elevado para abuso físico e sexual dos menores (REINALDO; PILLON, 2008).

1.5 REPERCUSSÕES NO AMBIENTE E NO RELACIONAMENTO FAMILIAR

Os transtornos por uso do álcool de um único membro da família podem conduzir a uma ampla distorção dos processos familiares, o que aumenta o risco de disfunção familiar³, violência doméstica e outros problemas que requeiram intervenção (MOSS, 2013).

Em estudo qualitativo, que teve por objetivo compreender o alcoolismo na família por meio da identificação da estrutura e das relações familiares, da rede de suporte social da família e da vivência dessas famílias diante do alcoolismo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito sujeitos pertencentes a cinco famílias de alcoolistas, de uma Unidade de Saúde da Família (a maioria dos entrevistados era representada por esposas e mães). O estudo constata “o enorme sofrimento e as sérias repercussões que esse problema traz para a família”, e identifica a necessidade dos familiares “receberem maiores informações sobre o alcoolismo e o seu tratamento”. (FILIZOLA et al., 2006, p.669). Ademais, a “maioria das famílias evita falar do alcoolismo com os demais familiares isolando-se diante do problema” por forte sentimento de vergonha (FILIZOLA et al., 2006, p.669).

As vivências dessas famílias diante do alcoolismo foram sistematizadas em cinco categorias, com os seguintes resultados (FILIZOLA et al., 2006):

(a) *Problemas enfrentados pelas famílias*: apesar das famílias apresentarem dificuldades financeiras, o alcoolismo foi apontado pela maioria delas como o maior problema.

(b) *Conhecimento sobre o alcoolismo*: os familiares demonstraram ter pouco conhecimento sobre conceitos importantes relacionados ao alcoolismo e sobre o tratamento dessa condição. Eles percebem que o alcoolismo prejudica a saúde e leva à morte, mas não sabem descrever a doença. Mesmo o familiar que compreende o alcoolismo como doença, apresenta também uma desconfiança, por acreditar que o alcoolista se aproveita dessa visão para se acomodar. Há ainda uma confusão em relação ao indivíduo que consome álcool, mas continua realizando seu trabalho: ele não é visto como um alcoolista.

(c) *Sufrimento diante do alcoolismo e as relações familiares*: há grande frustração e desgaste emocional em função das constantes tentativas de convencer o familiar a se tratar. O sofrimento das famílias diante do alcoolismo é agravado pela violência, que pode ocorrer de diversas formas. Os familiares apresentam ainda forte sentimento de vergonha em relação ao alcoolista, por conta de suas atitudes constrangedoras (tais como agressões físicas e verbais), que comprometem a vida social da família. Eles deixam de frequentar festas, por vergonha e por medo do alcoolista beber e se comportar de forma inadequada ou violenta (com ofensas

³ A disfunção familiar diz respeito à perturbação, inversão, ou anulação dos papéis familiares de alguns ou de todos os seus membros.

verbais, agressões físicas, destruição de bens, etc.). Para a maioria dos entrevistados, as relações familiares são conturbadas, principalmente quando o usuário está alcoolizado. A família tende a se isolar dos outros parentes e amigos e os filhos se afastam dos pais alcoolistas por medo e vergonha.

(d) *Dificuldades dos familiares em relação ao alcoolismo*: o problema mais grave relacionado à convivência com o alcoolismo é a violência sofrida pelos familiares. As relações familiares são conturbadas e há diferentes formas de violência doméstica que afetam os casais, as crianças e os adolescentes, comprometendo o bem-estar físico e psicológico da família. Outra dificuldade se refere aos filhos menores, que se mostram amedrontados, nervosos e com dificuldades na escola e na vida pessoal. As mulheres referem ainda incômodo com a intimidade conjugal. Os familiares apresentam nervosismo e insônia motivados pela preocupação e por não saberem como lidar com a situação. Eles têm dificuldades de lidar com atitudes consideradas imorais, como roubo (ou furto) de dinheiro para o uso com bebidas. A maioria das famílias de alcoolistas estudadas tende a se isolar e evita falar do alcoolismo com os outros.

(e) *Rede de apoio social à família*: os familiares desconhecem e não utilizam quaisquer recursos – nem os recursos públicos de saúde, nem os Grupos de Apoio mútuo (como Al-Anon⁴ e Alateen⁵, para familiares e FAs respectivamente) – no enfrentamento do alcoolismo. (FILIZOLA et al., 2006).

Há certas características psicológicas dos alcoolistas que podem influenciar os padrões interacionais entre estes e seus filhos, bem como a vivência da paternidade. São exemplos desses traços de personalidade vinculados ao alcoolista: “regressão emocional, imaturidade, instabilidade, ansiedade, insegurança e fraqueza de ego” (SONENREICH, 1971 apud TRINDADE, 2007, p. 19). Esses indivíduos se mostram como “sujeitos dependentes, tímidos, fugidios, com medo de tomar iniciativas e de assumir responsabilidades” e, como consequência, “a fantasia pode se apresentar como fonte de satisfação ou como refúgio

⁴ Al-Anon é um grupo de apoio mútuo e anônimo, que se autodefine como “Grupos Familiares que reúnem parentes e amigos de alcoólicos que compartilham sua experiência, força e esperança, a fim de solucionar os problemas que têm em comum. (...) não está ligado a nenhuma seita, religião, movimento político, organização ou instituição; (...) tem apenas um propósito: prestar ajuda a familiares e amigos de alcoólicos (...), praticando os Doze Passos (...)”. (AL-ANON, 2021)

⁵ Alateen é um grupo anônimo de adolescentes que praticam os doze passos e que faz parte dos Grupos Familiares Al-Anon: “é constituído por pessoas jovens cujas vidas foram afetadas pelo alcoolismo de membros da família ou de amigos próximos”. (AL-ANON, 2021). Quando comparados com FAs que são membros do Alateen, ou com filhos de não alcoolistas, os FAs que não são membros do Alateen apresentam estado de humor negativo significativamente mais alto e estado de humor positivo significativamente mais baixo, além de autoestima significativamente mais baixa (WEST; PRINZ, 1987).

possível de frustração das aspirações intelectuais” (ALONSO FERNANDES, 1991 apud TRINDADE, 2007, p. 19). Para eles, o álcool funciona como mecanismo de fuga, diante de seu sentimento de inadequação e de sua autoimagem negativa, que ficam encobertos por ideais de grandeza, e por certo grau de perfeccionismo e exibicionismo (NASCIMENTO; JUSTO, 2000).

2 CODEPENDÊNCIA EM FILHOS DE ALCOOLISTAS: VULNERABILIDADE MUITAS VEZES INVISÍVEL

Neste capítulo serão apresentados o conceito de codependência e sua abordagem nas políticas públicas; aspectos relacionados à aquisição de conhecimentos sobre o álcool em crianças; aspectos do sofrimento dos FAs e da convivência familiar; e o conceito de resiliência.

2.1 CONCEITO DE CODEPENDÊNCIA

A convivência com o alcoolismo na família torna todos os seus membros vulneráveis a agravos em suas dimensões de saúde (SENA et al., 2011). Com relação ao alcoolismo, a codependência se refere tanto às atitudes das pessoas próximas ao alcoolista, que contribuem para a manutenção da dependência do álcool, quanto ao sofrimento daqueles que convivem com o alcoolista. Segundo o Glossário de Álcool e Drogas (BRASIL, 2006), traduzido da obra original *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, publicada pela OMS, em 1994, ‘codependente’ é um parente, amigo próximo, ou colega de uma pessoa alcoolista ou dependente de droga, cujas reações tendem a perpetuar a dependência, retardando o processo de recuperação. Atualmente, o termo também é usado em sentido figurado, “para se referir à comunidade ou sociedade que age como um facilitador da dependência de álcool ou droga”. (BRASIL, 2006, p. 43). Cabe salientar que o uso desse termo se associa à necessidade de “tratamento ou ajuda, e há quem proponha classificar a codependência como transtorno psiquiátrico” (BRASIL, 2006, p. 43). Embora essa definição conste do Glossário publicado pela OMS, a codependência não é classificada como doença na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da mesma organização. O Glossário remete o termo ‘codependente’ a ‘filho/filha de alcoolista’, definido como a pessoa “que tem pelo menos um dos pais que é ou foi alcoolista”. Esta mesma obra afirma que há uma literatura popular crescente que caracteriza esses indivíduos como codependentes, apresentando “uma lista abrangente de suas características debilitantes na vida adulta” (BRASIL, 2006, p. 69).

2.2 INVISIBILIDADE POLÍTICA RELATIVA

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PMSAD) foi publicada pelo Governo Federal, em 2004, como resultado do trabalho do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, no ano anterior (BRASIL, 2004a). Tal política, apresentada em documento extenso e detalhado, é a base para

a Política Nacional sobre o Álcool (PNA), publicada em maio de 2007, por meio do decreto nº 6.117, com texto bem mais conciso que o anterior, o qual dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências (BRASIL, 2007). Em ambos os documentos, os familiares são considerados como rede de apoio para o alcoolista diminuir ou evitar o uso do álcool, não havendo qualquer referência ao sofrimento dos codependentes ou sua necessidade de cuidado. Esta mesma abordagem também está presente na Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD-SUS) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

2.2.1 O papel do CAPSad e do CAPSi

Na PMSAD há referência aos familiares quando são enumerados os objetivos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). No item 5, encontra-se “oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços”, sem qualquer detalhamento sobre este cuidado; e no item 7, “Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo” (BRASIL, 2004a, p. 34), ou seja, detalha-se tão somente a prevenção do uso abusivo de álcool por parte dos familiares, e não o cuidado de seu sofrimento.

Sena e colaboradores (2011) chamam a atenção para a prevalência de um modelo fragmentado que enfatiza apenas o dependente e o fato de que a família que convive com um membro alcoolista deva “ser incluída como unidade de cuidado no planejamento da assistência prestada pelos serviços de saúde e contar com uma rede de suporte social efetiva”, além de dever ser uma “prioridade no contexto das políticas de saúde e, especialmente, das políticas de saúde mental, no âmbito da dependência química” (SENA et al., 2011, p.316).

Os CAPSad, além do atendimento aos alcoolistas, devem também “oferecer suporte às famílias, desenvolvendo atividades como terapias individuais, grupais, atividades educacionais e de lazer.” (SENA et al., 2011, p.311). Por outro lado, o CAPS Infantil (CAPSi) é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, que focaliza os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, por sua condição psíquica (BRASIL, 2004b). Assim sendo, o perfil de atendimento do CAPSi não é adequado para acolher os codependentes de familiares alcoolistas.

2.3 AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O ÁLCOOL EM CRIANÇAS

Com base em revisão sistemática de 20 estudos observacionais, publicados entre 1976 e 2016, sendo 19 estudos transversais e um estudo de caso, que incluíram crianças entre 2 e 10 anos de idade, Voogt e colaboradores (2017) observam que as crianças não são inocentes em relação ao álcool e apontam que elas começam a adquirir conhecimentos sobre o álcool aos 2 anos de idade. Nesta idade, elas se mostram capazes de distinguir bebidas alcoólicas e não alcoólicas baseadas no olfato, em fotografias ou em uma encenação ocorrida em um cenário que envolve compras de supermercado. A partir de 5 anos de idade, as crianças foram capazes de descrever os efeitos do álcool (tais como ficar embriagado ou sofrer acidentes); e conhecem os motivos e os locais para beber, bem como as quantidades de uma dose pequena ou grande de vinho e uísque. A partir de 5 anos e meio, as crianças foram capazes de dar informações factuais sobre o álcool ('o álcool faz você ficar bêbado'), bem como informações negativas ('o álcool é ruim para você'). Os estudos mostram que a aquisição de conhecimentos sobre o álcool aumenta com a idade, mas não há consenso sobre diferenças de gênero nesse processo.

Os estudos apresentados pelos mesmos autores indicam também que as crianças têm conhecimento sobre as normas culturais de uso do álcool pelos adultos, evidenciando especificidades quanto ao gênero e à idade de quem bebe, e também quanto ao ambiente em que os adultos consomem bebidas alcoólicas. Crianças entre 2,6 e 7 anos de idade relataram que apenas os adultos consomem bebidas alcoólicas; e que os adultos preferem as bebidas alcoólicas, enquanto as crianças preferem as bebidas não alcoólicas. Ademais, crianças entre 2,9 e 10 anos de idade associavam as bebidas alcoólicas mais frequentemente aos homens; e percebiam que estes últimos gostavam mais das atividades relacionadas ao álcool do que as mulheres. E crianças entre 3,0 a 6,0 anos de idade associavam mais frequentemente o consumo de álcool pelos adultos a uma festa do que a brincadeiras ao ar livre. O conhecimento sobre as normas culturais de uso do álcool aumenta com a idade, e não parece haver diferenças de gênero na aquisição desse conhecimento (VOOGT et al, 2017).

O impacto do uso parental de álcool na aquisição do conhecimento relacionado ao álcool pelas crianças é ambíguo. Em alguns estudos, houve impacto positivo na aquisição de conhecimentos relacionados ao álcool, às normas relacionadas ao álcool e às expectativas explícitas em relação ao álcool; em outros, não houve impacto (VOOGT et al, 2017).

Um estudo transversal, relatado por Mennella e Forestell (2008), relacionado à percepção de aromas, foi realizado com 145 crianças saudáveis, entre 5 e 8 anos, e suas mães. Os sujeitos da amostra foram divididos em dois grupos: o primeiro, com os filhos e as mães

‘*escape drinkers*’ (cerca de 1/3 do total das mães); e o segundo, com os filhos e as mães que não utilizavam o álcool para escapar da realidade. Foi solicitado a todas as crianças que cheirassem diferentes aromas (como chiclete, chocolate, café, chá verde, fumaça de cigarro, cerveja, uísque, etc.) e definissem de quais elas gostavam ou não. Mais de 73% das crianças indicaram que não gostavam do odor de cerveja e uísque, sem diferenças significativas entre os dois grupos. No entanto, quando as crianças tinham que indicar sua preferência entre o aroma de cerveja e outro aroma, os filhos de ‘*escape drinkers*’ eram mais propensos a não gostar do cheiro de cerveja do que os filhos de não ‘*escape drinkers*’, independentemente da quantidade de álcool que suas mães disseram consumir. O estudo conclui que os filhos de mães ‘*escape drinkers*’ associam o odor do álcool às emoções negativas que observavam ou vivenciavam quando a mãe bebia, sendo mais relevante para eles este contexto emocional – de uma mãe com distúrbio de humor, que bebe ao longo do dia e se sente culpada e preocupada com sua forma de beber –, do que a frequência de exposição da criança ao odor do álcool. Portanto, o aprendizado sobre o álcool é também influenciado por associações que a criança faz entre sua experiência sensorial e o contexto emocional no qual a mãe bebe (MENNELLA; FORESTELL, 2008).

2.4 LEMBRANÇAS DE FILHOS ADULTOS DE ALCOOLISTAS SOBRE APOIO SOCIAL DE ADULTOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Um estudo qualitativo norueguês (WERNER; MALTERUD, 2017) entrevistou nove filhos adultos de alcoolistas (FAAs) a respeito de suas lembranças sobre o eventual apoio social informal de adultos (profissionais de saúde, familiares ou vizinhos), na fase de sua infância e adolescência. Muitos participantes revelaram que se sentiram traídos por adultos que tinham conhecimento de seus problemas, mas nunca intervieram ou os convidaram para conversar sobre isso. Também foi ressaltada a importância dos adultos que lhes davam abrigo temporário (parentes, vizinhos ou pais de amigos), quando a situação do alcoolismo parental se agravava, mesmo sem que esses adultos intervissem na situação: ter abrigo neste momento era mais importante do que conversar sobre o que sentiam; e elas podiam ter uma sensação de normalidade, quando participavam das rotinas desta outra casa. Ao se sentir em segurança, o(a) FA pode perceber que tem escolhas, e que é capaz de conduzir sua vida. O reconhecimento das necessidades do(a) FA pelo adulto que conversa com ele(a), ou sabe do problema, contribui para o(a) FA se sentir normal. O estudo aponta os médicos generalistas, enfermeiras escolares e assistentes sociais como personagens importantes para o reconhecimento das crianças em apuros, quando evitam o aumento da carga sobre a criança

ou a normalização da situação que ela vive; e propõe oferecer, na Atenção Primária, um espaço seguro e confiante, onde o(a) FA possa compartilhar preocupações ou incertezas sobre o uso de álcool por parte dos pais.

2.5 SOFRIMENTO DOS FILHOS DE ALCOOLISTAS

Os filhos de dependentes de álcool e outras drogas representam uma população vulnerável para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e desajuste social (VIDAL et al., 2012). Embora um grande número de FAs possa não apresentar problemas, tais indivíduos são considerados mais vulneráveis, tendendo ao desenvolvimento de resultados negativos à medida que crescem (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005a).

Quando um dos pais é dependente de álcool, as interações entre os membros da família são significativamente comprometidas (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012, p.192), e evidenciam diferentes padrões de disfunção familiar (MOSS, 2013; BLACK, 2002). Os FAs vivem em um ambiente familiar

imprevisível e pouco manejável, no qual é difícil administrar a vida cotidiana e lidar com comportamentos disfuncionais dos pais que consomem álcool de forma prejudicial (ou seja, mudanças de humor, promessas não cumpridas, punições e recompensas arbitrárias e discursos inconsistentes (IACOPETTI et al., 2018, p.162, tradução nossa).

Nesses lares, os padrões familiares disfuncionais são um estilo de vida e se associam a três regras básicas: ‘Não Fale’, ‘Não Confie’, ‘Não Sinta’ (BLACK, 2002). A comunicação é frequentemente atravessada por meias-verdades e mentiras inocentes, porque o responsável não alcoolista tenta proteger os filhos da verdade sobre o pai/mãe que bebe. No entanto, os filhos acabam percebendo que os pais nem sempre querem expressar o que dizem, ou nem sempre dizem o que querem expressar. As palavras perdem significado e os filhos são privados do acesso normal aos relacionamentos dentro da família. Eles aprendem a não confiar na comunicação verbal; a usar o sarcasmo e as palavras cortantes que magoam; a agir impulsivamente, seguindo o modelo do alcoolista. Esse ambiente dificulta o desenvolvimento da confiança nos outros (HECHT, 1973).

A qualidade do cuidado parental também pode ser comprometida nas famílias de alcoolistas pela preocupação do pai ou da mãe, tanto com seu próprio alcoolismo, quanto com o do parceiro, criando um ambiente no qual ele/ela possam “achar estressante negociar as tarefas de desenvolvimento normal, tais como responder com uma combinação de orientação de apoio e controle apropriado para as necessidades da criança.” (RANGARAJAN, 2008,

p.482). Não há regras claramente definidas e a consistência é difícil de ser alcançada. Dependendo da necessidade do alcoolista, ele tanto pode ser extremamente rigoroso ou rejeitador, quanto extremamente aberto, liberal e acolhedor de determinado comportamento. Desse modo, os filhos nunca sabem qual reação seu comportamento despertará, o que estimula que eles ultrapassem os limites, já que não sabem onde os limites se encontram. (HECHT, 1973). O ambiente das famílias de alcoolistas se caracteriza por falhas das funções parentais e por deficiências tanto na gestão doméstica quanto na comunicação entre os seus membros (CAVADAS; FONTE, 2009). O beber parental pode resultar em indisponibilidade física ou emocional, periódica ou crônica, de um ou ambos os pais. Se o alcoolismo parental se associar ao aumento de conflitos, abusos e instabilidade, a criança tenderá a perceber o ambiente familiar como estressante, perigoso e ameaçador (RANGARAJAN, 2008).

Na maioria das vezes, não é propriamente o alcoolismo, mas antes os conflitos que este origina que influenciam negativamente a criança. Assim, a situação torna-se ainda mais grave, pois são as pessoas responsáveis pelo bem-estar da criança – os familiares – que a fazem sentir infeliz (FAORO-KREIT; HERS, 2002 apud CAVADAS; FONTE, 2009, p. 521-522).

Os FAs podem sentir raiva, ressentimento e até se rebelar, mas continuam precisando muito dos pais. A dificuldade de suportar a raiva pode conduzir o filho a situações de autopunição, que eventualmente se concretizam por meio da provocação de pessoas ou instituições (como a escola ou a polícia) a fim de puni-lo, num processo de reidentificação com o responsável alcoolista, ou ainda tornando-se ele mesmo um alcoolista – como se tivesse que pagar um preço alto pelo seu sentimento de raiva. Mesmo para os filhos que parecem apresentar melhor adaptação, nota-se que, muitas vezes, eles desenvolvem códigos de comportamento rígidos e moralistas; mostram-se controladores, energéticos e exigentes; têm dificuldade de aceitar limitações e falhas; e precisam dominar para se protegerem de sinais internos de fraqueza ou passividade (HECHT, 1973).

As sequelas decorrentes das vivências familiares de FAs podem perdurar por longos períodos, sendo possível observar: baixa autoestima; visão de mundo marcada pelo medo; grande dificuldade de comunicar aos outros seus sentimentos, reações ou observações de suas vidas familiares (TRINDADE, 2007; HILL; GAUER; GOMES, 1998), bem como déficits em todas as dimensões de competência comunicativa (CARTER; NOCHAJSKI; LEONARD; BLANE, 1990), o que propicia a construção de um sistema interacional defeituoso para o FA adulto, pois seu ‘mundo-vivido’ é edificado como um sistema fechado (HILL; GAUER; GOMES, 1998).

São também citadas na literatura taxas elevadas de mentiras, roubos, brincadeiras com fósforos, brigas/ lutas, evasão escolar e problemas disciplinares na escola entre os FAs (WEST; PRINZ, 1987).

Em estudo sobre resiliência realizado com 1.923 adolescentes escolares de 11 a 19 anos, em São Gonçalo, município popular do Estado do Rio de Janeiro, verificou-se que aqueles que têm parentes usuários de substâncias psicoativas como o álcool, quando comparados com os adolescentes que não têm parentes envolvidos com o uso dessas substâncias, apresentam “maior ocorrência de sofrimento psíquico, baixa auto-estima, insatisfação com a vida e pior qualidade de relacionamento com os outros, sinais evidentes de sofrimento mental” (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.44).

Ser filho de alcoolista “é uma condição de grande dor, sofrimento, constrangimento e vergonha social” (TRINDADE, 2007, p. 19). Muitos desses filhos sentem vergonha de trazer os amigos em casa e têm dificuldade de ter relacionamentos significativos diante da necessidade de estar no controle da situação (WEST; PRINZ, 1987). O alcoolismo parental frequentemente conduz os filhos a assumirem precocemente a responsabilidade pelo cuidado e proteção dos pais, o que se evidencia por atitudes como “buscar o pai no bar, protegê-lo para evitar quedas quando embriagado, preservar o vínculo de trabalho, procurar ajuda externa quando o ambiente familiar tornava-se ameaçador, entre outras.” (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012, p. 194-195). Esses filhos são convidados a vivenciar nessas famílias uma multiplicidade de papéis, tais como: substituto parental para cuidar dos irmãos e irmãs mais novos ou para fazer parte das tarefas domésticas; substituto marital, tornando-se confiante do genitor não alcoolista (HECHT, 1973) ou vítima de violências incestuosas; guardião físico e psicológico de um ou ambos os pais; mediador, conselheiro ou terapeuta familiar para o casal sempre em crise (BOSZORMENYI-NAGY; SPARKS, 1984).

Em virtude de suas profundas consequências comportamentais, culturais, sociais e físicas, o álcool pode assumir uma posição central na vida de algumas famílias, determinando o comportamento interacional de todos os seus membros (STEINGLASS, 1976) e tornando todos os outros temas secundários, inclusive o cuidado dos filhos (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012). Desse modo, crianças e adolescentes que convivem com o alcoolismo costumam ser negligenciados nos ambientes familiares, de forma que suas necessidades neste contexto não são atendidas, ou sequer aventadas.

Ademais, a fragilidade do casamento dos pais em famílias de alcoolistas gera tensão no sistema familiar (TRINDADE, 2007), sendo possível observar uma situação de verdadeiro caos. O cotidiano da maioria destas famílias é marcado por inconsistência e fragilidade nas

relações afetivas, o que motiva o distanciamento emocional entre seus membros, e se associa a conflitos, crises existenciais frequentes, infelicidade, ansiedade e sentimento de impotência diante da situação que vivenciam (SILVA et al., 2003 apud SENA et al, 2011).

Segundo Elias (2011),

ocupar no núcleo familiar uma posição inadequada pelo fato de usar álcool e drogas (ainda que de modo prejudicial ou dependente) é uma situação que coloca todos os que dela participam num impasse propício à eclosão (ou incremento) de distúrbios mentais (como nos exemplos de um marido e pai desvalorizado pela esposa diante dos filhos por “ser compulsivo, fraco”, ou de uma criança encarregada de “vigiar” a mãe para que não beba). (ELIAS, 2011, p.101)

O pai alcoolista é frequentemente passivo, pouco envolvido com as decisões familiares e, muitas vezes, violento e impulsivo. Sua falta de responsabilidade impele a mãe a assumir o comando da família sozinha, relegando àquele pai o papel de um outro filho fracassado – se não no trabalho, pelo menos em casa – e tornando-o alvo de zombarias e humilhações da própria esposa, dos vizinhos e de outras pessoas da comunidade. É importante que os filhos pequenos vejam seus pais trabalhando em parceria, com os mesmos direitos e responsabilidades para tomar decisões em casa, o que não costuma ocorrer nos lares alcoolistas (HECHT, 1973).

Quando a mãe alcoolista passa mais tempo em casa, ela pode ocultar seu problema de bebida de si mesma e da família por um período de tempo mais longo, porque pode bebericar o dia todo, sem necessariamente ficar bêbada, fugindo de suas responsabilidades. Quando ela quer beber sozinha, sem ser notada, concede excesso de liberdade aos filhos e, quando está sóbria, sente-se culpada e faz todas as tarefas domésticas, mas permite menos liberdade aos filhos. Essa frequente mudança de humor faz os filhos se ressentirem com a mãe e se tornarem menos colaboradores em casa (HECHT, 1973).

2.5.1 Segredo familiar, desconfiança e bloqueio da comunicação

Os filhos que convivem com adicção aprendem a viver sem que a verdade seja dita e a fingir que os problemas não existem, num processo de negação sobre o que ocorre na família, que estimula uma grave distorção de sua percepção do mundo (BLACK, 2002). Um estudo com seis filhos adultos de alcoolistas (FAAs) observou, por meio de análise semiótico-fenomenológica⁶, que estes sujeitos vivem em um sistema fechado, sem jamais

⁶ A análise semiótico-fenomenológica se baseia na fenomenologia existencial, como um método reflexivo para o estudo da experiência consciente, e na teoria semiótica, como uma ciência objetiva do discurso, a fim de atender

experimentarem na sua história de vida qualquer discussão sobre seus sentimentos ou observações com seus pais, amigos ou professores. Embora os sujeitos tenham admitido que ‘pensassem’ sobre o que estava acontecendo, eles nunca compartilhavam seus pensamentos com outra pessoa. A interpretação do estudo é que “se o filho aprendeu a não confiar nos pais, seria muito mais arriscado ainda confiar em ‘estranhos’ e correr o risco de maiores dissabores” (HILL; GAUER; GOMES, 1998, np). Desse modo, cria-se um sistema defeituoso, no qual as perspectivas desses filhos se ‘empilham’ num sistema fechado, sem nunca serem livremente discutidas ou compartilhadas com pessoas de dentro ou fora da família, ou seja, o FA vive em silêncio, e faz abstrações, sem que nova informação entre nesse sistema fechado, na maioria das vezes, até que se torne adulto. O(a) filho(a) tenta entender o comportamento do pai/mãe alcoologista e sua própria reação a tal comportamento por meio de mensagens autorreflexivas, sem considerar a eventual incorreção de sua interpretação, e passa a aceitar dados inferenciais como fatos (HILL; GAUER; GOMES, 1998). Quando se aproxima da idade adulta, o(a) FA continua a desconsiderar, minimizar e tolerar o comportamento impróprio dos outros, por não questioná-lo, podendo, assim, desenvolver uma alta e dolorosa tolerância para comportamentos inadequados (BLACK, 2002).

Somente por meio da comunicação explícita seria possível conhecer a semelhança ou a diferença entre suas perspectivas e as de outros sujeitos. No entanto, o(a) FA constrói seu sistema fechado de autoalienação porque infere que a informação sobre seu progenitor alcoologista é privada ou secreta: “quando a criança deveria fazer perguntas para conferir sua realidade percebida com as de outros, o processo de abstração é sabotado.” (HILL; GAUER; GOMES, 1998, np). Ao se tornar adulto(a), a entrada de nova informação nesse sistema fechado, evidencia que as regras inferidas de suas experiências infantis (‘Não Fale’, ‘Não Confie’, ‘Não Sinta’) não são eficazes para relacionamentos onde o assunto central não é o álcool (BLACK, 2002).

Nesse contexto, a comunicação desse filho (consigo mesmo e com os outros) é altamente comprometida pela falta de confiança no progenitor alcoologista. A desconfiança tende a se expandir para os relacionamentos em geral e, com a negação da doença por parte da família, o filho termina por duvidar de seus próprios sentimentos:

à dialética entre a consciência (reflexão) e a experiência (evidência) do FAA na relação com o pai ou mãe: “As marcações analíticas das transcrições obedeceram ao critério lógico da fenomenologia semiótica, que é uma conjunção da compreensão do pesquisador e da expressão narrativa do participante.” (HILL; GAUER; GOMES, 1998).

Na comunicação consigo mesmo e com os outros, a palavra-chave para o FAA é, portanto, confiança. O FAA aprendeu a não confiar na mensagem recebida do progenitor, que é o modelo que ele tem no aprendizado sobre a interação com adultos, figuras de autoridade, enfim, com as pessoas. Essa falta de confiança no progenitor deságua nos relacionamentos em geral; o FAA vê o público como uma ameaça. Se o público fica sabendo do seu segredo familiar, o FAA crê que a família ou ele mesmo será machucado ou constrangido adiante. Conforme o filho continua a viver e lidar com o alcoolista, ele pode passar a desconfiar dos seus próprios sentimentos, já que ouve mais e mais vezes que aquilo que vê, que ouve ou no que acredita, não existe. A negação da doença pela família persiste e o FAA começa a duvidar das suas próprias interpretações dos eventos que observa envolvendo sua família (HILL; GAUER; GOMES, 1998, np).

Em meio a tantos estressores familiares⁷, que se associam à natureza e qualidade da comunicação na família, as crianças FAs, talvez como uma forma de negar os problemas ao seu redor, “podem perceber equivocadamente os comportamentos parentais como rejeição, aumentando a probabilidade de apego inseguro⁸ aos pais.” (RANGARAJAN, 2008, p.483):

Quando a comunicação é aberta, as crianças são incentivadas a discutir seus sentimentos e medos e os pais respondem de uma maneira que proporciona à criança uma compreensão clara da fonte e do contexto específico das experiências na família. Como resultado, poderá ser menos provável que os fatores contextuais na família tenham a conotação de rejeição ou abandono dos pais, diminuindo a probabilidade de que a criança vá desenvolver um apego inseguro. [...] Em outras palavras, a natureza e a qualidade da comunicação que acompanham eventos familiares estressantes vão determinar o efeito, se houver, que os estressores familiares terão na segurança do apego para a prole (RANGARAJAN, 2008, p.483).

⁷ “o termo ‘estressores familiares’ é usado para descrever os fatores contextuais (por exemplo, quantidade de estresse, conflitos, abusos, instabilidade) que moldam a experiência de um indivíduo durante o crescimento em sua família de origem” (RANGARAJAN, 2008, p.483).

⁸ O tipo de apego que se estabelece entre mãe, pai ou pessoa que cuide regularmente do bebê tende a ficar impregnado na memória afetiva da criança por toda a sua vida (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). O apego seguro é construído na vigência de um ambiente de cuidado que se caracteriza pelo acolhimento, sensibilidade e consistência dos pais (AINSWORTH; WITTIG, 1969 apud EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006) e “Filhos seguros desenvolvem um sentimento de que o mundo é previsível, que suas necessidades serão satisfeitas e suas ansiedades acalmadas. Relações seguras formam um sistema mutuamente cooperativo entre pais e filho(a), e é esta positiva orientação recíproca que abre a criança à positiva influência dos pais para a socialização” (MACCOBY, 1984; MACCOBY; MARTIN, 1983 apud EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006, p.2) “e para disciplina parental mais bem-sucedida à medida que a criança cresce” (GRUSEC; GOODNOW, 1994 apud EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006, p.2). “A durabilidade desta relação positiva, então, promove o desenvolvimento psicossocial ideal no contexto do sistema familiar. Por outro lado, verificou-se que crianças com apego inseguro apresentam risco aumentado para relações empobrecidas com os pais, problemas de comportamento e dificuldades emocionais” (DEVITO; HOPKINS, 2001; EASTERBROOKS; BIESECKER; LYONS-RUTH, 2000; GREENBERG; SPELTZ; DEKLYEN; JONES, 2001; SROUFE; CARLSON; SHULMAN, 1993 apud EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006, p.2).

2.6. RESILIÊNCIA E ADVERSIDADE

Tendo em vista que alguns trabalhos apontam para a resiliência como um caminho para a abordagem terapêutica dos FAs, são apresentados a seguir alguns aspectos sobre este tema.

A resiliência constitui um processo que vai além do simples ‘superar’ situações adversas, pois permite sair fortalecido por elas. Ela contribui para a promoção e manutenção da saúde mental, e estudos comprovam que é efetiva para promover a qualidade de vida (GROTBERG, 2005). No campo da intervenção psicossocial, “a resiliência tenta promover processos que envolvam o indivíduo e seu ambiente social, ajudando-o a superar a adversidade (e o risco), adaptar-se à sociedade e ter melhor qualidade de vida” (INFANTE, 2005, p. 23).

O enfoque em resiliência permite que o indivíduo deixe de ser visto como alguém que ‘carece’ ou ‘adoece’, para ser alguém “capaz de procurar seus próprios recursos e sair fortalecido da adversidade.” (INFANTE, 2005, p.34).

Grotberg, reconhecida como autoridade mundial na difusão do conceito de resiliência (MELILLO, 2005), define-o como ‘A capacidade humana de enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade’ (GROTBERG, 2005, p.15). Há três componentes essenciais que necessariamente estão presentes no conceito de resiliência:

1. a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; 2. a adaptação positiva ou superação da adversidade; 3. o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano (INFANTE, 2005, p.26).

A capacidade de ser resiliente varia de acordo com as etapas do desenvolvimento humano, que foram descritas por Erikson e, resumidamente, se apresentam como: “desenvolvimento de confiança básica (do nascimento ao primeiro ano de vida); desenvolvimento de autonomia (2 a 3 anos de idade); iniciativa (4 a 6 anos); sentido da indústria (7 a 12 anos); desenvolvimento da identidade (13 a 19 anos)” (GROTBERG, 2005, p.16). Quando a promoção da resiliência está contextualizada nas etapas de desenvolvimento humano, os adultos podem ter expectativas concretas em relação ao que as crianças são capazes de fazer em cada idade (GROTBERG, 2005). O conceito de resiliência adquiriu especial importância na área de desenvolvimento humano, na qual se valoriza a importância de promover o potencial de todos, ao invés de destacar apenas o evento danoso (INFANTE, 2005, p.23).

Meninos e meninas apresentam a mesma frequência de condutas resilientes na resolução de conflitos, no entanto, “as meninas tendem a possuir habilidades interpessoais e força interna e os meninos, a serem mais pragmáticos” (GROTBERG, 2005, p.16).

O termo ‘adversidade’ é utilizado na literatura como sinônimo de risco, e pode designar uma grande variedade de fatores de risco (INFANTE, 2005) para crianças e adolescentes, tais como: abuso físico, psicológico e sexual; negligência; ocorrência de doenças e mortes na família; perda de cuidadores ou pessoas significativas; conflitos e separação dos pais; ausência do pai; separações prolongadas da mãe; hospitalização do próprio menor; e convivência com a pobreza, associada à instabilidade da moradia e ao desemprego do principal provedor da casa. (TROMBETA; GUZO, 2002 apud ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Todos os exemplos citados costumam estar presentes (em maior ou menor grau) nas famílias de alcoolistas.

Fatores de resiliência foram organizados por Grotberg (2005) em quatro categorias, a saber: ‘eu tenho’ (que se refere ao apoio disponível no ambiente); ‘eu sou’ e ‘eu estou’ (refere-se à força intrapsíquica); ‘eu posso’ (refere-se à aquisição de habilidades interpessoais e à resolução de conflitos). Esses fatores são apresentados de forma mais detalhada no Quadro 5. Tais fatores de resiliência se modificam nas diferentes etapas do desenvolvimento, sendo importante destacar que as condutas resilientes supõem a presença e a interação dinâmica destes fatores. Elas exigem que o indivíduo se prepare, viva e aprenda com as experiências adversas (GROTBERG, 2005). O Quadro 5 pode ser utilizado como uma das ferramentas diagnósticas na análise dos casos de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas.

Quadro 5 - Categorização dos fatores de resiliência.

Eu tenho	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas do entorno em quem confio e que me querem incondicionalmente. - Pessoas que me põe limites para que eu aprenda a evitar os perigos ou problemas. - Pessoas que me mostram, por meio de sua conduta, a maneira correta de proceder. - Pessoas que querem que eu aprenda a me desenvolver sozinho. - Pessoas que me ajudam quando estou doente, ou em perigo, ou quando necessito aprender.
Eu sou	<ul style="list-style-type: none"> - Uma pessoa pela qual os outros sentem apreço e carinho. - Feliz quando faço algo bom para os outros e lhes demonstro meu afeto. - Respeitoso comigo mesmo e com o próximo.
Eu estou	<ul style="list-style-type: none"> - Disposto a me responsabilizar por meus atos. - Certo de que tudo sairá bem.
Eu posso	<ul style="list-style-type: none"> - Falar sobre coisas que me assustam ou inquietam. - Procurar a maneira de resolver os problemas. - Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo errado ou perigoso. - Procurar o momento certo para falar com alguém. - Encontrar alguém que me ajude quando necessito.

Fonte: GROTBERG, 2005.

A existência de um entorno afetivo e material é determinante para proteger uma criança, que enfrenta adversidades, de consequências mais graves e duradouras. Tal entorno precisa ser (a) estável, (proporcionando sentimento de continuidade e de futuro); (b) amoroso, (para que ela aprenda a dar e receber afeto); (c) confiável, (provendo segurança e o sentimento de poder contar com os outros para superar problemas); (d) flexível, (permitindo a negociação dos limites); (e) aberto, (permitindo que ela lide com o novo); (f) firme, (para que ela introjete limites e normas culturais); e (g) respeitoso. (para que ela aprenda os direitos e deveres da vida em comunidade). As autoras enfatizam que embora esse entorno nunca seja perfeito, um saldo protetor mais intenso e constante pode minimizar os efeitos danosos das adversidades. (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Há três tipos principais de mecanismos de proteção presentes desde a infância e adolescência: (a) “a capacidade individual de se desenvolver de forma autônoma, com autoestima positiva, autocontrole⁹ e com características de temperamento afetuoso e flexível”; (b) a atuação da família provendo estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte; e (c) o apoio do ambiente social por meio do “relacionamento com amigos, com professores e com outras pessoas significativas que têm papel de referência, reforçando o sentimento de ser uma pessoa querida e amada” (BROOKS, 1994; EMERY; FOREHAND, 1996; GARMEZY, 1985 apud ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.63).

A noção de processo implica a dinâmica entre fatores de risco e fatores de resiliência, a fim de permitir ao indivíduo superar a adversidade (INFANTE, 2005). A resiliência necessariamente levará o indivíduo a uma reconstrução singular diante do sofrimento causado por uma adversidade (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Por último, vale salientar a observação de Grotberg (2005), segundo a qual os maiores benefícios da resiliência ocorrem quando as pessoas são transformadas por uma experiência de adversidade, e passam a experimentar maior empatia, altruísmo e compaixão pelos outros.

⁹ A criança sem autocontrole tem mais dificuldade em aprender a controlar suas emoções e adiar a gratificação de seus desejos (SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012).

3 MÉTODO

Conforme já mencionado na apresentação, o presente estudo foi construído em duas etapas principais. A primeira, em 2013-2014, buscou realizar uma revisão bibliográfica assistemática sobre a codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, bem como conhecer as políticas públicas sobre o álcool no Brasil. A segunda etapa, iniciada em 2019, buscou atualizar a revisão bibliográfica sobre o tema.

O estudo não utilizou pesquisa de campo com humanos, o que dispensou a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A partir dos objetivos específicos, foram seguidos os caminhos metodológicos propostos para este estudo.

- 1) Descrever como a literatura no campo da saúde aborda a codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, no período 2004-2020.
 - Para enfrentar tal objetivo, o estudo se organiza na forma de uma pesquisa bibliográfica sobre a codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, de caráter exploratório-descritivo, a fim de fundamentar o objeto teoricamente e possibilitar a construção de visão crítica sobre o tema, criando, assim, sustentação para o desenvolvimento de pesquisas futuras (LIMA; MIOTO, 2007) e embasamento para a construção de orientações técnicas para o cuidado deste grupo na AB. Abaixo são apresentados com mais detalhes os termos de busca utilizados, as bases consultadas, a forma de tratamento dos materiais preliminarmente levantados e os critérios de inclusão e exclusão dos artigos.
- 2) Identificar nesta literatura os fatores de risco e proteção e as experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado com este grupo;
 - Nesta etapa foram realizadas sucessivas leituras do material, com diferentes enfoques: leitura de reconhecimento, leitura exploratória, leitura seletiva, leitura reflexiva ou crítica do material definitivo e leitura interpretativa. Os resultados da análise crítica dos artigos inicialmente foram agrupados por tipo de estudo (abordagem quantitativa, qualitativa e estudos de revisão), fases da vida (primeira infância, segunda infância, adolescência) e temas abordados. Além de descrever os aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos do sofrimento dessas crianças e adolescentes, busca-se assinalar os fatores de proteção e as experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado com este grupo que possam contribuir para o fortalecimento do cuidado desses sujeitos. Os fatores de proteção são organizados em um quadro-resumo, no final da discussão dos resultados.

- 3) Propor orientações técnicas que contribuam para uma eventual construção, a partir da Atenção Básica, de protocolos de atendimento com ações integradas nas redes familiares, nas redes comunitárias e nas redes de atenção à saúde (RAS) para o cuidado desta população.
- A partir das categorias de análise que serão descritas abaixo, a última etapa da pesquisa envolve a redação de orientações técnicas, com base nos achados na literatura. A discussão dos resultados foi organizada em diferentes dimensões observadas em relação à codependência de filhos de alcoolistas: individual do(a) FA, parental, familiar, escolar, legal, social, cultural, política e da rede de atenção à saúde. Ao final, as orientações técnicas são agrupadas em cada uma das dimensões citadas, em outro quadro-resumo.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ARTIGOS

A pesquisa bibliográfica sobre a codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, de caráter exploratório-descritivo, foi gradualmente construída em diferentes fases do estudo. Ao longo do processo de buscas bibliográficas, iniciadas em 2013, foram construídos os seguintes critérios de inclusão: (a) artigos científicos; (b) publicados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) (c) no período 2004-2020; (d) nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; (e) estudos empíricos e bibliográficos realizados com amostras que incluem crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas; e (f) que abordam o sofrimento desses sujeitos (sobretudo as repercussões emocionais, comportamentais e cognitivas) e possíveis estratégias de cuidado; com (g) textos completos, cujas versões finais estão livre e gratuitamente disponível online. Foram excluídos: (a) artigos que estudam amostras com filhos adultos de alcoolistas; (b) artigos que abordam o uso/ dependência de álcool nos adolescentes; (c) os que estudam a exposição da prole no período pré-natal; (d) teses e dissertações; (e) estudos genéticos; e (f) aqueles que enfocam a neuroanatomia cerebral e os achados funcionais do cérebro por meio de ressonância magnética, polissonografia, eletroencefalograma, etc. Estes dois últimos critérios de exclusão foram adotados a fim de excluir aspectos biológicos relacionados aos FAs, que não se adequam ao objeto do estudo.

3.2 Estratégias de busca

Na primeira fase do estudo (2013-2014), foram utilizadas várias estratégias de busca dos artigos, que, no início, contaram com o auxílio profissional de uma bibliotecária. Foram várias tentativas de busca, em momentos diversos, utilizando diferentes termos, por vezes truncados, para aumentar a abrangência da busca. Algumas tentativas utilizaram o termo ‘codependente’ com e sem hífen, também com o objetivo de aumentar a abrangência da busca.

O Quadro 6 apresenta resumidamente as buscas bibliográficas realizadas ao longo do estudo e seus resultados quantitativos.

A primeira busca exploratória sobre o tema foi realizada no dia 19 de maio de 2013, na base de dados SciELO, usando o descritor “alcoolismo”. Neste momento, foram selecionados de forma assistemática 51 artigos que abordam o tema do sofrimento da família que convive com o(a) alcoolista, e também a forma como os profissionais de saúde lidam com o problema. Alguns destes artigos foram lidos nesse momento e constituíram o marco teórico inicial da pesquisa.

A segunda busca exploratória sobre o tema foi realizada na BVS, em 17 de junho de 2013, usando como estratégia de busca “alcoolismo AND (família OR codependen\$)”. Como resultado, foram recuperadas 48 referências, sendo 45 textos completos (43 artigos e 2 teses). Embora a pesquisa se proponha a realizar uma revisão bibliográfica utilizando artigos científicos, nesse momento foi recuperada uma tese de doutorado altamente pertinente ao tema, que foi utilizada como referência para o marco teórico do estudo nessa fase inicial da pesquisa: TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar. Filhos de Baco: adolescência e sofrimento psíquico de filhos de alcoolistas. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília-DF. 2007.

A terceira busca bibliográfica foi realizada na BVS, no dia 21 de outubro de 2013, usando como estratégia de busca: “consumo de álcool AND (consequencias OR codependen\$)”. Como resultado, obteve-se 85 referências, sendo 16 repetidas, restando 79. Foram excluídas sete referências que abordavam temas alheios ao álcool / alcoolismo¹⁰. Das 72 restantes, 71 fugiam ao tema da ‘codependência em crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas’¹¹. Somente uma referência se adequava ao tema do estudo,

¹⁰ Fome no Nordeste (1); metabolismo bacteriano (1); lúpus (1); uso ou dependência de crack ou medicamentos (4).

¹¹ Grande parte delas se dirigia ao consumo de álcool e/ou drogas por adolescentes ou estudantes e à conceituação ou caracterização do alcoolismo, sendo também excluídas. Neste último grupo, foram observados os seguintes temas: uso/abuso de álcool entre adolescentes/ estudantes/ jovens/ estudantes da área da saúde (19);

abordando o alcoolismo e sistemas familiares, mas o texto completo datava de 1993 e não estava disponível *online*: BENNETT, L.A.; LaBONTE, M. Recent developments in alcoholism: family systems. *Recent Dev Alcohol*, vol.11, p.87-94, 1993. Em fase mais tardia das buscas bibliográficas, foi observado que muitos artigos, que haviam sido recuperados na fase exploratória da pesquisa, na base SciELO, não foram recuperados nesta busca na BVS.

A quarta busca foi realizada no mesmo dia, 21 de outubro de 2013, na BVS, com a estratégia “((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND (familia\$ AND consumo do alcool))”, sendo recuperados 35 textos completos (quatro teses e 31 artigos). Posteriormente, em etapas mais tardias do estudo, verificou-se que a maioria deles não se relacionava ao objeto de estudo.

A quinta busca, na BVS, também realizada em 21 de outubro de 2013, utilizou a estratégia “((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$))” e recuperou 276 textos completos. Diante do grande número recuperado até aquele momento, este resultado não foi considerado, dando-se preferência aos artigos recuperados na busca anterior. A leitura dos títulos/ resumos/ artigos recuperados até essa fase do estudo revelou que poucos se enquadravam nos critérios de seleção para a pesquisa bibliográfica, tornando necessária uma nova busca.

A sexta busca foi realizada na BVS, em 01 de março de 2014, utilizando como estratégia “((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$))”, desta vez com filtros para: Texto completo disponível; Limite para pré-escolar, criança e adolescente; Idiomas português, espanhol, inglês e francês; Ano de publicação 2009 a 2013; Tipo de documento – artigo, sendo recuperadas 6.088 referências.

A sétima busca foi realizada na BVS, também em 01 de março de 2014, utilizando a estratégia “((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND familia\$ AND consumo do alcool) com filtros para: texto completo disponível; Limite para pré-escolar, criança e adolescente; Idiomas português, espanhol, inglês e francês; Ano de publicação 2009 a 2013; Tipo de documento – artigo, e resultou em 67 referências. Deste total, após a leitura

definição/ conceito/ taxonomia/ descrição/ diagnóstico do alcoolismo (6); associação de dependência de álcool e tabaco (5); consequências orgânicas do abuso / dependência do álcool (4); percepção do abuso/ dependência de álcool entre vestibulandos/ residentes de psiquiatria/ profissionais de saúde na atenção primária (4); uso do álcool entre motoristas, percepção do risco e comportamento no trânsito (4); fatores de risco e fatores de proteção para o consumo abusivo de álcool e outras drogas (3); efeitos do álcool no recém-nascido e no feto (2); fatores genéticos relacionados ao uso de álcool (2); prevenção do uso de álcool e tabaco na escola (1); percepção do risco em adolescentes sobre o consumo de álcool (1); dependência do álcool e violência (1); óbito e internações por uso de álcool em idosos (1); consequências do abuso de álcool para o desempenho acadêmico do usuário (1); alcoolismo, depressão e suicídio (1); álcool e redução de danos (1); representações sociais das drogas em jovens usuários (1); intervenção breve em jovens usuários (1); facilitação do uso nocivo do álcool por colegas de trabalho (1); uso de álcool por trabalhadores (1); consequências do uso do álcool para o cônjuge (1).

dos resumos e/ou títulos, foram excluídos 59 artigos que não se referiam diretamente ao tema do estudo¹², sendo selecionados oito artigos neste momento, dos quais somente um se enquadrava no tema da pesquisa e nos critérios de seleção dos artigos.

O pequeno número de artigos recuperados até esta etapa levou à ampliação do período de publicação dos artigos para os últimos 10 anos de publicação (2004-2013), sendo adicionados mais 32 artigos, dos quais todos foram excluídos¹³, porque os resumos e/ou títulos não se adequavam ao tema ou critérios de seleção dos artigos.

Ainda no dia 01 de março de 2014, foi realizada a oitava busca, no SciELO, com a estratégia "((criança\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND (familia\$ AND consumo do alcool))", resultando em 47 artigos. Foram excluídos 12 repetidos. Dos 35 restantes, foram excluídos 31¹⁴. Somente quatro títulos/ resumos mostravam alguma relação com o tema, e dois deles já tinham sido recuperados anteriormente.

A nona busca foi realizada em 02 de março de 2014, na BVS, com a estratégia "alcool\$ AND familia\$", com os filtros: Texto completo disponível; Assunto principal: Relações Familiares; Limite: Adolescente, Criança; Tipo de documento: Artigos. Foram recuperadas 39 referências. Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídas 35 que fugiam ao tema da pesquisa, sendo selecionados quatro artigos.

Percebendo que alguns artigos encontrados na fase exploratória não foram recuperados nas buscas realizadas na BVS, uma nova busca, a décima, foi realizada no SciELO, também em 02 de março de 2014, com a estratégia "alcool\$ AND (familia\$ OR

¹² Consumo/ abuso/ dependência de álcool/ outras drogas entre crianças/ adolescentes/ jovens/ estudantes/ universitários/ adultos/ gestantes (31); fatores de risco e fatores de proteção para o consumo abusivo de álcool e outras drogas (12); prevenção/ intervenções breves/ práticas profissionais/ tratamentos para adolescentes/ adultos usuários álcool/ outras drogas (4); predisposição genética/ influência do ambiente no abuso/ dependência de álcool (4); obesidade em estudantes/ adultos e consumo de álcool (2); atividade física em estudantes e uso de álcool (1); planejamento suicida em adolescentes (1); aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e outras drogas (1); percepção de adolescentes grávidas sobre o consumo de álcool na gestação (1); consumo de mídia de massa por estudantes universitários (1); pressão para mudar o consumo de álcool (1)

¹³ Consumo/ abuso/ dependência de álcool/ outras drogas entre crianças/ adolescentes/ jovens/ estudantes/ universitários/ adultos/ gestantes (12); fatores de risco e fatores de proteção para o consumo abusivo de álcool e outras drogas (4); prevenção/ intervenções breves/ práticas profissionais/ tratamentos para adolescentes/ adultos usuários álcool/ outras drogas (3); predisposição genética/ influência do ambiente no abuso/ dependência de álcool/ outras drogas (3); doenças cardiovasculares e consumo de álcool em estudantes/ adultos (2); sonolência diurna excessiva e consumo de álcool em pré-vestibulandos (1); diabetes em adultos (1); *bullying* (1); percepção de adultos sobre uso de drogas de um familiar (1); violência em crianças e adolescentes do sexo feminino (1); percepção de estudantes de enfermagem sobre preditores do uso de drogas (1); relação de desvantagem socioeconômica na infância e má saúde quando adulto (1); relação entre uso de álcool dos pais e volume cerebral dos filhos (1).

¹⁴ Consumo/ dependência de álcool/outras drogas/tabaco em adolescentes/jovens (18); fatores de risco na adolescência para hipertensão/sobrepeso/tabagismo/uso de álcool (5); fatores familiares de proteção para uso de álcool e outras drogas na adolescência (2); perfil sociodemográfico de dependentes químicos (1); *bullying* (1); violência em meninas (1); familiares adultos (1); perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de universitários (1); expectativas sobre os efeitos do álcool em adolescentes (1).

codependen\$)”, com resultados diferentes da BVS, na qual apareciam os artigos mencionados. Foram recuperadas 41 referências, muitas delas repetidas, sendo selecionados mais dois artigos.

A décima primeira busca bibliográfica foi realizada em 02 de março de 2014, na base SciELO, com a estratégia “alcohol\$ AND filh\$”, sendo recuperadas 200 referências, várias delas repetidas, e selecionadas cinco referentes ao tema.

A décima segunda busca ocorreu no dia 03 de março de 2014, na BVS, com a mesma estratégia anterior “alcohol\$ AND filh\$” e com os filtros: Texto completo disponível; Assunto principal – alcoolismo; Idioma – inglês, português e espanhol (a base não aceitou a opção ‘francês’); Ano de publicação – 2004 a 2012 (a base não aceitou a opção até 2013); Tipo – artigo. A utilização do descritor truncado “filh\$” nessa estratégia de busca, em 2014, mostrou-se muito útil para a pesquisa: foram recuperadas 166 referências na base BVS e selecionadas 42 após leitura dos resumos. As estratégias anteriores recuperavam poucos artigos pertinentes ao tema da pesquisa ou uma quantidade excessiva de artigos. Por isso, esta mesma estratégia de busca (alcohol\$ AND filh\$) foi novamente utilizada na fase mais recente da pesquisa, em 18 de junho de 2020 – a décima terceira busca –, sendo, então, recuperadas 927 referências. Após a leitura dos títulos e/ou resumos e a exclusão das referências repetidas, foram pré-selecionadas 135 referências. Durante as etapas de recuperação dos textos completos e de leitura de reconhecimento, destas 135 referências, foram excluídas 96¹⁵. Desse modo, restaram 39 artigos para análise, dos quais 23 já haviam sido recuperados até 2014, na primeira fase da pesquisa, sendo adicionados a partir desta busca mais 16 artigos para a amostra da revisão bibliográfica.

Ao final das 13 buscas bibliográficas realizadas entre maio de 2013 e novembro de 2020, foram reunidos 65 artigos. A leitura mais atenta do material levou à exclusão de mais 16 artigos¹⁶. A lista completa das 49 referências selecionadas para a pesquisa bibliográfica se encontra no Apêndice A.

¹⁵ Motivos de exclusão: a amostra do estudo não incluía crianças e adolescentes (29); as referências não estavam disponíveis gratuitamente online ou não havia acesso à versão final do artigo (22); abordavam o alcoolismo / uso do álcool pelos filhos, sem foco na codependência (22); exigiam acesso institucional ou assinatura no site (13); os estudos não abordavam o sofrimento dos FAs (4); as referências não eram artigos científicos (2); estudo não apresentava resultados (1); o estudo abordava o tratamento da família (1); estudo genético (1); estudo neurológico (1).

¹⁶ Enfoque nos pais alcoolistas/ família/ esposa e não nos filhos/ crianças/ adolescentes (4); uso de álcool pelos filhos (4); estudo com filhos adultos (2); estudo genético (1); sem acesso livre na internet (4); publicação não é artigo científico (não foi avaliado por pares) (1).

Quadro 6 - Resumo das buscas bibliográficas realizadas.

Fase do estudo (2013-2014)	Data	Base de dados	Estratégia de busca	Nº artigos recuperados	Nº artigos selecionados
1 Exploratória	19/05/13	SciELO	Alcoolismo	-	51 (assistematicamente)
2 Exploratória	17/06/13	BVS	alcoolismo AND (familia OR codependen\$)	43 (+ 2 teses)	
3 Início do levantamento para revisão	21/10/13	BVS	consumo de alcool AND (consequencias OR codependen\$)	85 (16 repetidas) = 79	1 (não disponível online)
4 Início do levantamento para revisão	21/10/13	BVS	((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND (familia\$ AND consumo do alcool))	31	
5 Início do levant. para revisão	21/10/13	BVS	((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$))	276	
6 Refinamento do levantamento	01/03/14	BVS	((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$)) - com filtros ¹⁷	6.088	-
7 Refinamento do levantamento	01/03/14	BVS	((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND familia\$ AND consumo do alcool) - com filtros ¹⁸	67	1 (Segundo critérios de inclusão e exclusão)
8 Refinamento do levantamento	01/03/14	SciELO	"((crianca\$ OR adolesc\$) AND (co-dependen\$ OR alcool\$) AND (familia\$ AND consumo do alcool))	47 (12 repetidos) = 35	4
9 Refinamento do levantamento	02/03/14	BVS	alcool\$ AND familia\$ - com filtros ¹⁹	39	4
10 Refinamento do levantamento	02/03/14	SciELO	alcool\$ AND (familia\$ OR codependen\$)	41 (muitas repetidas)	2
11 Refinamento do levantamento	02/03/14	SciELO	alcool\$ AND filh\$	200 (muitas repetidas)	5
12 Refinamento do levantamento	03/03/14	BVS	alcool\$ AND filh\$ - com filtros ²⁰	166	42
Seleção final em 2014	Março a maio de 2014	BVS SciELO	-	49	33
13 Atualização da busca (2020)	18/06/20	BVS	alcool\$ AND filh\$	927	16

Fonte: a própria autora, 2021

¹⁷ Filtros para: Texto completo disponível; Limite para pré-escolar, criança e adolescente; Idiomas português, espanhol, inglês e francês; Ano de publicação 2009 a 2013; Tipo de documento – artigo

¹⁸ Filtros para: Texto completo disponível; Limite para pré-escolar, criança e adolescente; Idiomas português, espanhol, inglês e francês; Ano de publicação 2009 a 2013; Tipo de documento – artigo

¹⁹ Filtros para: Texto completo disponível; Assunto principal: Relações Familiares; Limite: Adolescente, Criança; Tipo de documento: Artigos

²⁰ Filtros: Texto completo disponível; Assunto principal – alcoolismo; Idioma – inglês, português e espanhol; Ano de publicação – 2004 a 2012; Tipo – artigo.

3.3 Roteiro de análise dos artigos selecionados

O roteiro de leitura inicial dos artigos foi construído em planilha Excel, com os seguintes campos: Numeração dos artigos; Título; Autores/ Ano de publicação; País de realização do estudo; Idioma do artigo; Tipo de estudo (longitudinal, transversal, qualitativo, revisão, etc); Objetivo; Amostra/ Fases da vida (primeira infância, segunda infância, adolescência); Coleta de dados; Resultados; Conclusões; Observações; Motivo de eventual inclusão/ exclusão.

3.4 Análise dos resultados

A partir da tabela construída com as categorias apresentadas no item 3.3, passou-se à análise/ categorização temática dos achados, a fim de organizar a apresentação dos resultados que sustentam a discussão.

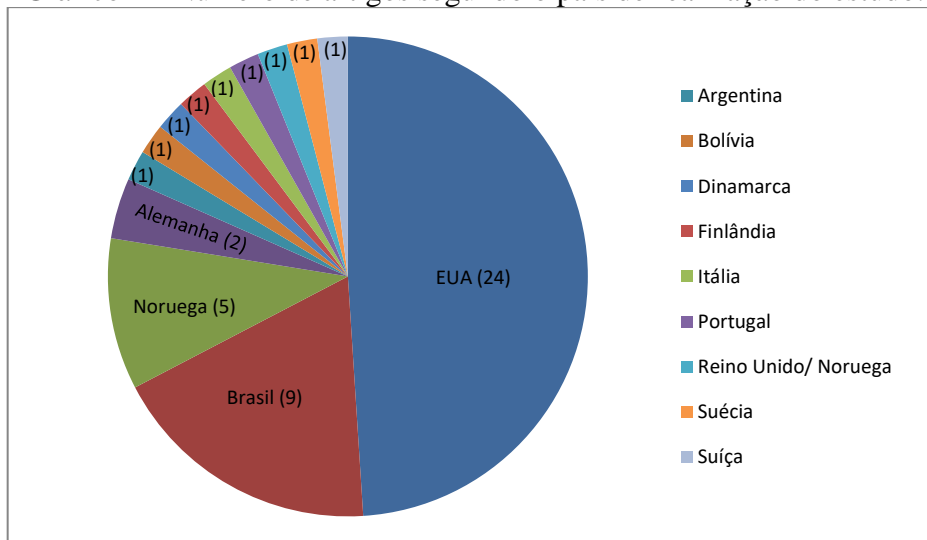
4. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa bibliográfica são inicialmente apresentados na forma de um panorama geral dos artigos e, em seguida, apresenta-se a descrição detalhada dos estudos selecionados e seus resultados, os quais são organizados por tipo de estudo (abordagem quantitativa, qualitativa ou revisão) e os temas abordados em cada estudo. A lista dos artigos selecionados se encontra no Apêndice A.

4.1 PANORAMA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Dos 49 artigos selecionados para esta pesquisa, foram observadas algumas características gerais, como: país de realização do estudo, idioma de publicação, ano de publicação e tipo de estudo. Os resultados constam dos Gráficos 1, 2, 3 e 4.

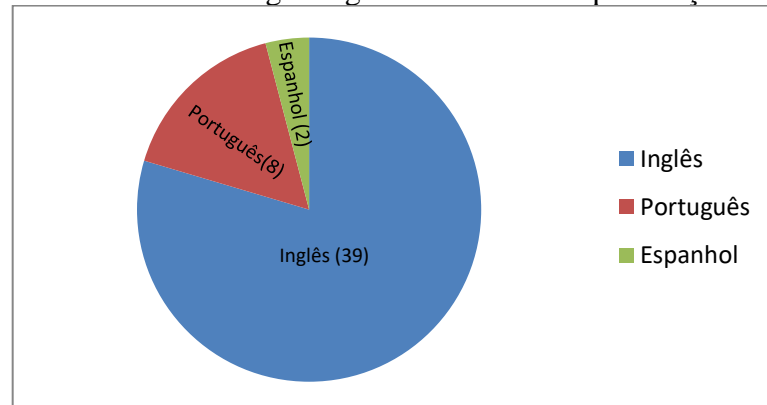
Gráfico 1 - Número de artigos segundo o país de realização do estudo.



Fonte: a própria autora, 2021.

Dos 49 artigos selecionados, 49% ($n = 24$) foram conduzidos nos EUA; 18% ($n = 9$) no Brasil; 10% ($n = 5$) na Noruega; 4% ($n = 2$) na Alemanha e 2% ($n = 1$) em cada um dos países restantes (Argentina, Bolívia, Dinamarca, Finlândia, Itália, Portugal, Reino Unido/Noruega, Suécia e Suíça). Além da expressiva produção americana, nota-se o número considerável de artigos produzidos no Brasil e também nos países escandinavos (Noruega, Dinamarca, Finlândia e Suécia, totalizando nove artigos). Não se pode afirmar que todos esses países tenham maior interesse neste tema de pesquisa do que outros, já que o presente trabalho se limitou a recuperar os artigos que estivessem livre e gratuitamente disponíveis *online*, nas bases de dados BVS e SciELO.

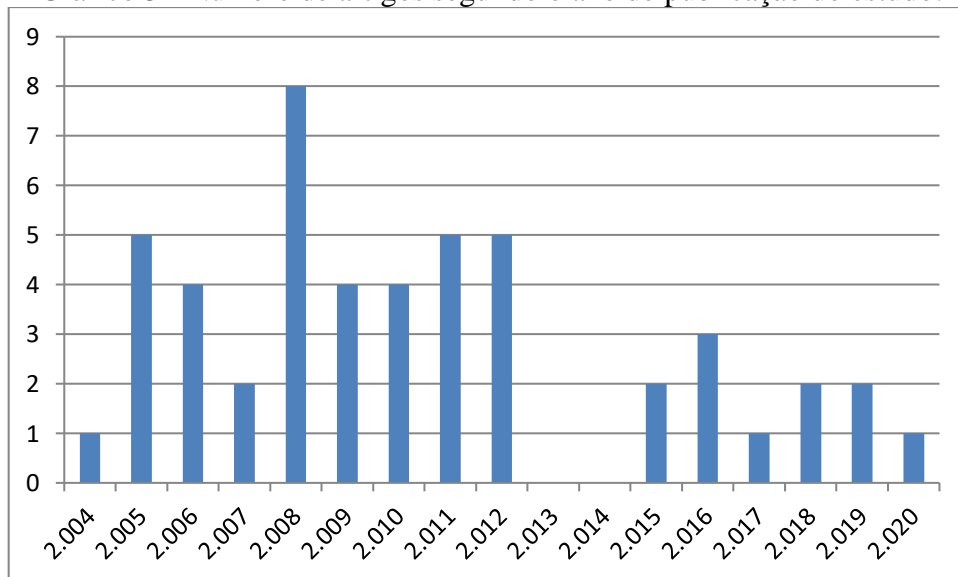
Gráfico 2 - Número de artigos segundo o idioma de publicação do estudo.



Fonte: a própria autora, 2021.

O Gráfico 2 mostra que 39 artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica (80%) foram publicados na língua inglesa. Oito artigos (16%) foram publicados em Português e dois (4%) em Espanhol.

Gráfico 3 - Número de artigos segundo o ano de publicação do estudo.

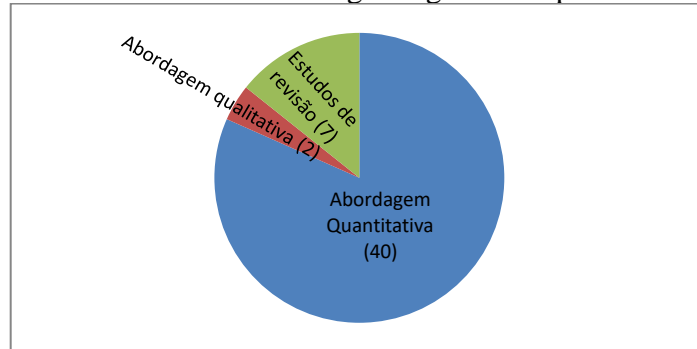


Fonte: a própria autora, 2021,

Percebe-se que a maior parte dos artigos recuperados se situa no período de 2005 a 2012. O gráfico não permite afirmar que a produção científica envolvendo os filhos não adultos de alcoolistas tenha diminuído a partir de 2013. Foi observado que muitos artigos inicialmente recuperados nas buscas bibliográficas se concentravam no risco de FAs se tornarem abusadores ou dependentes de álcool e outras drogas, ou incluíam amostras de FAAs, sendo, por isso, excluídos da pesquisa. Ademais, notou-se na segunda fase da pesquisa

(2019-2021) maior restrição de acesso livre e gratuito aos artigos, do que na primeira fase (2013-2014), o que faz supor a possível existência de crescente mercantilização e/ou controle do acesso às publicações científicas mais recentes.

Gráfico 4 -: Número de artigos segundo o tipo de estudo.



Fonte: a própria autora, 2021.

O Gráfico 4 exhibe a ampla predominância dos estudos selecionados para a presente revisão com abordagem quantitativa (82%, $n = 40$), onde 55% ($n = 27$) correspondem a estudos longitudinais comparativos, 20% ($n = 10$) correspondem a estudos transversais comparativos (caso-controle) e 6% ($n = 3$) a outros estudos transversais não comparativos. Em seguida, nota-se o grupo de estudos de revisão, que corresponde a 14% ($n = 7$) do total dos artigos selecionados, sendo 8% ($n = 4$) de revisões assistemáticas, 4% ($n = 2$) de revisões sistemáticas e 2% ($n = 1$) de revisão *scoping*. Por último, um número bem menor de estudos com abordagem qualitativa foi selecionado (4%, que correspondem a dois artigos). A expressiva predominância dos trabalhos de abordagem quantitativa pode ter relação com as bases bibliográficas selecionadas, sendo possível supor que o campo da Saúde priorize a visão biomédica sobre o tema e os estudos de abordagem quantitativa.

4.2 ESTUDOS QUANTITATIVOS

4.2.1 Estudos longitudinais comparativos

Conforme observado no parágrafo acima, mais da metade dos artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica ($n = 27$ ou 55%) correspondem a estudos longitudinais comparativos, os quais foram publicados em língua inglesa e somente cinco estudos (dois noruegueses, um finlandês, um sueco e um alemão) foram conduzidos fora dos Estados Unidos, sendo quatro deles realizados em países escandinavos. Os resultados e conclusões desses estudos são apresentados a seguir segundo os temas abordados pelos autores.

4.2.1.1 Eventos estressores e caos familiar

Hussong e colaboradores (2008c) analisaram dados de três estudos longitudinais que abrangiam as primeiras três décadas de vida, comparando FAs e controles em relação a sua experiência com eventos de vida negativos. Foram analisados fatores de estresse em relação a sete domínios da vida, nomeados como: saúde física, estressores familiares em geral, separações familiares, financeiro, profissional/acadêmico, cônjuge/ companheiro e colegas. Os autores observaram que os FAs apresentaram maior risco de vivenciar mais eventos negativos na vida do que os controles e relataram maior risco para estímulos estressantes no domínio familiar. Os FAs investigados no estudo tenderam a vivenciar estímulos estressantes de forma mais repetitiva e a avaliar a intensidade destes estímulos de forma mais severa na idade adulta. (HUSSONG et al., 2008c)

O efeito mais consistente e robusto constatado foi a evidência de que os FAs apresentam maior risco para estressores relacionados com a família do que os controles: experimentam mais estressores familiares em geral, bem como maiores separações familiares, e sua família pode continuar a ser fonte significativa de estresse mesmo no início de sua idade adulta. (HUSSONG et al., 2008c).

Em crianças, foram estressores mais comuns em FAs do que nos controles: (a) os ‘eventos familiares em geral’, e, mais especificamente, (b) as ‘separações familiares’; bem como (c) o domínio ‘profissional/ acadêmico’, no qual se destacou a ‘repetição de uma série’. Os FAs adolescentes mostraram maior risco para estressores ‘familiares em geral’, ‘separações familiares’ e estressores ‘financeiros’, os quais parecem ser resultados diretos do comprometimento parental – no caso de serem presos, se divorciarem, agirem mal na frente dos amigos, perderem o emprego, terem problemas de dinheiro, e estarem doentes ou sofrerem uma lesão, o que pode também refletir os primeiros sinais do caos e do rompimento no lar alcoolista. O comprometimento dos pais também repercute de forma mais evidente na rede social dos FAs do que na dos controles, o que foi verificado pelo maior endosso de itens indicando que ‘vizinhos e parentes disseram coisas ruins sobre o pai/mãe’ alcoolista. O grau em que esses estressores estão presentes na família, junto com o impacto desestabilizador que eles podem ter para este grupo, talvez sejam importantes indicadores de perturbação ambiental para esses filhos (HUSSONG et al., 2008c).

4.2.1.2 Problemas psiquiátricos na prole: sintomas de internalização e de externalização

Muitos estudos longitudinais comparativos investigam o desenvolvimento de problemas psiquiátricos em FAs, os quais frequentemente são categorizados na literatura

como sintomas/ comportamentos/ transtornos/ problemas de internalização e sintomas/ comportamentos/ transtornos/ problemas de externalização²¹. São apresentados a seguir alguns resultados e conclusões de estudos sobre esse tipo de comprometimento.

4.2.1.2.1 Na infância

Estudo longitudinal prospectivo alemão, que seguiu uma amostra comunitária de 219 crianças do nascimento até a adolescência (11 anos de idade), concluiu que filhos de homens alcoolistas apresentam alto risco para psicopatia: o alcoolismo paterno apresentou efeito global significativo sobre o número de problemas psiquiátricos nas crianças. O grupo de FAs da amostra era composto por 26 crianças (14 meninos e 12 meninas) e o grupo controle, por 193 crianças (95 meninos e 98 meninas). Iniciando aos 2 anos de idade, foram observados números significativamente mais elevados de sintomas de externalização entre os FAs de ambos os sexos, quando comparados ao grupo controle, em todas as avaliações (embora o número médio de sintomas de externalização para FAs masculinos tenha sido mais elevado do que para FAs femininos), com predominância de comportamento delinquente²² e agressivo. Quanto aos sintomas de internalização, somente as meninas FAs apresentaram um aumento de tais sintomas até a idade de 11 anos, com destaque para as queixas somáticas. O estudo conclui que o alcoolismo paterno é fator de risco para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos na infância, que se manifestam como sintomas de externalização (especialmente comportamento delinquente e agressivo) em meninos e meninas; e como sintomas de internalização (especialmente queixas somáticas) em meninas, mas o pequeno grupo de FAs

²¹ De uma maneira geral, o ‘comportamento de internalização’ envolve essencialmente sintomas que refletem conflitos com o ‘self’, como fobias, ansiedade social, ansiedade generalizada, depressão e sintomas relacionados ao sono e ao comportamento alimentar. Alguns diagnósticos psiquiátricos são incluídos neste grupo, como transtorno depressivo maior (TDM), mania, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico, transtorno hiperansioso, ansiedade de separação e transtorno obsessivo compulsivo (TOC), entre outros. Já o ‘comportamento de externalização’ se caracteriza por sintomas que refletem conflitos com o ambiente, tais como agressão, delinquência, etc. As características de externalização são genericamente definidas como uma série de comportamentos disruptivos na infância, e, mais especificamente, como uma combinação de características de personalidade com atributos fisiológicos e cognitivos relacionados a problemas de comportamento na infância. Na idade pré-escolar, o comportamento de externalização pode incluir sintomas como impulsividade, hiperatividade, distração, comportamento de oposição, acessos de raiva, comportamento agressivo, comportamento destrutivo, e desinibição social; e na idade escolar, podem ser observados sintomas como mentir, roubar, faltar à escola, fugir de casa, comportamento autodestrutivo, comportamento suicida, uso de substâncias psicoativas e problemas disciplinares na escola. Vários diagnósticos psiquiátricos foram acolhidos sob o amplo guarda-chuva das condições de externalização na infância, como transtorno de conduta (TC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador de oposição (TDO), abuso de álcool, dependência do álcool, abuso de drogas e dependência de drogas. (PULGA, 2012; FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006; SCHUCKIT et al., 2008; HILL et al., 2008).

²² O sentido psicológico da ‘delinquência’ vai além de uma ação contrária às normas e reflete um estado psicológico ou condição subjetiva do sujeito que transgride a lei. Logo, em sentido psicológico, o indivíduo delinquente sofre de perturbações que o impedem de se adaptar às normas do ambiente, pois possui transtornos internos antissociais, que motivam a ação delituosa e sua reincidência (LUZES, 2010).

da amostra não permite a generalização dos resultados (FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006).

4.2.1.2.2 Na adolescência

Estudo longitudinal prospectivo avaliou 378 crianças e adolescentes, entre 8 e 18 anos de idade. Os indivíduos do grupo de alto risco para o desenvolvimento de dependência do álcool (DA) (n = 202), que tinham em média quatro familiares de primeiro e/ou segundo grau com DA, foram comparados com o grupo controle (n = 176). Verificou-se que os adolescentes de famílias alcoolistas têm mais chances: (a) de apresentar transtornos de externalização – foram investigados no estudo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta (TC), transtorno desafiador de oposição (TDO)²³, e abuso/ dependência de álcool e outras drogas –; e (b) de desenvolver transtorno depressivo maior (TDM). A ocorrência de vários familiares alcoolistas influenciou os resultados (HILL et al., 2008) e será apresentada mais adiante.

Em outro estudo longitudinal com amostra de base comunitária, composta por 1.252 adolescentes gêmeos (578 sexo masculino e 674 sexo feminino), de 17 anos de idade, juntamente com seus pais biológicos (total de 626 famílias), foram investigados os seguintes transtornos de externalização: dependência do álcool (DA) e dependência de outras drogas (em pais e filhos), TDAH, TDO, TC, comportamento antissocial adulto, e dependência da nicotina. DA e dependência de outras drogas dos pais se associaram igualmente (e independentemente) com risco aumentado para quase todos os transtornos na prole: filhos de alcoolistas e de dependentes de outras drogas têm aproximadamente 2-3 vezes mais chances de desenvolver um transtorno de externalização na adolescência tardia em comparação com filhos do grupo controle. Entre os transtornos examinados na prole deste estudo, a dependência de substâncias é tipicamente um dos últimos a se desenvolver. Os autores

²³ “O transtorno desafiador de oposição [TDO] é um transtorno disruptivo, caracterizado por um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil. Os pacientes discutem excessivamente com adultos, não aceitam responsabilidade por sua má conduta, incomodam deliberadamente os demais, possuem dificuldade em aceitar regras e perdem facilmente o controle se as coisas não seguem a forma que eles desejam. O DSM-IV [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição], o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, define o diagnóstico como um modelo de comportamento que satisfaz quatro (entre oito) critérios por pelo menos seis meses com disfunção social ou ocupacional. A prevalência de TDO em amostras da comunidade está em torno de 6%. O transtorno de conduta (TC) é definido por violações mais graves como roubo, agressão e crueldade com animais e pessoas. Embora o TDO esteja fortemente correlacionado ao TC do ponto de vista longitudinal, um considerável subgrupo de pacientes não evolui dessa forma. O TDO é também altamente comórbido com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), estando presente em cerca de 50% desses pacientes.” (SERRA-PINHEIRO, 2004, p.273).

ponderam que não se sabe o quanto essas conclusões podem ser generalizadas para outros grupos (MARMORSTEIN; IACONO; MCGUE, 2009).

4.2.1.2.3 Na adolescência e em adultos jovens

Um estudo prospectivo norueguês buscou identificar a exposição precoce dos filhos a constelações de risco parental – caracterizadas por: (a) variações nas frequências e quantidades de bebida que consumiam, (b) saúde mental e (c) anos de educação escolar em ambos os pais – bem como examinar se tais constelações de risco estão associadas ao contato subsequente dos filhos com o sistema de saúde com diagnóstico e/ou tratamento de ansiedade e/ou depressão (LUND et al., 2019).

O estudo utilizou dados da pesquisa HUNT²⁴, vinculados aos dados de três registros nacionais de saúde (sobre diagnóstico ou tratamento de ansiedade e/ou depressão) em anos posteriores. Foram incluídos 8.773 filhos adolescentes (de 13 a 19 anos), provenientes de 6.696 famílias com pai e mãe, cujos pais também participaram da pesquisa HUNT no mesmo período. Em média, os filhos estavam com 24 anos de idade no período de análise dos registros nacionais de saúde e 24,3% apresentaram ao menos um registro de diagnóstico e/ou tratamento com prescrição de medicamentos para ansiedade e/ou depressão. Este desfecho foi associado a constelações de risco parental, o que é consistente com um modelo de risco cumulativo (ou seja, quanto mais fatores de risco, maior a vulnerabilidade do filho). No entanto, em alguns casos, um fator de risco pode ser compensado por outras características positivas, enquanto em outros casos, o fator de risco pode ter um peso único, quando se trata da saúde mental dos filhos.

A exposição precoce a (a) baixo nível de escolaridade parental isoladamente; (b) presença simultânea de alto consumo de álcool para o pai e a mãe e elevados sintomas de saúde mental nos pais (e não nas mães) foi associada a aumentos significativos no risco subsequente de ansiedade e/ou depressão nos filhos, durante a adolescência e o início da vida adulta, em comparação com os filhos de famílias sem risco (LUND et al., 2019).

Os autores destacam a importância de se considerar a ocorrência combinada de diferentes fatores de risco, bem como comportamentos e características parentais que se situam abaixo dos níveis definidos clinicamente, nos estudos que buscam entender as associações prospectivas entre o consumo alcoólico dos pais e a saúde mental dos filhos:

²⁴ A pesquisa HUNT é um grande estudo populacional, realizado no condado de Nord-Trøndelag, na Noruega, que cobre uma variedade de tópicos relacionados à saúde. Divide-se em ‘Young-HUNT’ (com adolescentes de 13 a 19 anos) e Adult-HUNT (com adultos maiores de 20 anos).

Enquanto alguns fatores de risco têm peso por si mesmos, outros podem ser compensados por características parentais positivas. Em muitos casos, o nível de cada risco individual não era tão alto por si só, mas, quando acumulado em nível familiar, até características aparentemente inócuas contribuíam para aumentos significativos no risco de ansiedade e/ou depressão entre os filhos, traduzindo-se potencialmente em piores resultados de saúde mental para os jovens. (LUND et al., 2019, np, tradução nossa).

A literatura assume que os FAs são grupo de risco para diferentes transtornos de externalização. Estudo longitudinal que investigou 165 filhos de 93 famílias, que apresentavam entre 14 e 25 anos de idade, e que foram pessoalmente entrevistados, bem como um dos seus pais, observou que 17 indivíduos (10,3%) preencheram critérios para transtornos de externalização e 148 não tinham tais diagnósticos (grupo controle). As taxas de TC (6,1%) e de TDAH (4,8%) encontradas foram semelhantes àquelas encontradas na população em geral e constatou-se que não se relacionaram com a história familiar de transtornos por uso de álcool ou outras drogas. Os autores ponderam que, apesar do número muito reduzido de filhos com transtornos de externalização estudados, sendo o alcoolismo uma doença heterogênea, o risco aumentado para tais transtornos pode ser diferente para cada família, estando por vezes mais associado a comorbidades do alcoolista, ou a diferenças do metabolismo/ nível de resposta ao álcool, do que à história familiar de alcoolismo em si (SCHUCKIT et al., 2008).

A influência das comorbidades do alcoolista no risco para transtornos de externalização e internalização será abordada mais adiante.

4.2.1.3 Manifestações de efeitos do alcoolismo parental por faixa etária

4.2.1.3.1 Na primeira infância

Estudos longitudinais comparativos entre famílias de alcoolistas e famílias de não alcoolistas revelam diversas consequências da convivência de crianças com pais que fazem uso prejudicial do álcool já na primeira infância (EDWARDS et al., 2006; EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006; EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006; EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007; KELLER et al., 2011). Nesses estudos, com amostras compostas por 176 a 226 famílias com ou sem problemas com álcool, foram observados os seguintes resultados:

Os FAs acompanhados entre 1 e 4 anos de idade apresentaram maior nível de agressividade do que as crianças da mesma idade de famílias de não alcoolistas; e os meninos FAs apresentaram níveis mais elevados de comportamento agressivo, em todas as idades, em

relação às meninas FAs. Além disso, não houve decréscimo do comportamento agressivo, conforme o esperado, entre os 3 e 4 anos de idade, nas crianças que tinham pai e mãe alcoolistas, quando comparadas com crianças de famílias não alcoolistas (EDWARDS et al., 2006).

O acompanhamento de crianças entre 12 e 36 meses de idade revelou que os filhos de homens alcoolistas apresentaram níveis mais elevados de comportamento de internalização e externalização aos 24 e 36 meses de idade, em comparação com filhos de não alcoolistas. No entanto, os filhos de homens alcoolistas, que apresentavam apego seguro com suas mães aos 12 meses de idade, apresentaram externalização significativamente menor aos 24 e 36 meses de idade, quando comparados com os que tinham apego inseguro com a mãe aos 12 meses de idade. Os sintomas de internalização aos 36 meses de idade também foram significativamente menores para as crianças que apresentavam apego seguro com a mãe aos 12 meses de idade. Logo, o apego seguro mãe-bebê aos 12 meses de idade parece ser um fator de proteção para comportamento de internalização e de externalização na prole de homens alcoolistas (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006).

Considerando que os FAs têm um risco maior para problemas de autorregulação, e que a assimilação de regras de conduta é um componente chave da autorregulação, o acompanhamento de filhos de homens alcoolistas entre 12 e 36 meses de idade revelou uma associação indireta do alcoolismo paterno com a assimilação de regras de conduta aos 3 anos de idade. Embora os pais alcoolistas tendam a exercer cuidados parentais problemáticos, que não favorecem a assimilação de regras de conduta, o estudo demonstrou que a maior sensibilidade paterna durante as interações lúdicas com as crianças aos 2 anos de idade foi associada a uma maior assimilação de regras de comportamento aos 3 anos de idade. Este aspecto sugere que os cuidados paternos poderiam ser alvo de intervenção para filhos de homens alcoolistas, ainda que a maioria destes pais relute em buscar tratamento para o alcoolismo (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006).

Há associação indireta entre o diagnóstico de alcoolismo paterno aos 12 meses de idade e o comportamento de externalização mais elevado em crianças aos 4 anos de idade. A via de associação entre alcoolismo paterno aos 12 e 18 meses de idade e comportamento de externalização em crianças no jardim de infância ocorre por meio de níveis mais baixos de sensibilidade/ acolhimento materno aos 2 anos de idade, ocasionando o empobrecimento das habilidades de autorregulação da criança (simultaneamente associado a problemas de externalização) aos 3 anos de idade, que, por sua vez, se associa longitudinalmente a maiores problemas de comportamento de externalização no jardim de infância (aos 4 anos de idade).

As meninas apresentaram maior autorregulação aos 3 anos de idade em comparação com os meninos. Um dos caminhos para a manifestação de maiores problemas de externalização entre FAs pode ser via cuidados maternos e paternos e a autorregulação da criança nos anos pré-escolares. (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007).

Em estudo que acompanhou 235 crianças do jardim da infância e seus pais, durante 3 anos, pais/mães completaram questionários sobre o beber problemático parental e agressão conjugal; e as crianças foram entrevistadas sobre suas reações de segurança emocional a vinhetas de conflitos conjugais. O estudo constatou que a agressão conjugal desempenha um papel importante na associação entre o beber problemático dos pais e o desajuste da criança. Desse modo, o beber problemático dos pais se associa indiretamente com a insegurança emocional da criança e com suas reações ao conflito, via maior conflito/ agressão conjugal. Além disso, o beber problemático dos pais se associa diretamente com reações emocionais ao conflito mais negativas nas crianças, e foi preditivo de expectativas negativas para o futuro nas crianças. O estudo também constatou que o beber problemático materno foi preditivo de maiores reações de tristeza na criança, e que o beber problemático paterno foi preditivo de maiores reações de raiva. Os resultados confirmam a hipótese de que o beber problemático parental se relacionaria com a insegurança emocional da criança de forma indireta, via maior conflito conjugal (KELLER et al, 2011).

4.2.1.3.2 Na segunda infância

Os estudos longitudinais a seguir, que examinaram os efeitos do uso de álcool parental na segunda infância, avaliaram amostras de 162 a 235 famílias (KELLER et al., 2008; EIDEN et al., 2010).

Estudo longitudinal norte-americano buscou estabelecer os efeitos a longo prazo do uso de álcool parental tanto no conflito conjugal, quanto na forma de criar os filhos e na adaptação dos filhos ao longo do tempo, além de estabelecer a direção desses efeitos. Foi realizado em três ondas anuais (T1, T2 e T3), com amostra comunitária de 235 famílias, cujas crianças tinham idades entre 5 e 8 anos e frequentavam o jardim da infância no momento inicial (T1). Foram considerados tanto o abuso quanto a dependência do álcool (KELLER et al., 2008)

O estudo não encontrou efeitos diretos entre o uso parental problemático do álcool e a adaptação dos filhos. O beber parental afeta as famílias, influenciando indiretamente o desenvolvimento e adaptação do filho por diferentes vias. (KELLER et al., 2008)

Foi constatado que os maiores problemas de bebida do pai no T1 se associavam com comportamentos destrutivos de conflito conjugal no T2 (um ano após). Os maiores conflitos conjugais destrutivos se associavam com maiores problemas na criação/ cuidado dos filhos (o estudo observou tanto a diminuição da sensibilidade / acolhimento parental²⁵, quanto o maior controle psicológico²⁶ parental). A diminuição da sensibilidade / acolhimento parental no T2 foi associada a maiores problemas de adaptação (internalização²⁷ e externalização²⁸) no T3. Da mesma forma, o aumento do controle psicológico no T2 foi preditivo de maiores problemas de internalização e externalização dos filhos no T3 (KELLER et al., 2008). Logo, a parentalidade ruim, com diminuição da sensibilidade/ acolhimento parental no T2 (um ano após o T1), se associa a maiores problemas de adaptação (internalização e externalização) no T3 (um ano após o T2).

Nesse estudo, não foram encontradas associações entre os problemas de uso do álcool materno e o funcionamento familiar ou o funcionamento dos filhos. Tal resultado sugere que os problemas de uso de álcool paterno se associam mais fortemente aos conflitos conjugais do que os problemas de uso do álcool materno (KELLER et al., 2008). Além disso, não houve diferença dos resultados dos filhos para meninos ou meninas (KELLER et al., 2008).

O caminho dos problemas de bebida dos pais (e não das mães) para o conflito conjugal; do conflito conjugal para o controle psicológico parental; e do controle psicológico parental para os problemas de internalização das crianças também foi um efeito indireto significativo. No entanto, esse efeito não foi significativo para os problemas de externalização (KELLER et al., 2008).

O estudo conclui que há um significativo efeito indireto dos problemas de uso do álcool pelo pai nos problemas de internalização e externalização dos filhos, que ocorre tanto por meio dos conflitos conjugais, quanto de sensibilidade / acolhimento parentais. Sugere, ainda, que múltiplos processos complexos podem ser acionados mesmo por níveis comunitários de problemas com o álcool. (KELLER et al., 2008)

A ênfase na importância de níveis subclínicos de problemas de uso do álcool, contribuindo para o risco de problemas de adaptação dos filhos, aponta que o relacionamento conjugal pode ser particularmente sensível a

²⁵ A sensibilidade/ acolhimento (“warmth”) parental contribui para o desenvolvimento da regulação emocional e da adaptação emocional e comportamental saudáveis nas crianças (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2004).

²⁶ O controle psicológico envolve o uso de culpa e intrusividade para manipular os filhos, a fim de que eles se comportem como o pai ou a mãe desejam (KELLER et al., 2008).

²⁷ Os pais avaliaram o quanto os filhos exibiam comportamentos retraídos, ansiosos ou deprimidos (KELLER et al., 2008).

²⁸ Os pais avaliaram o quanto os filhos exibiam comportamento agressivo e delinvente (KELLER et al., 2008).

níveis ainda mais baixos de sintomas, porque é mais provável que eles ocorram na presença do cônjuge. Uma ocasião de problema com a bebida pode resultar em um comportamento ofensivo (por exemplo, flertar com outras pessoas, envolvimento em altercação física) que se torna uma fonte de conflito a longo prazo em um relacionamento romântico. (KELLER et al., 2008, p.207, tradução nossa).

Outro estudo longitudinal comparativo, que abrange a segunda infância, aponta o risco de FAs para o desenvolvimento de comportamento de *bullying* com os colegas (EIDEN et al., 2010).

Os meninos FAs, cujo pai ou mãe foi diagnosticado como alcoolista quando a criança tinha 12 meses de idade, tendem a manifestar comportamento de *bullying* com colegas na quarta série (aos 9-10 anos de idade). Tal associação é influenciada pelo tipo de apego mãe-bebê que se estabelece aos 18 meses de idade do menino, bem como se o alcoolismo é paterno ou materno. Em amostra com 162 famílias com e sem problemas com álcool, verificou-se associação direta entre o alcoolismo parental diagnosticado aos 12 meses de idade dos meninos e o comportamento de *bullying* com colegas na quarta série (aos 9-10 anos de idade). Além disso, o alcoolismo paterno aos 12 meses de idade também se associa indiretamente ao comportamento de *bullying* com colegas na quarta série, via apego inseguro mãe-bebê aos 18 meses de idade (estudo anterior, do mesmo grupo de pesquisa, demonstrou que meninos de pais alcoolistas apresentam maior risco para problemas de externalização e exibem trajetória não normativa para o comportamento agressivo na idade pré-escolar). Essas associações não foram significativas para as meninas, e tal resultado pode ter sido influenciado pelo fato de que as meninas costumam adotar a agressão relacional como sua principal forma de agressão. Entre os meninos que tinham relação de apego inseguro com suas mães aos 18 meses de idade, houve associação significativa entre problemas de alcoolismo paterno e *bullying* com colegas, enquanto que a associação entre problemas de alcoolismo materno e *bullying* com colegas foi significativa entre meninos com relação de apego seguro com suas mães. O estudo aponta para a possibilidade de que a relação segura com um progenitor problemático possa se associar com consequências negativas, e não conferir proteção contra a adversidade (EIDEN et al., 2010).

Os autores discutem possibilidades de intervenção nesse contexto:

(...) esforços de intervenção voltados para a melhoria da qualidade do relacionamento com a mãe podem ter implicações significativas para as relações com os colegas no meio da infância, especialmente para os meninos com pais alcoolistas. Além disso, os resultados indicam os potenciais efeitos em cascata e os custos do risco da exposição precoce ao alcoolismo parental,

e destacam a necessidade de continuar a apoiar os esforços de saúde pública para aumentar o acesso aos serviços de tratamento de abuso de substâncias e de saúde mental para os cuidadores de crianças pequenas. (EIDEN et al., 2010, p.10, tradução nossa).

Os resultados também sugerem que as intervenções voltadas para a faixa etária de 1 a 3 anos podem ser mais benéficas (EIDEN et al., 2010).

4.2.1.4 Momento de manifestação dos sintomas de internalização e externalização

4.2.1.4.1 Efeitos proximais, distais e que variam com o tempo do alcoolismo parental nos sintomas de externalização da prole

Estudo longitudinal investigou se o momento de manifestação dos sintomas de externalização dos FAs se relacionava com o momento de manifestação dos sintomas parentais relacionados ao álcool. Os FAs apresentavam entre 2 e 17 anos, e os sintomas de externalização foram relatados pela mãe, pelo pai e pelo próprio filho em diferentes momentos, a saber: (a) ao mesmo tempo em que os pais apresentaram consequências relacionadas com o álcool ('efeitos que variam no tempo'), (b) quando os pais apresentaram maiores consequências relacionadas ao álcool durante o período de estudo ('efeitos proximais'), e (c) quando os pais tinham um diagnóstico de alcoolismo ao longo da vida, que antecedeu o período de estudo ('efeitos distais')²⁹. Os 'efeitos distais' do alcoolismo parental no aumento dos sintomas de externalização da criança foram grandes e consistentes. Segundo os autores, este resultado confirma achados de outros estudos sobre o maior risco dos FAs para sintomas de externalização quando comparados com filhos de não alcoolistas, mesmo que o diagnóstico inicial de alcoolismo parental anteceda o momento de manifestação dos sintomas nos filhos. Além disso, foram também encontrados 'efeitos proximais' (um risco adicional para sintomas de externalização acima e além daquele atribuído aos efeitos distais) e 'efeitos que variam no tempo' dos sintomas do alcoolismo parental (HUSSONG et al., 2010).

O predomínio dos efeitos distais do alcoolismo parental em relação aos sintomas de externalização dos filhos aponta para "os efeitos deletérios a longo prazo da alta vulnerabilidade genética, em conjunto com ambientes estressantes, caóticos e às vezes

²⁹ "(...) para uma criança que foi acompanhada entre 10 e 15 anos, o efeito que varia no tempo representa as elevações e reduções dos sintomas de externalização no mesmo indivíduo, associadas aos sintomas relacionados ao uso de álcool parental em uma idade específica; o efeito proximal representa as diferenças entre os indivíduos quanto aos sintomas de externalização, associadas com a média dos sintomas relacionados ao uso de álcool parental entre as idades de 10 e 15 anos; e o efeito distal representa as diferenças entre os indivíduos quanto aos sintomas de externalização, associadas com o diagnóstico de base dos pais (realizado aos 10 anos de idade da criança) quanto ao transtorno por uso de álcool." (HUSSONG et al., 2010, p.4, tradução nossa).

abusivos” (HUSSONG et al., 2010, p.21). As influências distais podem ser tão substanciais em alguns casos, “que reduzem as chances de influências mais proximais alterarem significativamente o risco para a sintomatologia.” (HUSSONG et al., 2010, p.21).

A presença de efeitos proximais pode sugerir que os filhos “adquirem um risco adicional, por meio da exposição concomitante ao beber dos pais e suas consequências, que vai além do risco que é transmitido por mecanismos mediados geneticamente ou biologicamente.” (HUSSONG et al., 2010, p.21-22) Cabe destacar que “os efeitos proximais aumentaram o risco de sintomas de externalização, independentemente dos pais preencherem critérios diagnósticos para um transtorno por uso de álcool ou não (ou seja, independentemente dos efeitos distais)” (HUSSONG et al., 2010, p.22). Nessa perspectiva, mesmo os filhos de não alcoolistas mostraram maior risco para sintomas de externalização se seus pais tivessem maiores consequências relacionadas com o álcool no período de estudo. Os três tipos de efeitos operam em conjunto e provavelmente interagem entre si. Eles foram igualmente relevantes para meninos e meninas (HUSSONG et al., 2010).

4.2.1.4.2 Efeitos proximais, distais e que variam com o tempo do alcoolismo parental nos sintomas de internalização da prole

O mesmo grupo de pesquisa que estudou os efeitos proximais, distais e que variam com o tempo em relação aos sintomas de externalização, publicou outro trabalho avaliando estes mesmos efeitos, na amostra anterior, em relação aos sintomas de internalização³⁰. Neste segundo estudo longitudinal: (a) não foram observados efeitos do alcoolismo parental ao mesmo tempo em que os pais têm maiores consequências relacionadas ao álcool (em relação aos sintomas de internalização dos FAs); (b) o efeito proximal se restringiu ao alcoolismo materno, o qual foi significativamente preditivo de sintomas de internalização relatados pelos filhos; e (c) quanto aos efeitos distais, os filhos cujos pais tinham um diagnóstico na vida de abuso ou dependência de álcool apresentaram maiores sintomas de internalização quando comparados com controles. Desse modo, os processos distais dominaram o efeito do alcoolismo parental sobre sintomas de internalização dos filhos. Segundo os autores, é preciso que o transtorno parental seja grave ou prolongado o suficiente para que os filhos comecem a evidenciar sintomas de internalização resultantes. A presença de tais sintomas pode ocorrer desde a primeira infância e continua a apresentar elevações em relação aos pares até a

³⁰ O estudo não fez distinção entre os sintomas de depressão e os de ansiedade, o que limitou a especificidade, segundo os autores (HUSSONG et al., 2008a).

adolescência, sem que os sintomas parentais relacionados ao álcool atenuem ou agravem esse risco nesta fase do desenvolvimento. (HUSSONG et al., 2008a).

A literatura não reconhece os efeitos proximais do alcoolismo parental em relação aos sintomas de internalização dos filhos. A descoberta singular deste estudo de efeitos proximais do alcoolismo materno nos sintomas de internalização relatados pelos filhos requer replicação antes de ser generalizada. No entanto, Hussong e colaboradores (2008a) levantam a possibilidade de um risco aumentado para sintomas de internalização em adolescentes cujas mães são alcoolistas ativas, que permanece amplamente não detectado pelos pais destes jovens. Neste sentido, é preciso considerar que as mães costumam funcionar como cuidadoras primárias, e que as mulheres alcoolistas costumam ter parceiros alcoolistas, sendo possível que os efeitos do alcoolismo materno se confundam com aqueles de ter pai e mãe alcoolistas (HUSSONG et al., 2008a).

4.2.1.5 Famílias complexas e multialcoolistas

As famílias complexas são aquelas que apresentam vários indivíduos dependentes de álcool, incluindo ou não o pai e/ou a mãe. Alguns estudos longitudinais comparativos buscam compreender as repercussões do pertencimento a essas famílias para crianças e adolescentes (HUSSONG et al., 2005; HUSSONG et al., 2007; HILL et al., 2008; MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010; HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011). As famílias complexas proporcionam exposição ambiental concomitante a vários parentes alcoolistas, o que, muitas vezes, resulta em maior adversidade, especialmente se o parente é o pai ou a mãe (HILL et al., 2008).

Famílias multialcoolistas, constituídas por pai e mãe alcoolistas, podem apresentar indicadores particularmente elevados de estresse familiar, porque falta a potencial influência protetora de um pai/ mãe não acometido pelo alcoolismo. A confluência destes riscos familiares com os riscos da convivência com os colegas, especialmente na adolescência, pode intensificar o comportamento de externalização em filhos de mais de um alcoolista, “devido ao aumento da orientação desviante por parte dos colegas, estimulado por uma necessidade de fugir dos ambientes domésticos mais intensamente caóticos e estressantes.” (HUSSONG et al., 2007).

4.2.1.5.1 Efeitos na infância

Em estudo longitudinal realizado com uma amostra comunitária de famílias com altos níveis de transtornos por uso do álcool e outras famílias da vizinhança sem este perfil (total de

265 famílias), foram avaliadas 373 crianças, entre FAs (78 meninas e 200 meninos) e controles (32 meninas e 63 meninos), com idades entre 2 e 15 anos nas diferentes ondas de avaliação. O estudo conclui que ter pai e mãe alcoolistas aumenta o risco específico para as meninas FAs de apresentarem déficits de competência social³¹ aos 6 anos de idade. Entretanto, estes déficits desaparecem na adolescência. Tal risco na infância está relacionado: (a) ao maior estresse e caos no ambiente doméstico; (b) à observação mais direta dos problemas parentais; e (c) aos déficits de interação social entre pais e filhos nessas famílias (HUSSONG et al., 2005).

Partindo do princípio de que os comportamentos de externalização são fatores de risco para o desenvolvimento posterior de problemas com o álcool, outro estudo longitudinal testou se a densidade de problemas com o álcool nos parentes biológicos se associava a comportamentos de externalização, em amostra comunitária de 452 crianças entre 8 e 10 anos de idade, ou seja, numa faixa etária anterior ao início do uso de álcool. A densidade familiar de alcoolismo foi definida como a média ponderada: (a) da proporção de parentes de primeiro grau (mães / pais apenas) com um problema de álcool na vida; e (b) da proporção de parentes de segundo grau com um problema de álcool na vida. O estudo abordou ainda fatores de mediação e moderação neste contexto, com especial atenção à eficácia dos cuidados parentais como fator de moderação potencialmente protetor, uma vez que há evidências na literatura de que os efeitos adversos de uma alta densidade familiar de alcoolismo podem ser exacerbados (moderados) ou parcialmente explicados (mediados) por cuidados parentais de baixa qualidade. Verificou-se que a densidade familiar de alcoolismo apresentou associação estatisticamente significativa (positiva e pequena) com os problemas de comportamento investigados (desinibição comportamental e problemas de conduta) em crianças de 8 e 10 anos de idade, especialmente (a) nos meninos, quanto aos problemas de conduta; e (b) no grupo de crianças no qual os cuidados parentais eram menos eficazes. Os efeitos da densidade familiar de problemas de álcool sobre a desinibição comportamental e os problemas de conduta foram reduzidos a níveis não significativos quando pelo menos duas das três dimensões de cuidados parentais (acolhimento/ sensibilidade dos pais, consistência da disciplina e controle/ monitoramento parental) estavam acima da média. (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010).

³¹ Competência diz respeito à capacidade do indivíduo de utilizar os recursos ambientais e pessoais para atingir um bom resultado no seu desenvolvimento (WATERS; SROUFE, 1983 apud HUSSONG et al., 2005). Embora a operacionalização do conceito de competência social varie muito nos estudos, “fazer e manter amizades, promover a popularidade e a aceitação social, e desenvolver habilidades no relacionamento com os colegas são marcadores consistentes do construto” (BERNDT; BURG, 1996; ROSE-KRASNOR, 1997 apud HUSSONG et al., 2005, p.3).

4.2.1.5.1.1 Comportamento de externalização nos filhos de casais alcoolistas pesados concordantes ou discordantes.

Estudo longitudinal norte-americano investigou as associações prospectivas, ao longo de três anos, entre beber parental pesado, cuidado dos filhos e comportamento de externalização dos filhos, considerando a influência do consumo de álcool no casal – se concordante (quando pai e mãe bebem), ou discordante (quando pai ou mãe bebe) – nos resultados subsequentes para seus filhos. Participaram 180 casais com filhos de 4 a 11 anos (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018).

O cuidado dos filhos foi avaliado em várias dimensões das práticas disfuncionais: frouxidão (quando a parentalidade é inconsistente e ineficaz), hiperreatividade (quando a parentalidade é severa e punitiva) e verbosidade (quando se fornece uma explicação excessiva e ineficaz). As pontuações mais altas são indicativas de práticas parentais mais inadequadas (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018).

Níveis mais altos de parentalidade inadequada foram associados a maior comportamento de externalização para filhos de casais concordantes que bebem muito. Tal associação não foi observada no grupo de casais discordantes que bebem. Os autores acreditam que a presença de um bebedor que não faça uso abusivo de álcool possa amortecer o impacto de uma parentalidade inadequada por meio de um apego seguro ou de um relacionamento positivo do(a) filho(a) com esse(a) pai/mãe. O(a) pai/mãe que não faz uso abusivo de álcool pode ser capaz de fornecer o acolhimento, coesão e consistência necessários para amortecer o comportamento impulsivo e desinibido do(a) pai/mãe que bebe mais. (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018)

Outro aspecto observado referiu-se ao fato de que a satisfação com o relacionamento conjugal apresentou-se negativamente associada ao comportamento de externalização dos filhos. Os autores sinalizam que essas observações estão de acordo com a literatura, uma vez que já foi demonstrado que as associações entre os padrões de uso de álcool pelos pais e o comportamento problemático dos filhos podem ser mediadas ou moderadas por risco ambiental, conflito conjugal ou relacionamento entre pais e filhos (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018).

4.2.1.5.2 Efeitos na adolescência

Estudo longitudinal prospectivo, com três gerações de famílias complexas, investigou o risco de desenvolvimento de diagnósticos psiquiátricos específicos durante a infância ou

adolescência. A amostra incluiu 378 crianças e adolescentes (de 8 a 18 anos de idade), que apresentavam alto risco (n = 202) ou baixo risco (n = 176) para desenvolvimento de DA. Foram realizadas 1.738 avaliações (a cada ano, aproximadamente) com os filhos e um de seus pais. A prole de alto risco apresentou em média quatro parentes de primeiro e de segundo grau com DA (HILL et al., 2008).

Os autores observaram que a prole dessas famílias complexas apresentou risco aumentado para vários transtornos psiquiátricos: TDAH, TC, TDO e Abuso/ dependência de Drogas (isto é, diversos transtornos de externalização), bem como transtorno depressivo maior (TDM). Foram encontrados níveis especialmente elevados de TC (21,4%) e TDM (14,8%). Cabe salientar que os adolescentes das citadas famílias foram 4,4 vezes mais propensos a sofrer de um transtorno depressivo do que os controles, o que alerta para a necessidade de atenção para além dos transtornos de externalização, e aponta para a transmissão familiar que vai além da presença de um pai/mãe dependente do álcool, abrangendo tias, tios ou avós alcoolistas (HILL et al., 2008).

Em estudo longitudinal com famílias maternas complexas, os filhos de mulheres alcoolistas apresentaram taxas elevadas de transtornos psicopatológicos na infância e quando adultos jovens. A amostra incluiu 196 filhos, entre 8 a 18 anos de idade, que foram divididos em dois grupos: prole de famílias maternas complexas com DA (considerada de alto risco: n = 103; 46 do sexo masculino e 57 do sexo feminino); e prole de famílias controle (de baixo risco: n = 93; 53 do sexo masculino e 40 do sexo feminino), esta última selecionada por transtornos familiares mínimos por uso de substância. O estudo se baseou em 1.119 avaliações e concluiu que a prole de famílias maternas complexas tem maior risco para transtornos de externalização (Transtorno de Conduta e TDAH) e para transtornos de internalização (Transtorno depressivo maior e Transtornos de Ansiedade), além de chances significativamente maiores de desenvolver abuso ou dependência de álcool e outras drogas na fase adulta jovem (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011).

Os resultados mostraram um aumento de duas vezes no risco para TDAH associado à prole de alto risco. Ademais, foi observado um início mais precoce para o desenvolvimento de Transtorno Depressivo Maior (TDM), bem como para Transtorno de Ansiedade (TA), na descendência de famílias de mulheres dependentes do álcool. Uma maior proporção de filhos de alto risco apresentou transtorno de conduta, com mais de 20% afetados aos 19 anos. Isto foi observado tanto no sexo masculino quanto no feminino. Cabe salientar que os filhos dessas mulheres dependentes de álcool tinham maior probabilidade de ter ambos os pais

afetados, na medida em que mulheres alcoolistas que se tornam mães em geral têm parceiros alcoolistas (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011).

4.2.1.6 Presença de comorbidades parentais

4.2.1.6.1 Efeitos sobre os sintomas de externalização

A literatura reconhece que o número de pais alcoolistas na família é um marcador de heterogeneidade para o risco de sintomas de externalização em FAs. Estudo longitudinal buscou compreender, entre outros aspectos, se a presença de comorbidade parental influenciaria esse risco. Nessa perspectiva, os dois subtipos mais consistentemente reconhecidos de alcoolismo adulto são o alcoolismo antissocial e o alcoolismo depressivo (HUSSONG et al., 2007).

O estudo testou, em amostra de aproximadamente 800 FAs e controles pareados, com idades de 2 a 17 anos, se o número de pais alcoolistas em uma família, o subtipo de comorbidade do alcoolismo parental (antissocial ou depressivo), e o gênero da criança seriam preditivos de trajetórias de sintomas de externalização no curso inicial da vida. Segundo os sintomas relatados pelos pais, mães e filhos, verificou-se que: (a) FAs apresentam mais sintomas de externalização, independentemente da comorbidade parental (ou seja, nos três subgrupos de FAs: alcoolismo parental sem comorbidade, alcoolismo parental com depressão e alcoolismo parental com transtorno de personalidade antissocial), em comparação com os controles (filhos de não alcoolistas); (b) filhos de famílias ‘multialcoolistas’, nas quais o pai e a mãe são alcoolistas, apresentam maior risco de sintomas de externalização, que surgem pelo menos até meados da adolescência; (c) filhos de um alcoolista com transtorno de personalidade antissocial mostram um risco estável e precoce para mais sintomas de externalização, em comparação com os filhos de famílias alcoolistas sem comorbidade; (d) filhos de um alcoolista depressivo mostram um risco intermediário em relação aos FAs sem comorbidade e aos FAs antissociais, sendo essas diferenças mais fracas nos relatos dos adolescentes do que nos relatos dos pais e mães; (e) o gênero da criança não moderou o risco dos FAs para sintomas de externalização (HUSSONG et al., 2007).

4.2.1.6.2 Efeitos sobre os sintomas de internalização

O mesmo grupo de pesquisa do trabalho citado no item anterior publicou outro artigo, utilizando a mesma amostra. O estudo analisou fontes de heterogeneidade do risco para sintomas de internalização entre os FAs, segundo os mesmos indicadores (diagnósticos de

comorbidade parental; número de pais alcoólistas na família, e o gênero da criança). Os resultados demonstraram que: (a) o alcoolismo parental tem um efeito independente sobre os sintomas de internalização dos filhos, acima e além de ter pais alcoólistas com depressão, ou com transtorno de personalidade antissocial; (b) o risco para sintomas de internalização associados com o alcoolismo parental é maior nas famílias que têm os dois pais alcoólistas (ao invés de um), ou que têm um pai alcoólista que apresente comorbidade, principalmente depressão (o risco foi um pouco menor quando o pai também apresentava transtorno de personalidade antissocial - com ou sem depressão); (c) quanto ao gênero, foi observado nos sintomas autorrelatados que as meninas apresentavam maior risco de sintomas de internalização se tivessem dois pais alcoólistas (ao invés de um), enquanto nenhum risco adicional foi encontrado para os meninos. Portanto, há heterogeneidade do perfil de risco, e nem todos os FAs estão destinados a manifestar o risco para sintomas de internalização na infância e adolescência. Nas famílias em que os FAs são mais propensos a manifestar sintomas de internalização pode haver uma vulnerabilidade genética maior e mais ampla, bem como contextos ambientais mais caóticos (HUSSONG et al., 2008b).

4.2.1.7 Problemas maternos com o álcool

4.2.1.7.1 Uso materno pós-natal pesado de álcool e problemas de comportamento em filhos pequenos

Estudo longitudinal, que usou dados de um estudo de coorte norueguês (MoBa), examinou as associações entre o uso materno pós-natal pesado de álcool (definido como beber álcool quatro ou mais vezes por semana, ou beber sete unidades ou mais por episódio de uso de álcool) e problemas de comportamento de internalização e externalização³² nos filhos pequenos, que foram avaliados quando tinham 18 e 36 meses de idade. A amostra nacional incluiu 51.115 crianças e foram considerados na análise dos dados os fatores de confusão observados e não observados, a fim de estabelecer se o uso pesado de álcool pela mãe e os

³² Os problemas de comportamento de crianças pequenas foram avaliados por meio de questionários aplicados aos 18 e 36 meses de idade, com itens da versão *Child Behavior Checklist* para crianças pré-escolares (CBCL/1.5–5), construída para cobrir uma variedade de problemas emocionais, sociais e comportamentais, e consiste em 99 itens que descrevem o comportamento da criança nos 2 meses anteriores. Esse questionário foi validado em amostras holandesas e dinamarquesas, mas não foi validado para a amostra norueguesa. Os itens selecionados do CBCL representaram subescalas do domínio internalizante (“emocionalmente reativo”, “ansioso / deprimido” e “queixas somáticas”) e externalizante (“problemas de atenção” e “comportamento agressivo”). Foram incluídos 13 itens em ambos os questionários, dos quais cinco foram usados como indicadores de problemas de comportamento internalizantes e oito itens foram usados como indicadores de problemas externalizantes. (KNUDSEN et al., 2015).

problemas comportamentais da criança estão independentemente associados. (KNUDSEN et al., 2015).

A utilização de modelos de equação de estimativa generalizada mostrou associação do uso pesado de álcool pela mãe e os problemas de comportamento de internalização e externalização de crianças na população. No entanto, tal associação desapareceu quando foram consideradas as fontes observadas e não observadas de confusão nos modelos de efeitos fixos³³, e houve uma redução ainda maior das estimativas com a inclusão de variáveis de confusão temporais³⁴, tais como a possível mudança de estado civil da mãe, a possível mudança do nível de sofrimento mental materno (avaliado com a versão de oito itens da *Hopkins Symptom Check-List - SCL-8*), bem como a vivência, no último ano, de quatro variáveis sobre eventos negativos da vida (se a própria mãe estava gravemente doente ou ferida; se alguém próximo à mãe estava gravemente doente ou ferido; se a mãe havia se envolvido em um acidente grave, incêndio ou roubo; ou se a mãe havia perdido alguém próximo a ela (KNUDSEN et al., 2015). Os dados mostram que, no momento que a criança tinha 36 meses de idade, um maior número de mães estavam solteiras, haviam passado por um evento negativo na vida e apresentavam níveis mais altos de sofrimento mental, quando comparadas com o momento que a criança tinha 18 meses de idade. (KNUDSEN et al., 2015).

Nenhum efeito causal foi encontrado entre o uso pesado de álcool materno pós-natal e problemas de comportamento de crianças pequenas: “os níveis aumentados de problemas de comportamento de crianças pequenas encontrados na população foram completamente explicados pelo controle de fatores de confusão observados e não observados em um modelo de efeito fixo.” (KNUDSEN et al., 2015, p.1274, tradução nossa), o que não quer dizer que os filhos pequenos dessa amostra de mães que fazem uso pesado de álcool não estejam sob risco aumentado (KNUDSEN et al., 2015).

Níveis aumentados de problemas de comportamento entre bebês de mães que fazem uso pesado de álcool provavelmente não são causados pelo comportamento de uso pesado de álcool em si, mas devem ser atribuídos a uma série de desafios e características problemáticas associadas a essas

³³ “(...) modelos de efeitos fixos são desenvolvidos para examinar o efeito das mudanças dentro de cada indivíduo (por exemplo, o efeito das mudanças do uso de álcool baixo / moderado para pesado) (...) descartando todas as informações sobre as diferenças entre os indivíduos. Se as variáveis preditoras variam muito entre os indivíduos, mas não dentro deles, ao longo do tempo, as estimativas de efeito fixo tornam-se bastante imprecisas. Modelos de efeitos fixos geralmente produzem estimativas com grandes erros padrão (...)” (KNUDSEN et al., 2015, p.1274-76).

³⁴ “Uma seleção de variáveis que apareceram no período de tempo entre as avaliações de 18 e 36 meses, e que foram consideradas como susceptíveis de afetar tanto o uso pesado de álcool pela mãe quanto os problemas de comportamento da criança, foram incluídas como potenciais confundidores da variação do tempo.” (KNUDSEN et al., 2015, p.1272).

mães, bebês e famílias. Isso deve ser levado em consideração quando as intervenções destinadas a famílias em risco identificadas pelo uso pesado de álcool pela mãe são planejadas e conduzidas. (KNUDSEN et al., 2015, p.1276, tradução nossa).

De acordo com esses resultados, seria improvável que intervenções que se limitem a ajudar a mãe a reduzir o uso de álcool tivessem um efeito sobre os problemas de comportamento da criança. (KNUDSEN et al., 2015).

4.2.1.7.2 Consumo alcoólico materno de risco e problemas emocionais e comportamentais na primeira infância

Um estudo longitudinal prospectivo norueguês buscou estimar o efeito do consumo alcoólico de risco em mães de crianças pequenas, nos problemas emocionais e comportamentais dos filhos, levando em consideração tanto os riscos ambientais quanto genéticos. A literatura costuma enfatizar de que forma os efeitos do transtorno por uso de álcool e do consumo pesado de álcool afetam o risco para problemas emocionais e comportamentais nos filhos. No estudo norueguês, destaca-se a importância de investigar como os tipos mais normativos de beber materno se associam a esses problemas, já que há mais mães que apresentam consumo alcoólico de risco³⁵ do que transtornos por uso de álcool (LUND et al., 2020).

Foram utilizados os dados do estudo de coorte MoBa³⁶. A amostra incluiu 34.039 crianças provenientes de 21.911 famílias nucleares (ou seja, filhos da mesma mãe) e 18.158 primos que tinham a mesma avó materna (família ampliada). Os dados sobre o consumo alcoólico das mães e os sintomas emocionais e comportamentais³⁷ dos filhos foram coletados quando as crianças tinham 1 ano e meio, 3 e 5 anos de idade. Os filhos de mães com consumo alcoólico de risco apresentaram maior probabilidade de problemas de comportamento do que filhos de mães com baixo consumo de álcool. Essa associação foi reduzida após ajuste para fatores na família alargada e na família nuclear, mas, ainda assim, permaneceu notável e significativa. O beber materno de risco teve uma associação menor com os problemas emocionais da prole e, após ajuste para fatores familiares, não se mostrou significativo. Os resultados indicam tanto a transmissão ambiental, quanto a familiar, do risco para problemas

³⁵ Neste estudo, o consumo de risco foi caracterizado como cinco ou mais doses de álcool nos fins de semana e três ou mais doses de álcool durante a semana.

³⁶ Estudo de coorte de mães, pais e filhos noruegueses (MoBa), cuja amostra inclui 114.000 crianças, 95.000 mães e 75.000 pais.

³⁷ Os sintomas foram avaliados pelas mães, segundo a versão reduzida do *Child Behavior Checklist*, para crianças de 1 ano e meio a 5 anos de idade (CBCL/1.5–5).

de comportamento e os autores citam os resultados diferentes de um estudo australiano, conduzido com filhos de gêmeos, no qual só foi evidenciada a transmissão genética do risco para problemas de comportamento³⁸. Conclui-se que os resultados sugerem uma associação entre o consumo de álcool materno de risco e problemas de comportamento da criança de 1 ano e meio a 5 anos, e que uma redução no consumo de álcool pela mãe poderia melhorar os resultados para essas crianças (LUND et al., 2020).

4.2.1.7.3 Problemas maternos com o álcool, sintomas de externalização e o papel protetor das práticas parentais positivas

Estudo longitudinal norte-americano com 1.563 famílias buscou examinar como o acolhimento (“warmth”) e a severidade/ aspereza (“harshness”) maternos³⁹ podem moderar a relação entre os problemas com álcool maternos (quando os filhos tinham 5 anos de idade) e dois aspectos do comportamento de externalização dos filhos: agressão e comportamentos de violação de regras (quando os filhos tinham 11 anos de idade) (CORNNERS-BURROW et al., 2015).

A amostra comunitária incluiu um amplo espectro de problemas com o álcool, desde níveis muito baixos, até o nível de dependência, ao contrário de amostras clínicas que tendem a incluir participantes com problemas de álcool mais severos, cujos filhos têm maior probabilidade de resultados comportamentais negativos com base em uma série de fatores de risco familiares e ambientais (CORNNERS-BURROW et al., 2015).

Os sintomas de problemas com álcool das mães (aos 5 anos de idade) foram preditivos de maiores problemas de comportamento de externalização – agressão e quebra de regras (aos 11 anos de idade). No entanto, quando as crianças recebem carinho e não são tratadas com severidade pelas mães, na primeira infância, a relação entre os problemas maternos com álcool e a agressão no final da infância ou na pré-adolescência diminui, mesmo em uma amostra parental não clínica, que também inclui níveis baixos de problemas com o álcool. Embora não haja uma relação tão consistente quanto a anterior, o estudo apresenta algumas evidências que sugerem que a associação com o comportamento de violação de regras

³⁸ WALDRON M, MARTIN NG, HEATH AC. Parental alcoholism and offspring behavior problems: findings in Australian children of twins. *Twin Res Hum Genet*, v.12, n.5, p.433–440, 2009.

³⁹ Foram utilizados os itens de observação das escalas de acolhimento e aceitação de *The Home Observation for Measurement of the Environment* (HOME). O acolhimento foi medido a partir da observação do cuidador em relação a seis itens: (a) elogiar espontaneamente a criança; (b) beijar, acariciar ou abraçar a criança; (c) conversar com a criança; (d) responder adequadamente às perguntas ou solicitações da criança; (e) responder de forma apropriada à linguagem da criança; e (f) deixar a criança se exhibir. A medida de aspereza/ severidade foi derivada da codificação reversa de três itens da escala de Aceitação de HOME e consistia em itens que mediam repreensão, palmadas ou tapas e contenção física da criança (CORNNERS-BURROW et al., 2015).

também pode ser diminuída quando as mães se mostram acolhedoras e não se envolvem em técnicas severas de criação de filhos (CORNNERS-BURROW et al., 2015).

Os resultados apontam para o papel protetor das práticas parentais positivas, no contexto de fatores de risco no nível familiar, já que elas servem como um amortecedor contra os resultados negativos da criança, no contexto de problemas maternos com o álcool. Deve-se estimular que essas mães participem de programas de manejo parental que se concentrem em aumentar o acolhimento e diminuir o uso de práticas parentais severas. Ademais, os pais e outros membros da família também devem manifestar um comportamento positivo, que poderia ajudar a compensar os efeitos geralmente negativos dos problemas maternos com o álcool (CORNNERS-BURROW et al., 2015).

4.2.1.8 Severidade do abuso alcoólico parental e transtornos mentais e comportamentais dos filhos

Estudo finlandês longitudinal retrospectivo, de base populacional, buscou avaliar se a severidade do abuso alcoólico parental se relaciona com transtornos mentais e comportamentais dos filhos e, também, avaliar a associação entre abuso alcoólico materno e paterno e risco de transtornos nos filhos. Foram utilizados registros de cuidados em saúde e de assistência social e as famílias estudadas participaram de um estudo de coorte. A amostra é composta por 57.377 filhos, 57.074 mães e 56.714 pais. Filhos e pais foram acompanhados desde o nascimento do filho até os seus 15 anos de idade. Foram comparados os filhos cujos pais biológicos tinham severos, menos severos, ou nenhum problema com álcool. (RAITASALO et al., 2019)

Os transtornos mentais ou comportamentais foram encontrados em 15,4% dos meninos e 9,0% das meninas. As análises mostraram que há associação positiva entre abuso de álcool parental e transtornos mentais e comportamentais nos filhos, mas as diferenças entre os grupos em que houve abuso menos grave e abuso grave não foram significativas (RAITASALO et al., 2019).

O risco de qualquer transtorno mental ou comportamental nos filhos era maior quando: (a) a mãe tinha problemas de abuso de álcool, sem que a gravidade do abuso de álcool fizesse diferença; (b) o pai apresentava abuso severo de álcool; (c) o pai ou a mãe recebiam benefício social de longo prazo (denotando fragilidade das condições de vida); (d) o pai ou a mãe apresentavam transtornos psiquiátricos. (RAITASALO et al., 2019).

O risco dos filhos para qualquer doença estudada era menor quando: (a) a escolaridade da mãe ou do pai era superior ao nível secundário; (b) os filhos moravam com o pai. No

entanto, morar com a mãe não foi relacionado ao risco dos filhos para qualquer categoria de transtorno estudado (RAITASALO et al., 2019).

As meninas apresentaram maior risco do que os meninos para transtornos do humor (depressão – com ou sem ansiedade associada – ou euforia) e menor risco para transtornos do desenvolvimento psicológico (em relação à fala, linguagem, capacidade de aprender, habilidades motoras e da interação social) (RAITASALO et al., 2019).

Conclui-se que o abuso de álcool parental tem um efeito negativo sobre o bem-estar psicológico dos filhos, que não depende da gravidade do problema com o álcool ou de outros transtornos psiquiátricos, do nível de educação dos pais, de dificuldades financeiras ou de condições de vida. O abuso de álcool pela mãe teve um efeito mais prejudicial do que o do pai. Os autores enfatizam o papel da mãe no bem-estar dos filhos em nossa cultura, e puderam que

Algumas das diferenças entre os efeitos do abuso de álcool materno e paterno podem ser explicadas pelo fato de que os pais que abusam do álcool não moram com os filhos com a mesma frequência que as mães que abusam do álcool (...) não moram com o pai/mãe que abusa do álcool provavelmente protegerá a criança contra os efeitos nocivos do abuso de álcool pelos pais (RAITASALO et al., 2019, p.919-920, tradução nossa).

É importante ressaltar que, embora os pais/mães com abuso de álcool menos grave enfrentassem menos problemas do que aqueles com abuso de álcool grave⁴⁰, seus filhos apresentavam riscos semelhantes para transtornos mentais e comportamentais (RAITASALO et al., 2019).

Considerando o contexto cultural de aceitação do álcool, os autores sugerem intervenções voltadas para toda a população, a fim de se reduzir o consumo do álcool em geral, por meio da realização de ações preventivas quanto aos danos infantis do uso parental de álcool. Outras ações apontadas são: (a) reconhecimento precoce da situação da família como fator crucial para a prevenção de problemas posteriores na vida das crianças; (b) intervenções mais longas realizadas na escola, na comunidade e na família, para o treinamento de habilidades familiares para o cuidado das crianças; (c) inclusão de toda a família nos serviços de tratamento de alcoolistas; (d) inclusão de escolas e creches como espaços de

⁴⁰ As mães com abuso de álcool grave tinham maior risco de dificuldades financeiras, de transtornos psiquiátricos e de não morar com a criança do que as mães com abuso de álcool menos grave. Os pais com abuso de álcool grave também tinham um risco maior de não viver com seus filhos do que aqueles com problemas de abuso menos graves. (RAITASALO et al., 2019).

reconhecimento dos problemas dos filhos, que oferecem apoio para os pais e os direcionam para serviços especializados (RAITASALO et al., 2019).

4.2.1.9 Admissões hospitalares parentais por distúrbios crônicos relacionados ao álcool e desempenho escolar abaixo da média nos filhos adolescentes

Estudo longitudinal sueco investigou as associações entre os transtornos parentais crônicos relacionados ao álcool⁴¹ e o desempenho escolar⁴² dos filhos aos 15-16 anos de idade (no último ano de escolaridade compulsória, antes de ingressarem no nível médio) e, especificamente, se as associações variavam de acordo com o gênero parental ou do(a) filho(a) e também se as associações foram mediadas por outras circunstâncias psicossociais adversas que comumente ocorrem junto com problemas parentais com álcool, como problemas parentais de saúde mental⁴³ ou comportamento parental criminoso⁴⁴. A amostra incluiu 740.618 indivíduos nascidos na Suécia, entre 1990-1996, que participaram de um estudo de coorte nacional. Foram utilizadas informações de registros nacionais suecos (BERG et al., 2016).

No que diz respeito às internações hospitalares relacionadas ao álcool, foi observado que: (a) foram quase três vezes mais comuns entre os pais do que entre as mães; (b) foram associadas a baixo nível de escolaridade parental; e (c) tenderam a aparecer fortemente em grupos com problemas psicossociais na família (as famílias em que um ou ambos os pais foram internados eram muito mais propensas a receber benefício social ou intervenções de bem-estar infantil) (BERG et al., 2016).

Os autores admitem duas vias principais para o efeito dos problemas parentais crônicos com o álcool no desempenho escolar dos(as) filhos(as): a biológica e a psicossocial.

⁴¹ “Os transtornos relacionados ao álcool foram definidos por pelo menos uma internação hospitalar com diagnóstico de Classificação Internacional de Doenças (CID) indicando um transtorno relacionado ao álcool, desde a data de nascimento até o 15º aniversário do(a) filho(a). (...) Os diagnósticos médicos relacionados ao álcool que não necessariamente implicam no uso indevido de álcool a longo prazo, como intoxicação por álcool que leva a cuidados médicos, foram excluídos da medida.” (BERG et al., 2016, p.1796-1797, tradução nossa).

⁴² “O desempenho escolar foi analisado em termos de notas, pontuação em testes nacionais de matemática e elegibilidade para o ensino médio. As notas resumem o desempenho durante os anos escolares obrigatórios finais (...). A pontuação nos testes de matemática baseou-se na soma de quatro testes nacionais de matemática realizados na nona série (...). Ter concluído o ensino fundamental com aprovação em matérias básicas (sueco, inglês e matemática) é obrigatório para a continuação dos estudos em programas de ensino médio.” (BERG et al., 2016, p.1797, tradução nossa).

⁴³ “Transtornos psiquiátricos parentais foram definidos por pelo menos um caso de hospitalização registrado com um diagnóstico principal indicando um transtorno psiquiátrico não relacionado ao abuso de substâncias, antes dos 15 anos do(a) filho(a). (BERG et al., 2016, p.1797, tradução nossa).

⁴⁴ Criminalidade parental grave foi definida como ter sido condenado(a) pelo menos uma vez, antes do 15º aniversário do(a) filho(a), por um crime grave ou reincidência, resultando em uma sentença de liberdade condicional, prisão ou cuidados psiquiátricos forenses (BERG et al., 2016).

A primeira é uma via biológica por meio da exposição fetal ao álcool antes do nascimento ou fatores genéticos associados a problemas com álcool, como uma competência cognitiva inferior à média, enquanto a segunda via ocorre por meio de outros fatores psicossociais adversos que comumente aparecem junto com problemas parentais com o álcool. (...) as análises demonstram a importância da via psicossocial. Uma alta porcentagem das famílias com morbidade parental relacionada ao álcool recebia benefício social, a maioria dos casais havia se separado antes do 16º aniversário do(a) filho(a) e uma grande proporção dos pais [e não de mães] nessas famílias havia cometido um crime grave. (BERG et al., 2016, p.1800, tradução nossa).

Filhos(as) que foram colocados(as) sob cuidados sociais em algum momento antes dos 15 anos de idade apresentaram notas mais baixas nos últimos anos escolares obrigatórios, pontuações mais baixas em testes de matemática realizados na nona série e integravam um grupo proporcionalmente maior de indivíduos não elegíveis para o ensino médio (ou seja, aqueles que não foram aprovados em matérias básicas, como sueco, inglês e matemática, no final do ensino fundamental). A situação de ser colocado sob cuidados sociais foi muito mais comum entre filhos de pais/mães que haviam sido internados no hospital com um transtorno relacionado ao álcool, especialmente quando a mãe era internada (BERG et al., 2016).

Quanto ao desempenho escolar dos FAs adolescentes estudados: (a) o transtorno parental crônico relacionado ao álcool foi associado a notas mais baixas durante os últimos anos escolares obrigatórios⁴⁵ e a pontuações mais baixas em testes de matemática realizados na nona série; (b) aproximadamente 20% dos filhos cujos pais/ mães foram internados por transtornos relacionados ao álcool não conseguiram ingressar no ensino médio (um aumento de duas a três vezes em relação a outros filhos), e um em cada cinco deles estava em educação especial, ou abandonou a escola antes da nona série; (c) a experiência de internação hospitalar relacionada ao álcool em pai e mãe, em comparação com apenas um deles, foi associada a um risco significativamente maior de notas mais baixas e pontuações mais baixas em testes de matemática; (d) enquanto o abandono escolar antes da nona série foi observado em 2,5% de toda a população estudada, para os filhos de mães internadas por transtornos crônicos relacionados ao álcool, este abandono foi de 6,9% e para os filhos de pais alcoolistas internados, o abandono escolar antes da nona série foi de 5,3% (diferenças estatisticamente significativas em comparação com outras crianças); (e) as internações maternas por transtornos relacionados ao álcool foram associadas a notas mais baixas e a um maior risco de não ingressar no ensino médio em meninas, quando comparadas aos meninos, mas nenhuma

⁴⁵ O ensino obrigatório é equivalente aos nove anos de ensino fundamental no Brasil.

diferença de gênero dos filhos foi observada em relação às internações hospitalares paternas relacionadas ao álcool (BERG et al., 2016).

Os autores concluem que, na Suécia, os transtornos parentais relacionados ao álcool estão associados a baixo desempenho escolar de seus filhos na idade de 15 a 16 anos, com a maioria dos efeitos estatísticos sendo atribuída a circunstâncias psicossociais da família (como transtornos psiquiátricos parentais, uso de drogas e criminalidade, bem como recebimento de benefícios sociais ou de bem-estar infantil), que costumam ocorrer junto com problemas parentais de álcool. Sugerem intervenções para melhorar o desempenho escolar de crianças de origens familiares desfavorecidas, como programas de tutoria (BERG et al., 2016).

4.2.1.10 Envolvimento do pai alcoolista com seu tratamento de 12 passos em ‘Alcoólicos Anônimos’ e comportamento dos filhos

Um estudo longitudinal testou a hipótese de que o maior envolvimento do pai alcoolista com o seu tratamento de 12 passos em “Alcoólicos Anônimos”⁴⁶ (AA) beneficiaria o comportamento posterior dos filhos, e que este efeito seria mediado pelos comportamentos do pai após o tratamento. A amostra incluiu 125 homens alcoolistas e seus filhos (com idades entre 4 e 16 anos), que residiam na mesma casa. Considerando a forte evidência de que AA seja um recurso benéfico de pós-tratamento para homens dependentes de álcool, porque contribui para sua maior abstinência, o estudo acompanhou a amostra durante 12 meses após o tratamento de alcoolismo do pai.

Os autores verificaram que: (a) o maior envolvimento dos pais no tratamento de 12 passos em AA foi preditivo de menores problemas de externalização nas crianças, 12 meses após; e (b) os comportamentos paternos pós-tratamento mediaram essa associação, ou seja, o maior envolvimento do pai com o tratamento foi preditivo de maior comparecimento às reuniões dos ‘Alcoólicos Anônimos’ pós-tratamento, o qual, por sua vez, foi preditivo de maior abstinência. Finalmente, (c) a abstinência paterna se associou com menores problemas de externalização nas crianças. O estudo não observou associação entre envolvimento dos pais com o tratamento de 12 passos e os sintomas de internalização, provavelmente porque tais sintomas se associam a outros fatores, além do alcoolismo paterno. Portanto, o maior envolvimento dos pais no tratamento beneficiaria não apenas os próprios participantes, mas

⁴⁶ “Alcoólicos Anônimos” se autodefinem como “uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo”. Utilizam o programa de recuperação de 12 passos e a ajuda mútua entre seus membros como método para recuperação do alcoolismo (JUNAAB, 2014, np.).

também seus filhos, ainda que indiretamente, em relação aos sintomas de externalização (ANDREAS; O'FARRELL, 2009).

4.2.2 ESTUDOS TRANSVERSAIS COMPARATIVOS (CASO-CONTROLE)

Alguns estudos transversais/ *surveys* comparativos buscaram investigar as consequências da convivência com o alcoolismo familiar para crianças e adolescentes (SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005; ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005a; CAPUTO; BORDIN, 2008; CAVADAS; FONTE, 2009; HINRICHES; DEFIFE; WESTEN, 2011; TORVIK et al., 2011; SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012; ROGNMO et al., 2012; VIDAL et al., 2012; PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016; IACOPETTI et al., 2018). Os resultados são apresentados a seguir.

4.2.2.1 Aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais

Dois artigos publicados por autoras brasileiras serão descritos em conjunto, porque apresentam os resultados e conclusões da mesma pesquisa que avaliou comparativamente FAs e filhos de não alcoolistas. No primeiro artigo, foram avaliadas vulnerabilidades das crianças em três domínios: (a) autoconceito (por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito); (b) desempenho escolar (por meio do Teste de Desempenho Escolar); e (c) comportamento (por meio da percepção das mães e da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter) (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005a). No segundo artigo, foram avaliados os aspectos: (a) cognitivo e (b) emocional (ambos por meio do Teste Desenho da Figura Humana); bem como o (c) comportamental (mesmo método citado acima) (SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005). A amostra incluiu 20 FAs (cujos pais – e não as mães – estavam internados em uma unidade psiquiátrica devido ao alcoolismo, excluindo-se outras causas de distúrbios mentais) e 20 filhos de não alcoolistas (selecionados nas mesmas escolas e séries escolares dos FAs), matriculados no Ensino Fundamental, e cada grupo foi formado por 10 meninos e 10 meninas. As crianças no primeiro estudo tinham idades entre 9 e 12 anos e, no segundo, entre 10 e 12 anos.

As autoras observaram que a convivência com pais alcoolistas ocasionou importante sofrimento psicológico e gerou vulnerabilidades para os FAs, que se manifestaram de forma mais frequente do que nos filhos de não alcoolistas, em diversos aspectos avaliados. Os resultados apontaram para:

(a) sofrimento emocional, com baixo autoconceito (quanto ao seu comportamento, sua aparência e atributos físicos, sua alegria e satisfação, sua condição intelectual e sua

popularidade), baixa autoestima, sentimento de inferioridade, timidez, insegurança, ansiedade, depressão;

(b) desempenho escolar inferior nas tarefas de leitura e aritmética; e

(c) índices mais altos de problemas de comportamento, os quais, segundo pais e professores, se traduziram em comportamento delinquente, impulsividade, déficit de atenção, hiperatividade e desajuste social. Segundo a percepção das mães, as crianças demonstraram: impaciência, irritação, agitação, desobediência e dependência (isto é, mostraram-se excessivamente “apegadas à mãe”) (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005a; SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005).

Nos indicadores emocionais, as meninas FAs se mostraram em desvantagem em relação aos meninos, porque além de baixa autoestima, elas revelaram sinais de dificuldade de relacionamento, que não foram observados nos meninos (SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005).

Apesar do comprometimento observado nos domínios emocional, acadêmico e comportamental, vale destacar os resultados positivos encontrados nos FAs avaliados segundo a escala comportamental infantil, como: desempenho cognitivo dentro da média, comportamentos adequados de regulação fisiológica (em relação ao sono, alimentação, digestão-eliminação), bom desenvolvimento na área da linguagem e a ausência de comportamento antissocial (como roubar, mentir). Tais habilidades são consideradas fatores de proteção (SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005).

4.2.2.2 Adaptação escolar

Partindo do princípio de que os filhos de abusadores de álcool, como um grupo, tendem a apresentar baixo desempenho acadêmico, um estudo transversal investigou a relação entre o beber parental e a adaptação escolar. Esta foi avaliada segundo a presença de: (a) problemas de atenção; (b) problemas de conduta; (c) satisfação com os resultados acadêmicos; e (d) satisfação com a escola em geral. A amostra envolveu 8.984 adolescentes, entre 13 e 19 anos de idade, de um município norueguês. Foram analisados relatos independentes dos pais, das mães e dos adolescentes (TORVIK et al., 2011).

Verificou-se que os filhos de abusadores de álcool tiveram pontuação moderadamente elevada para distúrbios de atenção e de conduta na escola, e que o abuso alcoólico parental é um fator de risco independente para esses distúrbios (apenas as dimensões de externalização foram associadas com o abuso de álcool parental). Além disso, o beber abusivo materno foi particularmente preditivo de alta pontuação para os problemas citados, quando comparado ao

beber abusivo paterno. O aparente risco mais elevado associado às mães pode ser explicado pelo enfraquecimento do papel do cuidador primário, normalmente realizado pela mãe, ou pelo fato de ela beber durante a gravidez. Outra explicação seria o fato de que, em média, as mulheres bebem menos do que os homens, e, portanto, o beber patológico em mulheres poderia indicar um fator de estresse mais grave, ou maior vulnerabilidade hereditária para problemas de controle de impulso, do que o beber patológico paterno. O beber materno pode ter um efeito parcialmente mediado pela angústia mental do adolescente (TORVIK et al., 2011).

Os filhos de homens abusadores de álcool com um relacionamento rompido estavam particularmente em risco para problemas de atenção, não sendo observadas diferenças por idade ou sexo nesse aspecto. Os autores consideram que este pode ser um exemplo do prejuízo resultante do acúmulo de fatores de risco (TORVIK et al., 2011).

O estudo não encontrou associação entre o beber pesado parental e a insatisfação com a escola em geral, ou a insatisfação com os resultados acadêmicos. Os autores sugerem que a falta de associação entre o abuso de álcool parental e a satisfação com a escola poderia ser explicada pelo fato de a escola representar uma fuga para alguns adolescentes de um ambiente familiar problemático. FAs gostam da escola tanto quanto as outras crianças, apesar de terem mais problemas de atenção e de conduta (TORVIK et al., 2011).

A associação entre o consumo de álcool relatado pelos pais e adaptação escolar foi modesta em relação ao abuso de álcool sem comorbidades. Entretanto, testemunhar a embriaguez dos pais foi mais fortemente preditivo de dificuldades de adaptação escolar, o que sugere que a associação entre a adaptação escolar e uso de álcool parental parece ser mediada por ver os pais embriagados (TORVIK et al., 2011).

4.2.2.3 Percepção dos problemas parentais de álcool, relacionamentos pais e filhos e sintomas de internalização

Estudo transversal comparativo dinamarquês testou a hipótese de que os jovens que percebem os problemas parentais de álcool (casos), quando comparados aos jovens sem problemas parentais de álcool percebidos (controles), têm: (a) relacionamentos pais e filhos mais precários⁴⁷; e (b) mais problemas de internalização (tais como frequentes sintomas

⁴⁷ Diferentes itens mediram a precariedade dos relacionamentos entre pais/mães e filhos: (a) a dificuldade de comunicação com a mãe ou pai foi medida pela pergunta "quão fácil é conversar com sua mãe / pai sobre coisas que realmente te incomodam?"; (b) a falta de interesse dos pais foi medida pela pergunta "com que frequência você acha que seus pais estão interessados em como você se sente?"; (c) a falta de confiança dos pais foi medida

emocionais, baixa autoestima, solidão e depressão). Foram também testadas outras possíveis associações⁴⁸ a sintomas emocionais frequentes (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

A amostra da pesquisa incluiu 71.988 alunos do ensino médio e do ensino profissional (“*vocational*”), com idades entre 12 e 25 anos, provenientes de 119 escolas e 3.186 turmas, que foram recrutados ao longo de 2014, e responderam a questionários eletrônicos.

Os problemas parentais de álcool percebidos foram significativamente associados a: (a) maior probabilidade de sintomas emocionais frequentes, depressão, baixa autoestima e solidão entre meninos e meninas; e (b) relacionamentos pais/mães-filhos(as) mais precários, caracterizados por dificuldades de comunicação com a mãe ou o pai, falta de interesse parental e falta de confiança parental. As associações não foram significativamente mais fortes para problemas de álcool da mãe ou se o/a jovem vivia com os pais com problemas de álcool percebidos (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

As análises comparativas entre os grupos (caso e controle) evidenciaram que as maiores chances de experimentar sintomas emocionais frequentes foram associadas a: (a) meninos e meninas com problemas parentais de álcool percebidos que relataram com maior frequência experiências traumáticas quando os pais/mães bebiam (sentiam-se inseguros, ou os pais gritavam com eles, ou eram repreendidos por seus pais quando estavam afetados pelo álcool). Particularmente os filhos do sexo masculino, que relataram terem se sentido frequentemente inseguros por causa do beber parental, tinham chances três vezes maiores de sintomas emocionais frequentes do que seus pares; (b) filhos do sexo masculino que percebiam os problemas parentais de álcool em relação aos pais, às mães, aos padrastos ou madrastas e também ao pai e à mãe simultaneamente; (c) meninas com problemas de álcool percebidos em relação ao pai e à mãe simultaneamente (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

Os autores afirmam que o estudo se alinha à literatura ao concluir que os filhos que convivem com problemas parentais de álcool são mais vulneráveis a problemas de saúde mental do que outras crianças. A percepção do problema expôs os jovens dinamarqueses ao maior risco para sintomas de internalização e a relacionamentos pais-filhos mais pobres, outro aspecto presente na literatura, ao apontar que a qualidade do relacionamento dos filhos com a

pela pergunta "com que frequência você acha que seus pais confiam em você?". (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

⁴⁸ Ter uma mãe (e não o pai) com problemas com álcool; morar com um(a) pai/mãe com problemas com álcool; sentir-se inseguro, ser tratado aos gritos ou ser repreendido por causa dos problemas parentais com álcool. (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

mãe e o pai que apresentam problemas com o álcool tem associação com o humor depressivo nos filhos. Por outro lado, os autores não encontraram diferenças de gênero em relação aos sintomas de internalização, apontadas em outros estudos, nem a maior frequência de sintomas emocionais associados ao alcoolismo materno, quando comparado ao alcoolismo paterno, o que pode ser parcialmente explicado pelo alto nível de igualdade de gênero em relação às responsabilidades parentais na sociedade dinamarquesa (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016).

4.2.2.4 Abuso materno de álcool e sofrimento mental: ansiedade e depressão

Estudo transversal norueguês buscou avaliar o grau em que o abuso de álcool materno e paterno está relacionado ao sofrimento mental dos filhos adolescentes (ansiedade e depressão)⁴⁹, usando uma amostra de base populacional, ao contrário de outros estudos sobre o tema que utilizam amostras clínicas ou comunitárias, de generalização limitada. Baseia-se em dados de questionário da segunda onda do Nord-Trøndelag Health Study (HUNT 2 e YoungHUNT), na Noruega, e a coleta de dados foi realizada entre 1995 e 1997. A amostra incluiu 4.012 tríades de pai, mãe e filho(a) (ROGNMO et al., 2012).

Os resultados não mostraram qualquer efeito do abuso de álcool paterno sobre o sofrimento mental dos filhos. No entanto, o abuso de álcool materno foi significativamente preditivo de sofrimento mental da prole, embora os efeitos tenham sido relativamente pequenos e parcialmente mediados pelo sofrimento mental parental, pela rede social dos filhos e pelo funcionamento da escola. Aponta-se novamente a possibilidade de maior vulnerabilidade dos filhos ao abuso de álcool materno do que paterno, porque as mães tendem a ocupar um papel de cuidador mais importante do que os pais. Outra explicação aventada é que o abuso alcoólico materno, sendo uma condição mais rara do que o paterno, poderia levar a mais estigma social ou piores consequências sociais para os filhos. De fato, “a rede social da prole parece mediar parcialmente o efeito do abuso materno, indicando que ter uma mãe que abusou do álcool pode dificultar a obtenção de amigos íntimos, o que, por sua vez, causa problemas de internalização.” (ROGNMO et al., 2012, p.9).

Os pequenos efeitos observados sugerem que filhos adolescentes de pais que abusam do álcool em geral se saem muito bem (ROGNMO et al., 2012).

⁴⁹ O sofrimento mental dos filhos foi medido pela versão resumida da *Symptom Checklist-25*, a *Symptom Checklist-5* (SCL-5), que consiste em cinco itens, dos quais dois medem sintomas de ansiedade e três medem sintomas de depressão.

4.2.2.5 Transtorno Depressivo Maior em filhos de dependentes do álcool/ heroína

Um estudo transversal suíço sobre o risco para transtornos mentais na prole de dependentes do álcool e de dependentes de heroína foi realizado com amostra de 276 crianças, entre 6,0 e 17,9 anos de idade (101 filhos de dependentes do álcool, 23 filhos de dependentes de heroína e 152 controles), além de seus pais e mães (VIDAL et al., 2012).

Foi observada forte associação entre dependência de álcool e dependência de heroína parentais e transtorno depressivo maior (TDM) recorrente nos filhos. O resultado não foi associado a transtornos por álcool ou outras drogas do cônjuge do dependente (pai ou mãe biológicos), nem foi motivado por transtorno do humor do cônjuge, tampouco pelo fator familiar ‘coabitar com os dois pais’. Filhos de dependentes de álcool ou de heroína tiveram índices elevados em aproximadamente oito vezes de TDM recorrente. Ter pelo menos um pai/mãe biológico(a) não afetado(a) pela dependência de álcool ou dependência de heroína provavelmente é um efeito protetor para a criança. Os autores alertam para a necessidade de rápida identificação e tratamento dessa prole e destacam a necessidade de prestar atenção clínica não só ao paciente, mas também ao cônjuge, a fim de otimizar a prevenção nos filhos (VIDAL et al., 2012).

4.2.2.6 Eventos de vida, estilos de enfrentamento e bem-estar psicológico / resiliência dos FAs

Estudo observacional italiano teve por objetivo verificar: (a) se crianças que vivem com pais/mães que consomem álcool de forma prejudicial apresentam estilos de enfrentamento específicos diante de eventos da vida⁵⁰, bem como (b) se essas crianças apresentam certos níveis de bem-estar psicológico que possam influenciar o risco de ocorrência de eventos negativos na vida. Caso estes aspectos se confirmassem, os estilos de enfrentamento e o bem-estar psicológico poderiam ser alvos de intervenções destinadas a proteger os FAs de múltiplos eventos negativos, fortalecendo sua saúde mental (IACOPETTI et al., 2018).

Foram selecionados filhos entre 13 e 23 anos, que moravam com pelo menos um dos pais que sofria de transtorno do uso de álcool, e que era tratado em um serviço terciário (ou seja, casos graves de alcoolismo). A amostra incluiu 45 FAs e 45 filhos de pais que não

⁵⁰ "Os eventos de vida podem ser subjetivamente definidos como negativos, neutros ou positivos com base no impacto do evento percebido na vida do sujeito, no momento da ocorrência (ou seja, mudança negativa, nenhuma mudança e mudança positiva)" (SARASON; JOHNSON; SIEGEL, 1978 apud IACOPETTI et al., 2018, p.157).

consomem álcool de forma prejudicial, pareados por sexo e idade, sendo todos brancos e solteiros (IACOPETTI et al., 2018).

Além da coleta de dados sociodemográficos e clínicos, os participantes foram avaliados por meio de diferentes instrumentos: (a) MINI – Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*International Neuropsychiatric Interview*) para transtornos psiquiátricos; (b) Lista de Verificação de Diagnóstico DSM - IVTR para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e para transtorno desafiador de oposição (TDO); (c) Apêndice Eventos de Vida do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota - Adolescente (*Appendix Life Events of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent*); (c) Inventário de Enfrentamento para Situações estressantes (*Coping Inventory for Stressful Situations*), desenvolvido para avaliar três possíveis estilos de enfrentamento: orientado para a tarefa (o indivíduo enfrenta os problemas adotando uma abordagem ativa e produtiva), orientado para a emoção (o foco é a redução do estresse por meio de reações emocionais) e enfrentamento orientado para a evitação (o indivíduo evita situações estressantes por meio de estratégias ou comportamentos como distração e diversão social); e (d) escalas de Bem-Estar Psicológico (*Psychological Well-Being scales*), com seis dimensões que incluem autonomia (independência e autodeterminação), domínio ambiental (capacidade de gerenciar a própria vida), crescimento pessoal (abertura a novas experiências), relações positivas com os outros (vivência de satisfação e relacionamentos de alta qualidade), propósito na vida (crença de que a vida de uma pessoa tem sentido) e autoaceitação (atitude positiva em relação a si mesmo e a sua vida passada). (IACOPETTI et al., 2018).

Os FAs estudados apresentaram taxas de transtornos psiquiátricos quatro vezes maiores do que os controles, com destaque para suicídio e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). A diferença entre os grupos no que diz respeito à TDAH nos FAs também foi estatisticamente significativa, enquanto nenhuma diferença foi encontrada quanto à TDO.

Quando comparados ao grupo controle, os FAs apresentaram mais eventos de vida no período de seis meses antes da avaliação, principalmente eventos negativos e neutros, bem como níveis mais baixos de bem-estar psicológico (no escore total e nas subescalas domínio ambiental, propósito na vida e autoaceitação). Não houve diferença estatisticamente significativa para os estilos de enfrentamento (IACOPETTI et al., 2018).

O risco de ter experimentado pelo menos um evento negativo ou neutro na vida foi maior (a) em filhos que moram com pais/mães que consomem álcool de forma prejudicial do que em seus pares; e (b) nos filhos dos dois grupos com menor bem-estar psicológico. O

estudo observou ainda que o risco de ter tido um evento positivo na vida não estava relacionado ao consumo parental de álcool, mas ao enfrentamento evitativo e aos comportamentos de baixa autoaceitação (IACOPETTI et al., 2018).

Foi também observado que os FAs têm dificuldade em administrar as atividades cotidianas, sentem-se incapazes de mudar ou melhorar o ambiente ao redor, não percebem as oportunidades ao seu redor e têm um senso de controle insuficiente sobre o mundo externo, o que possivelmente se relaciona ao fato de viverem em um ambiente imprevisível e pouco manejável. Além disso, eles se sentem insatisfeitos consigo mesmos e decepcionados com o que ocorreu em sua vida passada, e têm dificuldade em reconhecer ou aceitar vários aspectos de si próprios, incluindo qualidades boas e más, desejando ser diferentes do que são. Demonstram ainda falta de sentido na vida, insuficiência de objetivos ou metas, falta de direção, baixa percepção do propósito da vida passada e carência de perspectivas ou crenças que deem sentido à vida.

Os autores concluem que os FAs parecem necessitar de proteção contra os eventos de vida negativos e neutros e de intervenções para melhorar seu bem-estar psicológico. Sugerem: (a) que sejam usados, nos ambientes escolares, os protocolos baseados em terapia de bem-estar, o que poderia promover mecanismos de resiliência e bem-estar psicológico em crianças e adolescentes; e (b) que se fortaleça a responsividade dos pais de forma consistente e adequada para encorajar resultados resilientes (IACOPETTI et al., 2018).

4.2.2.7 Subtipos de personalidade em adolescentes filhos de alcoolistas

Em estudo descritivo, realizado nos Estados Unidos, foi observado que há heterogeneidade de personalidades entre os FAs. Foram observados cinco subtipos de personalidade tanto no grupo de filhos adolescentes, quanto no grupo de filhos adultos de alcoolistas (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

Particularmente em relação aos adolescentes, a amostra incluiu 229 adolescentes FAs (os familiares alcoolistas podiam ser mãe, pai, madrasta ou padrasto) e 266 controles. O estudo aponta para a heterogeneidade de personalidades entre os FAs e deduz empiricamente cinco subtipos de personalidade que serão descritos em relação ao grupo de adolescentes: de Externalização/ irritado/ raivoso; Desajeitado/ inibido/ (de internalização); Hiperconsciente / de alto desempenho; Emocionalmente desajustado; e Sexualizado / Autodestrutivo (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

Ao estudar o grupo de filhos adultos de alcoolistas (n = 356), comparando-os com o grupo controle (n = 266), os autores também deduziram empiricamente cinco subtipos de

personalidade, sendo quatro desses altamente semelhantes nos dois grupos etários, a saber: personalidade de externalização, personalidade inibida, personalidade emocionalmente desajustada, e personalidade de alto desempenho. O subtipo Sexualizado / Autodestrutivo foi observado somente no grupo dos FAs adolescentes. Segundo os autores, não é possível assumir que o alcoolismo dos pais cause os subtipos identificados (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

4.2.2.7.1 *Subtipo de Externalização/ irritado/ raivoso*

O perfil dos adolescentes descrito neste subtipo (n = 76) se caracteriza por tendência a ser:

- rebelde: desafia figuras de autoridade, é opositor, “do contra” e rápido para discordar;
- irritado/ raivoso: tendência consciente ou inconsciente a estar zangado ou hostil, tentando, desta forma, evitar se sentir desamparado ou deprimido. Sua raiva é desproporcional à situação que a motivou;
- manipulador: tende a ser crítico e a culpar os outros ou as circunstâncias por seu próprio insucesso, ou por suas próprias falhas; atribui suas dificuldades a fatores externos, ao invés de aceitar a responsabilidade por suas próprias escolhas, ou por seu comportamento. Tende a se sentir incompreendido, maltratado, ou vitimizado;
- impulsivo: age sem pensar, ou sem se preocupar com as consequências; e
- enganoso/fraudulento, busca tirar vantagem dos outros.

Este grupo também demonstrou características psicopatológicas, como falta de arrependimento, indiferença às consequências e falta de empatia (parece incapaz, ou não quer entender/ responder às necessidades ou sentimentos dos outros). De acordo com as expectativas dos autores, “esses adolescentes apresentaram taxas significativamente maiores de transtorno por abuso de substâncias e de transtorno de personalidade antissocial.” Verificou-se também que os adolescentes incluídos neste perfil mostraram “desempenho adaptativo global pobre, desempenho escolar fraco, bem como um ambiente adverso na infância, com rompimento do apego/vínculo na infância, abuso físico, psicopatia na infância, e história familiar de criminalidade.” (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011, p.18).

4.2.2.7.2 *Subtipo Desajeitado/ inibido*

Este subtipo (n = 44) foi caracterizado por:

- falta de habilidades sociais: tende a ser tímido/envergonhado, ou socialmente desajeitado/ constrangido/ embaraçado; tende a evitar, ou tentar evitar, situações sociais por causa do medo de passar vergonha ou humilhação;
- falta de relacionamentos: faltam-lhe amizades próximas (tende a se sentir rejeitado ou como um estranho, e a ser ignorado, negligenciado, ou evitado pelos colegas);
- sentimento de abandono;
- sentimento de inadequação: tende a se sentir inferior ou fracassado;
- sentimento de depressão: tende a se sentir infeliz, deprimido ou desanimado;
- sentimento de impotência: tende a desistir rapidamente quando frustrado ou desafiado;
- tendência a ser passivo e não assertivo.

Os adolescentes deste grupo apresentaram déficits sociais e problemas de internalização. Apresentaram também as maiores taxas de transtorno de personalidade esquiiva e fraco desempenho escolar. (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

4.2.2.7.3 Subtipo *Hiperconsciente / de alto desempenho*

O grupo de adolescentes deste subtipo (n = 46) demonstrou:

- tendência a ser consciente e responsável;
- tendência a ser apreciado por outras pessoas;
- tendência a ser articulado, se expressar bem verbalmente, ser assertivo;
- tendência a ter um bom senso de humor, mas também tendência a se sentir ansioso, culpado, infeliz, deprimido ou desanimado;
- gosto por desafios; tem prazer em realizar as coisas;
- presença de padrões morais e éticos e esforço ao máximo para viver de acordo com eles, o que pode ocasionar sentimentos de depressão, culpa e ansiedade;
- capacidade de sustentar relações significativas, caracterizadas por intimidade e cuidado verdadeiros;
- *empatia*: sensível e receptivo às necessidades e sentimentos de outras pessoas.

Foram também observadas neste grupo variáveis associadas com a afetividade negativa, como tendência a se sentir culpado(a) e a ser autocrítico(a), e uma expectativa de ser perfeito. De acordo com as expectativas dos autores, “os adolescentes se associaram a desempenho adaptativo global alto, bom desempenho escolar e apresentaram associação negativa com a maioria dos fatores de risco de desenvolvimento e familiares.” (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011, p.19).

4.2.2.7.4 *Subtipo Emocionalmente desajustado*

O grupo de adolescentes deste subtipo (n = 28) apresentou:

- muitos transtornos de personalidade ‘borderline’/ limítrofe;
- problemas com a formação da identidade;
- impulsividade;
- notável tendência para as emoções saírem de controle, conduzindo a extremos de ansiedade, tristeza, ou raiva desproporcionais à situação; as emoções tendem a mudar com rapidez e imprevisivelmente, e são expressadas de forma intensa, exagerada e teatral. Quando descontrolado, tem dificuldade de perceber as qualidades positivas e negativas na mesma pessoa e ao mesmo tempo (por exemplo, pode ver os outros em termos de preto ou branco, mudando subitamente a visão que tem sobre alguém que cuida dele/dela, para uma imagem de pessoa maléfica e intencionalmente prejudicial, etc.);
- tendência a ter reações extremas diante de críticas, ou quando seus deslizes são percebidos (por exemplo, pode reagir com raiva, humilhando, etc.);
- tendência a se tornar irracional quando suas fortes emoções são incitadas, podendo mostrar um declínio significativo do nível habitual de desempenho;
- tendência a ser carente, ou dependente;
- dificuldade de se acalmar em momentos de angústia emocional, sem a ajuda de outra pessoa (dificuldade de regular suas próprias emoções). Quando angustiado/aflito, tende a reagir de forma regredida/ imatura (por exemplo, agarrando-se às pessoas, choramingando/ lamentando-se, ou tendo acessos de raiva).

Este grupo se caracterizou por experiências emocionais intensas e instabilidade relacional. Conforme as expectativas dos autores, os adolescentes deste grupo tinham altas taxas de transtornos de personalidade ‘borderline’/ limítrofe, e se associavam com pior desempenho adaptativo global, tentativas de suicídio e internações, ambiente adverso na infância, e abuso físico e sexual (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

4.2.2.7.5 *Subtipo Sexualizado / Autodestrutivo*

O perfil dos adolescentes deste grupo (n = 14) se caracterizou por tendência a:

- abuso de álcool, bem como a buscar vibrações, novidade, excitação, etc. (parecem requerer um nível elevado de estímulos);
- proximidade de colegas delinquentes ou profundamente alienados;
- sentimentos de vazio doloroso (por exemplo, pode se sentir perdido, desolado, miseravelmente sozinho, mesmo na presença de outros, etc.);

- fuga de casa;
- envolvimento com comportamento de automutilação (por exemplo, autocorte, autoqueima, etc.);
- apego de forma rápida ou intensa, desenvolvendo sentimentos e expectativas que não são justificados pela história ou pelo contexto da relação;
- atração por relacionamentos fora da família nos quais ele/ ela é abusado(a) emocional ou fisicamente, ou exposição a situações perigosas desnecessárias (por exemplo, andar sozinho ou encontrar estranhos em locais perigosos);
- ser sexualmente provocante ou sedutor(a) (tende a usar excessivamente seus atributos físicos para chamar a atenção, a flertar inadequadamente e a se preocupar com a conquista sexual).

Conforme as expectativas dos autores, estes adolescentes mostraram altas taxas de transtorno de abuso de substâncias e de transtornos de personalidade ‘borderline’/ limítrofe, e tinham maior probabilidade de terem sido abusados sexualmente (HINRICHS; DEFIFE; WESTEN, 2011).

4.2.2.8 Uso frequente de álcool ou outras drogas por familiar e gravidez na adolescência

Um estudo transversal brasileiro buscou analisar fatores individuais e familiares associados à gravidez na adolescência, incluindo o uso frequente de álcool⁵¹ e de drogas ilícitas por familiar. A amostra incluiu 408 adolescentes escolares sexualmente ativas, entre 13 e 17 anos de idade, de um município do interior de São Paulo, em 2003 e 2004. Os casos eram 100 primigestas, atendidas em programas de pré-natal de unidades de saúde, e os controles, 308 estudantes que nunca haviam engravidado, e eram provenientes de oito escolas estaduais. O estudo concluiu que o uso frequente de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio é um fator fortemente associado à gravidez na adolescência, independentemente dos demais. No entanto, ao contrário do que é aceito na literatura, quando o pai da adolescente é o alcoolista, as autoras deste trabalho não encontraram associação entre gravidez na adolescência e uso frequente de álcool por familiar (CAPUTO; BORDIN, 2008).

4.2.3 OUTROS ESTUDOS TRANVERSAIS

Outros estudos transversais buscaram estudar os FAs sem compará-los com crianças de baixo risco (SALCEDO; CARVALHO, 2005; SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012; FIGLIE et al., 2004) e são apresentados a seguir.

⁵¹ O uso frequente de álcool, no estudo de Caputo e Bordin (2008), foi considerado quando algum morador da casa bebia a ponto de ficar embriagado mais de uma vez por semana, nos últimos 12 meses.

4.2.3.1 Relações familiares, desempenho intelectual e problemas de comportamento na criança

Um estudo transversal brasileiro buscou avaliar a presença de conflito e afetividade na relação entre pai-filho(a) e mãe-filho(a), no contexto do alcoolismo paterno, e se estas relações tinham associação com problemas de comportamento da criança. A amostra incluiu 28 sujeitos de famílias de classe social baixa: 14 filhos de pai alcoolista, na faixa etária de 9 a 11 anos de idade (57% meninas e 42% meninos); e 14 mães das crianças. Foram avaliados: (a) a intensidade de afetividade e conflito nas díades familiares (por meio do Familiograma); (b) desempenho intelectual da criança (por meio do Teste das Matrizes Coloridas de Raven Escala Avançada); e (c) presença de problemas de comportamento (por meio da Escala Comportamental Infantil de Rutter). Os resultados observados foram: (a) na avaliação intelectual, 42,8% das crianças apresentaram resultados na média esperada para sua faixa etária, 35,71% tiveram resultados indicativos de capacidade cognitiva levemente abaixo da média e 21,42% se situavam abaixo da média; (b) segundo a percepção da criança, a relação mãe-filho(a) tem mais afetividade e é mais próxima, quando comparada à relação pai-filho(a); (c) quanto menos afetividade a criança percebia em sua relação com a mãe, mais sinais de problemas de comportamento ela apresentava; e (d) o alcoolismo paterno repercutiu negativamente no relacionamento familiar e, conseqüentemente, no comportamento dos filhos (SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012).

O estudo sugere que a relação distante com o pai alcoolista e a pouca afetividade entre mãe-filho(a) podem estar relacionadas com problemas de comportamento entre FAs. A dependência paterna do álcool provavelmente impede a construção de vínculos de intimidade e proximidade entre pai-filho(a) e, desse modo, a criança tende a perceber mais afetividade na sua relação com a mãe. O distanciamento ou ausência do pai, provavelmente devido ao alcoolismo, foram associados a mudanças nas relações afetivas estabelecidas entre mãe-filho(a), bem como com sinais de problemas de comportamento e dificuldades cognitivas na criança. A pouca afetividade entre mãe-filho(a), no contexto do alcoolismo paterno, foi associada com possíveis sinais de problemas de comportamento nos filhos (SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012).

4.2.3.2 Avaliação de filhos de dependentes químicos e alternativas de intervenção e tratamento para essa população

Um estudo transversal brasileiro buscou investigar o perfil de crianças, adolescentes e familiares em um serviço de prevenção seletiva⁵² para filhos de dependentes químicos, bem como discutir alternativas de intervenção e tratamento para essa população. Foram entrevistadas 63 famílias, com 54 crianças e 45 adolescentes, provenientes de um bairro da periferia do município de São Paulo. Das 63 famílias de dependentes químicos estudadas, 75% apresentavam dependência do álcool (FIGLIE et al., 2004).

4.2.3.2.1 Na infância

As 54 crianças, com idades de 4 a 10 anos, foram avaliadas por meio do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. Em sua maioria, os desenhos foram considerados regredidos para a idade (66,7%). De acordo com a análise do tamanho da figura, verificou-se que grande parte apresentou características de inibição, desajuste ao meio, repressão à agressividade, fator somático (caso de desnutrição), timidez e sentimento de inferioridade (94,4%). Segundo a análise dos detalhes nos desenhos, foram evidenciados sentimento de vazio e energia reduzida, características de indivíduos que utilizam defesas pelo retraimento e, às vezes, depressão (79,6%). Ademais, as características obtidas pelo conteúdo dos desenhos e estórias revelaram alto índice de carência afetiva (88,9%); concretude no pensamento (79,6%) – que associada a outras características também observadas, como capacidade de imaginação rebaixada (46,3%), apatia (53,7%) e privação de estimulação durante o desenvolvimento podem, segundo a literatura, ocasionar um rebaixamento cognitivo; conflito familiar (77,8%); dificuldades no relacionamento familiar (70,4%); isolamento (66,7%); abandono (64,8%); rebaixamento da autoestima (63%); e utilização de defesas como a negação de problemas (61,1%), evidenciando um empobrecimento na capacidade de solucioná-los. Por outro lado, também foram verificados resultados favoráveis: a análise da pressão ao desenhar revelou que muitos apresentaram bom nível de energia (72,2%); a caracterização do traço evidenciou bom tônus, o que é indicativo de equilíbrio emocional e mental (44,4%); e a análise do conteúdo dos desenhos e estórias mostrou ainda maturidade precoce (48,1%) e autoestima adequada (33,3%) (FIGLIE et al., 2004).

⁵² A prevenção seletiva é aquela dirigida a uma determinada população vulnerável (FIGLIE et al., 2004, p.58).

4.2.3.2.2 *Na adolescência*

O mesmo estudo avaliou 45 adolescentes, entre 11 e 18 anos de idade, por meio do “*Drug Use Screening Inventory*” (DUSI - Inventário de Triagem de Uso de Drogas), um instrumento constituído por 149 questões que abordam as seguintes áreas: uso de substâncias; padrão de comportamento; estado de saúde; desordens psiquiátricas; competência social; sistema familiar; ajustamento escolar; ajustamento de trabalho; lazer; e grupo de igualdade de relações (FIGLIE et al., 2004, p.56). Os maiores índices de problemas foram observados nas áreas que se referem a desordens psiquiátricas (41,1%), sociabilidade (41,6%), sistema familiar (41,9%) e lazer/recreação (40%) (FIGLIE et al., 2004).

4.2.3.2.3 *Dinâmica familiar*

Todos os membros da família que convivem com um alcoolista não recuperado estão sujeitos a maior estresse, e entre os estressores familiares, o estudo destaca as agressões físicas (54%); a morte de familiares (41%); e os problemas policiais (31%) (FIGLIE et al., 2004). Qualquer mudança nas relações familiares é percebida como uma ameaça, o que conduz a uma progressiva rigidez tanto da interação entre esses membros, quanto da função de cada um: “Os papéis tornam-se cristalizados em interações estereotipadas, com a simultânea evitação de experiências e informações novas e diferenciadas, e a patologia do indivíduo passa a manter o sistema e o funcionamento familiar” (ANDOLFI et al., 1984 apud FIGLIE et al., 2004, p. 60).

4.2.3.2.4 *Alternativas de intervenção*

A progressiva rigidez da interação que se estabelece entre os membros da família requer uma intervenção familiar, a fim de facilitar o convívio mais saudável entre eles (FIGLIE et al., 2004). Nessa perspectiva, destaca-se o papel do cônjuge não dependente: “Cada membro da família pode ser afetado de forma diferente e, neste sentido, a resiliência do cônjuge não-dependente químico é um fator-chave nos efeitos dos problemas que causam impacto nos filhos.” (FIGLIE et al., 2004, p.59).

As autoras consideram que os resultados favoráveis observados em algumas crianças do estudo permitem inferir seu potencial de desenvolvimento, e justificam a intervenção preventiva como um caminho para prevenir diagnósticos psiquiátricos futuros (FIGLIE et al., 2004). Recomenda-se que a intervenção preventiva ocorra na idade de iniciação do consumo de substâncias, ou seja, entre 10 e 13 anos: “A partir dessa idade, o impacto mostra-se

reduzido, o que justifica a maior frequência no serviço de faixa etária inferior e a dificuldade na faixa etária superior, em termos de aderência.” (FIGLIE et al., 2004, p. 61).

A observação de maior intensidade de problemas na área de lazer e recreação para os adolescentes aponta para a necessidade de políticas públicas voltadas para o jovem, que ofereçam condições e atividades nesse âmbito (FIGLIE et al., 2004).

O estudo conclui que há necessidade de um serviço especializado de prevenção seletiva, dirigido a crianças, adolescentes e familiares afetados pela dependência de álcool e outras drogas, diante do risco para o desenvolvimento de problemas biopsicossociais em filhos de dependentes de substâncias, e destaca algumas características necessárias ao seu bom funcionamento:

a organização desse tipo de serviço necessita não apenas de tratamento, mas principalmente de condições para o desenvolvimento de vínculos interacionais salutares e oportunidades de integração social. Para tal, o papel das oficinas terapêuticas para os adolescentes e crianças e a cooperativa para os cuidadores almeja a inclusão de fatores de proteção em meio ao grande potencial de risco na vida das famílias estudadas. [...] No desenvolvimento das necessidades infantis, encontram-se como pontos-chave a serem trabalhados: saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade, relacionamentos familiares e sociais, apresentação social e habilidades de autopreservação. Na capacidade da realização do cuidado familiar, é necessário o fornecimento do cuidado básico em saúde, assegurar a segurança no lar, estimulação, afetividade, estabilidade, monitoramento e limites. Em relação aos fatores ambientais e familiares, têm destaque recursos comunitários, integração social familiar, atividade de trabalho com salário condizente com os gastos necessários para a manutenção da família, moradia e noção de funcionamento familiar. Ao verificar esse modelo, podemos perceber o quão distante ele está da realidade estudada, a necessidade de se levar em conta essas considerações na organização do serviço de modo a minimizá-las e daí a justificativa de ser uma população de risco (FIGLIE et al., 2004, p. 61).

4.2.3.3 Maus-tratos infantis sob efeito do álcool

Um estudo retrospectivo, descritivo e analítico, realizado em um hospital pediátrico boliviano, efetuou a revisão de todas as histórias clínicas de crianças menores de 14 anos, internadas de 2000 a 2003, com diagnóstico de maus-tratos (n = 107) provocados por agressores sob efeito do álcool (n = 62, ou 57,9% dos casos de maus-tratos). Foram estudados os prontuários de 32 meninas e 30 meninos, salientando-se que somente os casos graves de maus-tratos a crianças necessitam de hospitalização (SALCEDO; CARVALHO, 2005).

Na maioria dos casos, o agressor era um bebedor abusivo sem dependência (53,2%); do sexo masculino (62%); com nível de educação fundamental (77,5%); sem emprego fixo

(77,4%); que se situava na faixa etária de 21 a 30 anos (41,9%). As agressões sob efeito do álcool foram mais frequentemente perpetradas pela mãe (25,9%) e pelo padrasto (22,5%), no próprio ambiente familiar (80,7%). O tipo mais comum foram os maus-tratos físicos (54,8%), seguido por abandono/ negligência (22,9%) e abuso sexual (22,3%). A faixa etária mais acometida foi de 5 a 12 anos (46,7%), seguida pela faixa de 1 a 4 anos (32,2%). Foi observada mortalidade de 12,9% dos casos estudados, e 65,2% destas crianças faleceram por traumatismo crânio-encefálico.

Considerando que os maus-tratos/abusos de todos os tipos têm consequências a longo prazo, o estudo propõe algumas recomendações, tais como:

Proporcionar educação preventiva para todas as crianças, adolescentes e adultos jovens; proporcionar o acesso direto aos serviços de proteção para os filhos de alcoolistas ou drogadictos, e prestar serviços de consultoria para os pais que sofrem de graves níveis de estresse. O programa de tratamento pode incluir terapia de grupo com jovens na mesma situação, o que reduz o isolamento sentido por filhos de alcoolistas. O psiquiatra de crianças e adolescentes frequentemente trabalha com toda a família, especialmente quando o pai alcoolista para de beber a fim de desenvolver formas saudáveis de relacionamento entre os membros da família (SALCEDO; CARVALHO, 2005, p.834, tradução nossa).

4.3 ESTUDOS QUALITATIVOS

Apenas dois artigos de abordagem qualitativa foram incluídos nesta pesquisa bibliográfica. O conteúdo de tais artigos corrobora os resultados descritos nos estudos quantitativos em relação à disfunção familiar nos lares alcoolistas e traz propostas de intervenção familiar. (REINALDO; PILLON, 2008; CAVADAS; FONTE, 2009).

4.3.1 Concepções e significados acerca de sua família em crianças com e sem familiares alcoolistas

Estudo qualitativo português buscou identificar e compreender os significados e sentidos, narrativamente construídos e organizados por crianças com e sem familiares alcoolistas, em relação a sua família. A amostra incluiu 11 crianças, de 4 a 10 anos de idade, inseridas nas atividades lúdico-pedagógicas de um projeto social. Seis dessas crianças possuíam familiares alcoolistas e cinco não. Os resultados apontam para diferenças entre os discursos dos dois grupos: as crianças com familiares alcoolistas manifestaram uma concepção diferente da família, e descreveram largamente relações conflituosas. O fator alcoolismo influenciou a qualidade de vida e o funcionamento afetivo dessas famílias e conduziu a problemas de vários tipos – como dificuldades econômicas, rotina familiar mais

confusa, desorganização e desestruturação familiar – que não foram observados nas famílias das crianças sem o problema do alcoolismo (CAVADAS; FONTE, 2009).

Ainda em relação ao conflito, somente as crianças com familiares alcoolistas se referiram a punições físicas quando eram castigadas e gostariam que tais punições fossem modificadas em sua família (CAVADAS; FONTE, 2009). As autoras do estudo consideram que este aspecto pode ser consequência dos estilos educativos característicos de famílias com membros alcoolistas, descritos na literatura como práticas educativas que oscilam entre o excesso de rigidez (e, por isso, as punições) e a negligência (TRIANA; RODRIGO, 2014). Quando questionadas acerca do que gostariam de mudar na família, quase todas as crianças sem familiares alcoolistas referiram que não mudariam nada, ou apenas que gostariam de ter um irmão. Já aquelas com familiares alcoolistas gostariam de acabar com as punições (CAVADAS; FONTE, 2009).

As crianças com familiares alcoolistas apresentaram menor aceitação das regras de educação impostas pela família do que aquelas sem familiares alcoolistas. Estas últimas também pareceram assumir com maior responsabilidade as tarefas domésticas que lhes são atribuídas, provavelmente porque tais tarefas são por elas entendidas como parte de sua educação, e contribuem para o sentimento de pertença à família, embora essas sejam as que menos lhes agradem desempenhar. (CAVADAS; FONTE, 2009).

As crianças com familiares alcoolistas, em sua maioria, mencionaram apenas as mães, os primos ou os tios quando falaram sobre ‘brincadeiras’, sem fazer referência aos pais (que coincidentemente eram os membros alcoolistas na maioria dessas famílias e, por esse motivo, estariam menos disponíveis para elas). Já as crianças sem familiares alcoolistas apontaram também a mãe e o pai, além dos irmãos e primos, nessas atividades (CAVADAS; FONTE, 2009).

As crianças sem familiares alcoolistas valorizaram mais a escola e mostraram maior responsabilidade e interesse pelo futuro, o que pode ser o resultado de sua educação e do pertencimento a famílias mais estruturadas. Em ambos os grupos houve referência ao papel dos familiares ajudando a realização dos trabalhos de casa (CAVADAS; FONTE, 2009).

Foi observado nas famílias das crianças sem membros alcoolistas um maior cuidado para manter contato com a família ampliada, por meio do convívio com os familiares. Os avós são particularmente referidos como figuras de apoio, especialmente para ficar com as crianças quando elas saem da escola. Por outro lado, nas famílias com membros alcoolistas, as fronteiras entre a família nuclear e a família alargada não existiam, sendo comum coabitarem

pais, filhos, avós e tios, o que expõe a criança a diferentes estilos educativos que podem influenciar seu desenvolvimento saudável (CAVADAS; FONTE, 2009).

Não houve qualquer referência direta ao alcoolismo no discurso das crianças com familiares alcoolistas, o que pode indicar uma negação do problema, ou vergonha da criança pela situação familiar (CAVADAS; FONTE, 2009).

O estudo conclui que o alcoolismo não influencia tanto as concepções e significados que as crianças constroem sobre a família (união, intimidade, partilha, estabilidade, utilidade), e que elas têm um conceito mais abstrato de ‘família’. No entanto, as crianças com familiares alcoolistas refletiram a existência de conflitos e problemas familiares, significados que parecem derivar do alcoolismo familiar. O fator alcoolismo interferiu na qualidade de vida e no funcionamento afetivo dessas famílias. As concepções das crianças com familiares alcoolistas acerca da família podem ser afetadas pelo alcoolismo – especialmente em relação às práticas educativas, aos conflitos e à coesão familiar⁵³ – ou podem resultar das dificuldades que esse problema ocasiona no grupo familiar, afetando conseqüentemente todos os seus membros (CAVADAS; FONTE, 2009).

4.3.2 Repercussões do alcoolismo nas relações familiares e gerenciamento de casos

Um estudo de caso brasileiro buscou identificar as repercussões do alcoolismo nas relações familiares, bem como incentivar o resgate dessas relações por meio do gerenciamento de casos⁵⁴ (planejado junto com a família, incluindo os filhos). Foram entrevistados dois usuários de álcool que frequentavam os AA e os familiares que coabitavam com esse usuário. As famílias foram acompanhadas durante seis meses (REINALDO; PILLON, 2008).

Na primeira família, o alcoolista é um homem de 42 anos. Após ingresso no AA, a situação de violência doméstica, brigas com a vizinhança, instabilidade profissional e conflitos com colegas de trabalho se modificou lentamente, apesar de algumas recaídas no início. Com o tempo, ele conseguiu a abstinência, e houve drástica mudança de vida, com emprego regular e ausência de maiores problemas. No entanto, persistia o estigma de “bêbado” no bairro, e foi percebido um distanciamento dos filhos em relação ao pai (alcoolista), não apenas porque os maus-tratos são difíceis de serem esquecidos, mas porque a

⁵³ A coesão familiar é definida como “a união entre os membros da família ou a ligação emocional que seus integrantes possuem uns com os outros” (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012, p,192).

⁵⁴ Trata-se de “[...] um modelo que promove engajamento, transição integrada e assegura a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita que os pacientes permaneçam na comunidade e se responsabilizem pelo seu cuidado [...]” (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2001 apud REINALDO; PILLON, 2008, np., tradução nossa).

família não confia na recuperação, acreditando que ele recairá a qualquer momento (REINALDO; PILLON, 2008).

O gerenciamento desse caso teve como foco: (a) a aproximação do pai em relação aos filhos e (b) a sensibilização da comunidade na qual ele vive, evidenciando que ele necessitava de apoio e não de desconfiança em relação a sua nova condição. Os filhos obtiveram informações sobre o alcoolismo e puderam conhecer outros alcoolistas no AA. A família avaliou que a situação melhorou com o programa de gerenciamento e que parecia que eles precisavam apenas de uma orientação para resolver o que a princípio parecia difícil (REINALDO; PILLON, 2008).

Na segunda família, o alcoolista era um homem de 36 anos, que negava seu alcoolismo, apesar dos prejuízos para a saúde, de problemas de relacionamento no trabalho e da dificuldade de se manter empregado, o que deixava sua família irritada, por ter que sustentá-lo. Em reunião com a família, na qual o alcoolismo foi colocado como doença, foi construído o objetivo da intervenção: sensibilizar o alcoolista sobre sua condição. Foi pedido que ele fizesse um diário sobre todas as suas atividades do dia, incluindo os momentos de ingestão de bebida alcoólica. Após duas semanas, o registro foi analisado junto com a família e ele percebeu que dedicava grande parte de seu dia à bebida; que todos os seus amigos bebiam abusivamente; e que ele não tinha contato com a rotina da casa, porque passava grande parte do dia fora de casa e, ao chegar alcoolizado, ia logo dormir. Em momento posterior, o alcoolista pediu que uma das autoras do estudo conversasse com sua namorada sobre o alcoolismo como sendo uma doença, o que foi feito em sua presença (o pedido parece indicar que o alcoolista ao menos diminuiu sua negação em relação a sua condição). Seis meses após o início da intervenção, ele passou a beber em menor quantidade, mas ainda diariamente, e, por esse motivo, evitava as reuniões dos AA; no entanto, comparecia às consultas esporádicas no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (REINALDO; PILLON, 2008).

As diferentes histórias expressam a dificuldade de se conviver com o alcoolista. As autoras destacam a importância do apoio (bem orientado e estimulado) da família e da rede social do alcoolista, no sentido de pensar formas de ajudar o paciente. Nesse sentido, os serviços devem pensar e articular as parcerias necessárias, adotando abordagens mais humanizadas e individualizadas, para o sucesso do tratamento (REINALDO; PILLON, 2008).

4.4 ESTUDOS DE REVISÃO (sistemática, ‘scoping’, assistemática)

Foram analisados sete estudos de revisão, que correspondem a 14% do total dos artigos selecionados, sendo quatro revisões assistemáticas, duas revisões sistemáticas e uma revisão ‘*scoping*’. (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b; ROSSOW et al, 2016; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011; REYNA, 2012; TRINDADE; COSTA, 2012; WLODARCZYK et al., 2017). Alguns artigos já analisados no presente estudo também foram considerados nesses estudos de revisão. Por este motivo, os resultados que se seguem foram descritos a partir de outros estudos revisados nesse grupo, a fim de evitar repetição de temas já apresentados.

4.4.1 Associação de alcoolismo parental e violência interpaparental

Uma revisão ‘*scoping*’ de estudos de coorte sobre o consumo alcoólico dos pais e os efeitos adversos para os filhos aponta que, embora essa literatura tenha limitações ao avaliar o papel causal do beber dos pais nos resultados adversos das crianças, há uma produção substancial sobre a prevalência e os riscos de FAs apresentarem problemas psicossociais, que incluem baixa autoestima; dificuldades relacionais; abuso emocional, físico e sexual; transtorno do humor e sintomas depressivos; transtorno de conduta; e baixo desempenho acadêmico (ROSSOW et al., 2016). Outro artigo de revisão norte-americano aponta que, de maneira geral, a literatura assume que os FAs estão mais sujeitos a desenvolver problemas de externalização, além de ter maior risco para comportamentos de internalização (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).

Considerando-se que uma proporção significativa de crianças em idade escolar vive em lares em que um ou ambos os pais abusam do álcool, e que esses ambientes domésticos parecem ser muitas vezes marcados por altos níveis de violência e conflito interpaparental em geral, o estudo destaca a “evidente falta de investigações sistemáticas que examinem as relações independentes e combinadas entre alcoolismo parental, exposição à violência, e adaptação dos filhos” a curto e longo prazo (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009, p.11, tradução nossa).

Diante do alto risco para o desenvolvimento psicossocial negativo em crianças que vivem em lares alcoolistas violentos, o estudo ressalta a necessidade de esforços conjuntos no sentido de investigar e compreender a adaptação psicossocial dessas crianças e dos fatores (individuais, diádicos, parentais, biológicos e familiares) que podem contribuir para esses ambientes domésticos, a fim de desenvolver e avaliar tratamentos que beneficiem essas famílias (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).

Cabe frisar que, apesar da literatura assumir que há um risco elevado para o desenvolvimento psicossocial negativo entre FAs, outros trabalhos admitem que muitas dessas crianças apresentam desenvolvimento psicossocial normal (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).

4.4.2 Perspectiva sistêmica do conceito de resiliência e vivência familiar de adolescentes FAs

Um ensaio brasileiro, realizado a partir de revisão assistemática da literatura nas bases de dados PubMed/Medline, Lilacs, SciELO e PsicoInfo de artigos, buscou ressaltar a importância da utilização do conceito de resiliência, numa perspectiva sistêmica, na compreensão da realidade familiar vivenciada por adolescentes FAs. Se, por um lado, as pesquisas com FAs evidenciam a presença de sofrimento psíquico desses sujeitos, que se associa a grande dificuldade de assumir o problema perante o grupo de pares, bem como de dar um significado ao alcoolismo, por outro lado, também informam sobre a possibilidade dos adolescentes vivenciarem uma expectativa positiva de realização de sonhos, e de estabelecerem metas futuras para suas vidas. Apesar da dinâmica familiar adversa desses adolescentes, a literatura reconhece que grande parte dos FAs é acentuadamente bem ajustada. Tal aspecto deveria estimular abordagens preventivas, terapêuticas e reabilitadoras neste contexto, a fim de favorecer o desenvolvimento saudável, abrindo perspectivas para que o bem-estar dos FAs não dependa exclusivamente da abstinência parental ou da paz familiar (TRINDADE; COSTA, 2012).

Quando os adolescentes FAs descrevem sua família, o sofrimento é um aspecto inevitável da identidade familiar, como ressaltam Trindade e Costa (2012) a seguir:

As complicações psíquicas como a irritabilidade, agressividade, prejuízo na compreensão e alteração da visão de mundo provocam dificuldades no seu relacionamento familiar que vão se agravando com o tempo. Os adolescentes acabam por transferir para o grupo familiar o sofrimento individual ou pelo contrário, introjetam e absorvem o sofrimento do grupo familiar (TRINDADE; COSTA, 2012, p.183).

A disfunção familiar gerada pelo alcoolismo conduz o cônjuge codependente a se aprisionar no papel de controlador do alcoolista, o que resulta em conflitos conjugais. Tendo em vista que a presença de disfunção significativa no subsistema conjugal atinge toda família, os filhos são afetados – inclusive nos momentos em que a mãe tenta ‘salvá-los’ do pai bêbado. Desse modo, é construída uma relação de coligação entre mãe e filhos, na qual estes últimos

são onerados também por um processo de parentalização, ou seja, uma inversão de papéis, na qual um ou mais filhos passam a cuidar dos pais. Tal processo, segundo Trindade e Costa (2012), diz respeito à atribuição do papel parental ao(s) filho(s) e/ou à assimilação/assunção desse papel por ele(s) no sistema familiar, e representa risco para os FAs, porque, além de dificultar e atrasar seu amadurecimento e a construção de uma identidade própria, produz sequelas psicológicas profundas⁵⁵, as quais, por sua vez, aumentam o risco de repetição transgeracional de patologias.

Neste sistema marcado pela codependência, os filhos passam a desempenhar certos papéis específicos, tais como: o ‘herói’ da família, que cuida dos irmãos, sendo bom aluno e aparentemente feliz; o ‘bode expiatório’, que se responsabiliza em desviar a atenção do alcoolista, por meio de comportamentos desajustados; ou a ‘criança perdida’, que é solitária e se sente rejeitada pela família (TRINDADE; COSTA, 2012).

O estudo chama a atenção para a presença de traço fóbico, que se expressa por meio de sentimentos de insegurança nos FAs e são vivências emocionais que se diferenciam em função do gênero: “os meninos sentiam mais medo do futuro, da vida e da repetição do fracasso paterno, enquanto as meninas direcionavam sua insegurança para relacionamentos afetivos e na dificuldade de obter intimidade nas relações” (TRINDADE; COSTA, 2014, p.186).

A dinâmica familiar funcional requer a manutenção de uma hierarquia familiar, com subsistemas de pais e filhos claramente delineados (TRINDADE; COSTA, 2012) e depende de três aspectos: o sistema de crenças da família, os padrões de organização e os processos de comunicação (WALSH, 1996, apud TRINDADE; COSTA, 2012, p.181). Tais aspectos das famílias alcoolistas são brevemente apresentados a seguir.

4.4.2.1 Sistema de crenças na família

Os modelos leigos costumam encarar o alcoolismo como fonte de fracasso social e as visões altamente depreciativas e moralistas do alcoolista fortalecem o preconceito social de

⁵⁵ Quando a parentalização ocorre de forma muito precoce e rígida, ela pode aprofundar uma carência e gerar sentimentos de revolta nos filhos, já que são levados a fazer algo para o que ainda não estão preparados. A parentalização dos filhos pode resultar da inatividade, inércia ou comportamento caótico dos pais e equivale à abdicação emocional destes em relação aos filhos. Os pais se mostram psicologicamente incapazes de desempenhar suas funções parentais e podem tentar justificar sua permissividade sob o pretexto de serem democráticos e não autoritários. É importante salientar que o excesso de permissividade é uma forma de abandono parental, que beira a negligência. Constitui uma das formas mais difundidas de parentalização exploradora e se caracteriza por um duplo vínculo: por um lado, parece estar dando algo (liberdade de ação para o filho), mas por outro, é essencialmente um ganho unilateral que se traduz na não existência de preocupações ou limites, bem como na expectativa de autopropulsão espontânea da criança (BOSZORMENYI-NAGY; SPARKS, 1976).

diversos atores, nos mais diferentes ambientes. (TRINDADE; COSTA, 2012). Para superar este estigma e possibilitar a superação do sofrimento, é preciso favorecer o diálogo crítico, a construção de informação e o vínculo efetivo com os adolescentes, além de viabilizar a “construção de um olhar crítico que denuncie aspectos políticos e econômicos extremamente importantes, quando pensamos no lugar que a droga e o álcool ocupam na sociedade contemporânea.” (AUSLOOS, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012, p.183). A transformação do sistema de crenças familiar permite que o adolescente enxergue o pai livre da carga dos estereótipos sociais associados ao alcoolista. Esta compreensão dos adolescentes FAs sobre o alcoolismo permite a fundamental valorização do pai no sistema familiar, promovendo uma vivência mais saudável e protetora da relação pai-filho(a) (TRINDADE; COSTA, 2012).

4.4.2.2 Padrões de organização

A disfunção familiar que se associa ao alcoolismo paterno perturba a organização e as rotinas familiares. A mãe codependente muitas vezes não tem tempo, nem disposição psicológica para atender às necessidades das crianças e dos adolescentes (TRINDADE; COSTA, 2012), o que favorece o processo de parentalização dos filhos.

A promoção da saúde familiar requer padrões de organização com um mínimo de estabilidade, sentimento de continuidade e rotinas. Para tanto, o nível de flexibilidade e a capacidade para lidar com mudança, a reorganização e a adaptação são fundamentais (WALSH, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012).

4.4.2.3 Processos de comunicação familiar

As famílias alcoolistas costumam apresentar um bloqueio de comunicação, vivenciado por meio do silêncio, como resultado da tentativa de proteger seus membros de informações dolorosas ou ameaçadoras. Tal postura favorece a criação de barreiras para o entendimento, para a tomada de decisão informada e para a relação autêntica. Nesse sistema comunicacional disfuncional, marcado por segredos, mentiras, e duplos vínculos, as perspectivas dos sujeitos não são livremente discutidas ou compartilhadas com pessoas de dentro ou de fora da família, o que conduz à necessidade da construção de espaços legítimos de fala para adolescentes FAs (TRINDADE; COSTA, 2012). As expressões emocionais abertas fortalecem o potencial resiliente do sistema, permitindo “o compartilhar de múltiplos sentimentos, a empatia nas relações, a tolerância às diferenças e a responsabilidade pelos próprios sentimentos e

comportamentos, o que torna o ambiente familiar mais prazeroso e bem-humorado.” (WALSH, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012, p.183).

4.4.2.4 Fatores protetores para as famílias alcoolistas e para FAs

A presença de uma forte relação positiva com um adulto competente constitui um dos mais importantes fatores de proteção face às adversidades. Nesse sentido, a melhor vinculação do adolescente com os parentes não alcoolistas favoreceria seu desenvolvimento saudável e também poderia ser estimulada em relação a outras figuras de autoridade, como um professor próximo e afetuoso ou diferentes profissionais de saúde (TRINDADE; COSTA, 2012).

Os aspectos citados acima são corroborados por outro estudo de revisão bibliográfica brasileiro que aponta o fato de crianças e adolescentes FAs que não apresentem sintomas de comprometimento psicológico, e que pertençam a famílias competentes em prover suas necessidades afetivas e materiais, podem se beneficiar de fatores protetores da saúde mental, tais como: (a) altos níveis de organização familiar, que contribuem para que o adolescente apresente autocontrole; (b) manutenção responsável da rotina familiar por parte do membro não alcoolista; bem como (c) vínculo positivo do FA com o familiar não alcoolista e/ou os irmãos, o que contribui para a diminuição do impacto do alcoolismo parental. (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b).

Em revisão sistemática, autores alemães buscaram apresentar uma visão geral do estado atual da pesquisa sobre fatores de proteção para filhos de pais com transtornos por uso de álcool e drogas ilícitas. A partir de buscas em quatro bases de dados eletrônicas, foram selecionados 11 artigos (10 publicados nos EUA e um em Israel), publicados entre 2003-2013. Foram incluídos estudos do tipo caso-controle, transversais e coorte, com foco em fatores de proteção à saúde mental de filhos que convivem com abusadores / dependentes de álcool / outras drogas, publicados entre os anos de 2000-2017, nos idiomas inglês ou alemão. (WLODARCZYK et al., 2017).

Foram identificados diversos fatores de proteção, aqui categorizados em diferentes níveis:

- (a) Individual do FA: ter mais idade, alta autoestima, elevada autorregulação, altas habilidades acadêmicas e cognitivas, além de temperamento flexível e otimista;
- (b) Parental: apego seguro⁵⁶, relacionamento pai-filho positivo, parentalidade positiva e consistente e menor parentalização;

⁵⁶ Este aspecto já foi citado acima na descrição do trabalho de Edwards e colaboradores (2006) e também constou da revisão sistemática de Wlodarczyk e colaboradores (2017).

(c) Familiar: altos níveis de coesão, adaptabilidade e interação familiares e confiabilidade dos membros da família;

(d) Social: apoio social, atividades extracurriculares e, posteriormente, relacionamentos interpessoais positivos (WLODARCZYK et al., 2017).

O apego seguro mãe-filho foi associado a menos problemas de externalização; e fatores familiares, como maiores níveis de coesão e adaptabilidade da família, incluindo o sentimento de proximidade e conexão emocional dos membros da família, bem como a capacidade da família de se adaptar e mudar em resposta a desafios são fatores de proteção contra os problemas de externalização e internalização dos FAs. (WLODARCZYK et al., 2017).

Outras categorias que representam os quatro componentes principais de proteção para FAs são vínculo, competência, otimismo e ambiente.

O fator de vínculo inclui, por exemplo, apego emocional e comprometimento com os cuidadores, bem como relacionamentos próximos com adultos maduros e cuidadosos. O fator competência compreende boas habilidades cognitivas, boa autorregulação de emoções e impulsos, auto percepção positiva, talentos que são valorizados por si mesmo e pela sociedade e ser atraente ou carismático para outros. O fator otimismo inclui autoeficácia, espiritualidade e uma identidade clara e positiva. O fator ambiente compreende, por exemplo, um ambiente doméstico organizado, parentalidade com autoridade e vantagens socioeconômicas (WLODARCZYK et al., 2017, p.11, tradução nossa).

O trabalho revisado salienta ainda que “intervenções focadas em melhorar as práticas de funcionamento parentais e familiares podem ser eficazes na redução de consequências negativas em crianças afetadas” (WLODARCZYK et al., 2017, p.11, tradução nossa).

Os autores observam que, de maneira geral, os fatores protetores da saúde mental em filhos de pais com transtornos por uso de álcool e outras drogas parecem ser pouco estudados. Os fatores mais investigados na redução de resultados negativos para a saúde mental em crianças afetadas são os fatores familiares, que incluem uma relação pai/mãe-filho próxima e encorajadora. (WLODARCZYK et al., 2017).

Os fatores protetores para FAs que emergiram dos estudos transversais são: capacidade da criança de se envolver com adultos, apego seguro pais-filho(a), coesão e adaptabilidade da família, mãe receptiva, mãe com estilo de parentalidade altamente controladora e um pai cujo estilo de parentalidade é pouco controlador, menor estresse dos pais na forma de educar os filhos e alto apoio social à criança. Os estudos longitudinais identificaram os seguintes fatores significativamente preditivos de melhores resultados para a

saúde mental dos FAs em momento posterior de avaliação: apego seguro mãe-filho, uso flexível de estratégias de enfrentamento (religião, planejamento e busca de apoio social) pelos filhos e apoio parental. Cabe salientar que o efeito protetor do apoio parental era cancelado se o adolescente tivesse uma personalidade altamente impulsiva. Desse modo, os autores alertam que a influência de fatores adicionais deve ser considerada, evitando a visão isolada dos fatores de proteção, buscando impedir que aspectos essenciais da eficácia dos fatores de proteção fiquem ocultos (WLODARCZYK et al., 2017).

4.4.3 Ambiente familiar e desempenho social de FAs

Estudo de revisão argentino buscou descrever as consequências do alcoolismo parental no desempenho social dos filhos, considerando o papel mediador do ambiente familiar (REYNA, 2012).

As famílias que vivenciam o abuso parental de substâncias costumam apresentar a parentalidade comprometida, especialmente em relação ao controle e às práticas disciplinares, que costumam se associar a uma supervisão deficiente, e a práticas disciplinares explosivas e inconsistentes. Por outro lado, foi observado que as crianças que apresentam menos problemas comportamentais viviam em famílias caracterizadas por maior coesão e orientação para o sucesso, além de menor controle (REYNA, 2012).

FAs, na faixa etária de 18 e 24 meses, mostraram maior desobediência às instruções dos pais quando comparados aos filhos de pais não alcoolistas. Os FAs do sexo masculino manifestaram desobediência ainda maior quando o pai e a mãe eram alcoolistas, mas esse padrão não se repetiu para as filhas. O estudo destacou que: (a) baixos níveis de adaptação e coesão familiar facilitaram a conexão entre os problemas de consumo dos pais e os problemas da criança; e (b) níveis elevados de funcionamento familiar positivo atuaram como fatores de proteção e estabilização contra problemas cognitivos e de adaptação (REYNA, 2012).

Em FAs de 6 a 12 anos, a investigação do papel mediador de fatores emocionais demonstrou que a regulação emocional era um fator de proteção contra problemas de externalização, internalização e sociais que se associam à exposição ao alcoolismo paterno. Por outro lado, reatividade emocional era um fator de vulnerabilidade, aumentando a raiva e o medo e, em menor grau, a tristeza, e potencializando os efeitos do alcoolismo paterno na criança. Ainda nessa mesma faixa etária de FAs, de 6 a 12 anos, o alto nível de coesão e adaptabilidade familiar funcionou como um fator de proteção contra as dificuldades cognitivas e adaptativas associadas ao alcoolismo parental e como um mediador para problemas de adaptação. (REYNA, 2012).

As relações entre o alcoolismo parental, o ambiente familiar e a adaptação social foram estudadas em outro grupo de FAs, de 10 a 14 anos. Os problemas parentais com o álcool estavam associados à baixa coesão familiar, má organização familiar e baixa autoestima geral da criança. A análise mediacional indicou que a relação entre o consumo paterno de álcool e a baixa autoestima da criança era mediada pela coesão familiar (REYNA, 2012).

Em outro estudo, a coocorrência de depressão no pai alcoolista se associou mais fortemente com a competência social dos filhos, enquanto a depressão em mães alcoolistas estava mais associada a algumas psicopatologias infantis (REYNA, 2012).

A relação entre o alcoolismo parental e as consequências para os filhos não é simples e direta. Percebe-se que as variáveis do ambiente familiar podem incrementar ou atenuar o risco de FAs (REYNA, 2012). Logo, os efeitos mediadores sugerem que o alcoolismo parental exerce seus efeitos sobre a criança, pelo menos em parte, por meio do funcionamento familiar.

O impacto do alcoolismo parental no desempenho social dos filhos é atenuado quando as interações e as rotinas familiares ocorrem independentes do comportamento dos pais em relação ao álcool e quando há menos conflito familiar (REYNA, 2012, p.122, tradução nossa).

Assim, como ressalta Reyna (2012), o esclarecimento do papel dos fatores familiares de risco e proteção no desempenho social dos filhos permite gerar estratégias preventivas e de intervenção mais precisas.

4.4.4 Condições de risco relacionadas a crianças e adolescentes expostos ao alcoolismo parental

Estudo brasileiro de revisão sistemática buscou identificar condições de risco relacionadas a crianças e adolescentes expostos ao alcoolismo parental. Foram selecionados 18 artigos, por meio da utilização dos termos de busca ‘alcoolismo’, ‘fatores de risco’ e ‘filhos’. Os artigos foram publicados entre 2005 e 2009 e recuperados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO e Adolec. (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011). Cinco desses artigos também foram analisados na presente revisão e já foram apresentados em sessões anteriores. Uma grande proporção dos artigos revisados trata do risco de uso de álcool em adolescentes FAs. Além desse risco, que não será detalhado neste texto por estar fora do foco do trabalho, foram identificadas outras duas categorias de problemas em FAs, nomeadas como comportamentais e emocionais. A primeira abrange menor competência social na

infância; vulnerabilidade para sair de casa; baixo desempenho escolar e exteriorização do comportamento de risco (agressividade, impulsividade e comportamento antissocial). A segunda categoria abrange déficit de atenção e outros déficits cognitivos, depressão, ansiedade, hiperatividade, agressividade; internalização do comportamento de risco; e estresse.

Corroborando aspectos já apresentados anteriormente, uma pesquisa apontou que FAs

tinham duas vezes mais probabilidade para apresentar sintomas subclínicos e quatro vezes mais para ter diagnóstico definitivo de qualquer distúrbio mental. Mais especificamente, o estudo menciona que eles apresentavam risco significativamente maior para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, depressão, fobias, enurese e tiques. Além disso, tiveram piores resultados em todos os testes cognitivos usados e seu risco de baixo desempenho escolar era nove vezes maior que o dos controles (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011, p.164).

Outras pesquisas confirmaram a associação direta entre o beber parental e os comportamentos de exteriorização e internalização dos filhos; e que a resiliência seria um fator de proteção de pequena magnitude em relação ao alcoolismo parental. (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011).

As autoras apontam a necessidade de

reforçar os vínculos entre pais e filhos e incentivar posturas mais positivas, de apoio e diálogo, a fim de favorecer a socialização familiar, o que pode produzir resultados mais eficazes como mostraram os artigos. Nesse sentido, é importante que os pais estejam atentos ao desenvolvimento cotidiano dos filhos, contribuindo para o processo de educação e de formação de valores (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011, p.165).

5 DISCUSSÃO

Embora a literatura tenha limitações ao avaliar o papel causal do beber parental nos resultados adversos dos filhos, há uma vasta produção sobre a prevalência e os riscos de FAs apresentarem problemas psicossociais (ROSSOW et al., 2016), que vão muito além do risco de futuramente apresentarem transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Por outro lado, a literatura reconhece que grande parte deles é acentuadamente bem ajustada e apresenta desenvolvimento psicossocial normal (FIGLIE et al., 2004; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; TRINDADE; COSTA, 2012; ROGNMO et al., 2012), sem experimentar angústia na vida adulta (RANGARAJAN, 2008).

Os resultados apresentados nesta pesquisa bibliográfica demonstram possíveis repercussões importantes para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, evidenciam heterogeneidade do risco para FAs e indicam diferentes fatores de proteção e caminhos terapêuticos. Tais achados são aqui categorizados em diferentes dimensões: individual do(a) FA, parental, familiar, escolar, legal, social, cultural, política e da rede de atenção à saúde. Não foi objetivo do presente trabalho aprofundar aspectos de todas as dimensões citadas. Porém, diante da complexidade do tema, e para maior clareza da discussão dos resultados, tais dimensões procuram abranger, com maior ou menor profundidade, os seguintes aspectos resumidos no Quadro 7:

Quadro 7 - Dimensões relacionadas ao sofrimento de FAs.

Individual do(a) FA	comportamentos de internalização e externalização; momento de manifestação dos sintomas; faixa etária; gênero da criança/ adolescente; subtipo de personalidade.
Parental	gênero do alcoolista; presença de comorbidades psiquiátricas que se associam ao alcoolismo.
Familiar	número de pais e/ou familiares alcoolistas; ambiente familiar; qualidade dos vínculos familiares; qualidade da parentalidade; dificuldades financeiras.
Escolar	desempenho escolar; adaptação escolar; capacidade cognitiva; e relacionamento com os colegas.
Legal	situações de violência doméstica; necessidade de cuidados sociais das crianças/ adolescentes; convivência com atitudes imorais/ criminosas.
Social	relacionamento com os pares; ambiguidade em relação ao álcool - aceitação social X estigma; isolamento da família.
Cultural	visão cultural do álcool e do alcoolismo; estigma em relação ao alcoolista; invisibilidade relativa do alcoolismo e da codependência.
Política	invisibilidade da codependência nas políticas públicas; contexto de subfinanciamento do SUS.
Rede de atenção em saúde	disponibilidade/ acesso aos serviços de saúde; desconhecimento/ despreparo dos profissionais de saúde; fragmentação do cuidado; fragilização do cuidado por diminuição das equipes de SF e do NASF, sucateamento dos serviços de saúde e, mais recentemente, encolhimento das ações de saúde durante a pandemia de Covid-19.

Fonte: a própria autora, 2021.

Desse modo, as intervenções de cuidado devem ser construídas levando em conta as particularidades de cada caso, bem como todas as dimensões de vulnerabilidade individual, coletiva e estrutural.

O risco para o desenvolvimento dos FAs é maior em situações de risco cumulativo como em certas constelações de risco parental – presença simultânea de alto consumo de álcool biparental e elevados sintomas de saúde mental nos pais (LUND et al., 2019) ou ter pai ou mãe alcoolistas que apresentam transtornos psiquiátricos (RAITASALO et al., 2019). Cabe salientar que, em alguns casos, um fator de risco pode ser compensado por outras características positivas, enquanto em outros casos, o fator de risco pode ter um peso único em relação à saúde mental dos filhos. Características aparentemente inócuas, quando se somam a outros riscos em nível familiar, contribuem para aumentos significativos de ansiedade e/ou depressão na prole (LUND et al., 2019). Por outro lado, considerar a influência de fatores de proteção adicionais evita a visão isolada de tais fatores, no sentido de impedir a ocultação de aspectos essenciais da eficácia dos fatores de proteção (WLODARCZYK et al., 2017). Nesse sentido, equipes de Saúde da Família, equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e equipes de saúde mental dos CAPSAd têm papel importante na identificação dos casos e individualização dos fatores de riscos e de proteção.

A seguir, apresenta-se a discussão dos resultados agrupados nas diferentes dimensões. Ao final, apresenta-se dois quadros que resumem os fatores de proteção e as recomendações/orientações técnicas relativas a cada dimensão.

5.1 Dimensão individual

Os FAs são um grupo mais vulnerável, com tendência ao desenvolvimento de problemas psiquiátricos e desajuste social (ELIAS, 2011; VIDAL et al., 2012) e têm quatro vezes mais probabilidade para ter diagnóstico definitivo de algum distúrbio mental. (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011). Eles vivenciam importante sofrimento emocional, com baixo autoconceito (quanto ao seu comportamento, sua aparência e atributos físicos, sua alegria e satisfação, sua condição intelectual e sua popularidade), baixa autoestima, sentimento de inferioridade, timidez, insegurança, ansiedade, depressão. (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005). Tendem a apresentar também índices mais altos de problemas de comportamento, os quais, se traduzem em comportamento delinquente, impulsividade, déficit de atenção, hiperatividade e desajuste social. As mães observam que as crianças demonstram impaciência, irritação, agitação, desobediência e dependência (isto é,

mostraram-se excessivamente ‘agarradas’ às mães). Tal dependência pode dificultar o aprendizado de habilidades para o enfrentamento de conflitos. (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005; SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005).

O discurso dos adolescentes FAs sobre sua família revela o sofrimento como marca da identidade familiar, o qual, por um lado, pode ser introjetado e absorvido pelo jovem, e, por outro lado, pode ser transferido por ele para o grupo familiar (TRINDADE; COSTA, 2012).

De uma maneira geral, quando comparados com filhos de não alcoolistas, os FAs apresentam risco aumentado/maiores chances tanto para sintomas de externalização⁵⁷, quanto para sintomas de internalização⁵⁸ e os estudos longitudinais demonstram a associação direta do alcoolismo parental tanto com problemas de externalização (EDWARDS et al. 2006; EIDEN et al., 2010; HUSSONG et al., 2007; MARMORSTEIN; IACONO; McGUE, 2009) quanto com problemas de internalização (HUSSONG et al., 2008b). As associações indiretas são discutidas em outras sessões do presente trabalho.

Revisão sistemática identificou duas categorias de problemas em crianças e adolescentes expostos ao alcoolismo parental, nomeadas como comportamentais e emocionais. A primeira inclui menor competência social na infância; vulnerabilidade para sair de casa; baixo desempenho escolar e exteriorização do comportamento de risco (agressividade, impulsividade e comportamento antissocial). A segunda categoria abrange déficit de atenção e outros déficits cognitivos, depressão, ansiedade, hiperatividade, agressividade; internalização do comportamento de risco; e estresse. (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011).

Cabe salientar que o maior risco para transtornos mentais e comportamentais em FAs foi constatado em alguns estudos independentemente da severidade do abuso alcoólico parental (RAITASALO et al., 2019), ou seja, há casos de danos a crianças e adolescentes que podem ocorrer sem que os pais ou familiares sejam dependentes do álcool (HUSSONG et al., 2010; KELLER et al., 2008; LUND et al., 2020; SALCEDO; CARVALHO, 2005).

O predomínio dos efeitos distais do alcoolismo parental em relação aos sintomas de externalização dos filhos aponta para os efeitos danosos que se manifestam a longo prazo como resultado da alta vulnerabilidade genética em conjunto com ambientes estressantes,

⁵⁷ FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006; GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018; HILL et al., 2008; HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011; HUSSONG et al., 2007; HUSSONG et al., 2010; KELLER et al., 2008; LUND et al., 2020; MARMORSTEIN; IACONO; McGUE, 2009; MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010; SOUZA; JERONYMO; CARVALHO, 2005; TORVIK et al., 2011; ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005.

⁵⁸ FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006; HILL et al., 2008; HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011; HUSSONG et al., 2008a; HUSSONG et al., 2008b; KELLER et al., 2008; LUND et al., 2020; VIDAL et al., 2012.

caóticos e às vezes abusivos. Os efeitos distais do alcoolismo parental no aumento dos sintomas de externalização dos filhos foram grandes e consistentes e, em alguns casos, podem reduzir as chances de influências mais proximais alterarem significativamente o risco. Logo, o maior risco dos FAs para sintomas de externalização ocorre mesmo que o diagnóstico inicial de alcoolismo parental anteceda o momento de manifestação dos sintomas nos filhos. A presença de efeitos proximais pode sugerir que os filhos adquirem um risco adicional, que vai além do risco transmitido por mecanismos mediados geneticamente ou biologicamente. A ruptura causada pelo beber parental para o ambiente e a organização familiar produz efeitos proximais que se restringem aos sintomas de externalização, afetando não apenas os FAs, mas também os filhos de não alcoolistas. São também observados efeitos que variam com o tempo para transtornos de externalização na prole de alcoolistas. Os três tipos de efeito operam em conjunto e provavelmente interagem entre si. Os efeitos proximais e que variam com o tempo foram mais evidentes para os sintomas de externalização dos filhos do que para os sintomas de internalização. (HUSSONG et al., 2010).

De maneira geral, a literatura aponta para a preponderância dos efeitos distais do alcoolismo parental sobre os sintomas de internalização da prole, que iniciam na primeira infância e continuam aumentando até a adolescência. O artigo analisado no presente estudo confirma esta conclusão e sugere que é preciso que o transtorno parental seja grave ou prolongado o suficiente para que os filhos comecem a evidenciar sintomas de internalização resultantes. Embora a literatura em geral não reconheça os efeitos proximais do alcoolismo parental em relação aos transtornos de internalização dos filhos, este efeito foi observado no relato dos filhos em relação ao alcoolismo materno (uma descoberta singular do estudo). Os autores levantam a possibilidade de um risco aumentado para sintomas de internalização em adolescentes cujas mães são alcoolistas ativas, que permanece amplamente não detectado pelos pais destes jovens. Não foram observados efeitos do alcoolismo parental ao mesmo tempo em que os pais têm maiores consequências relacionadas ao álcool (efeitos que variam com o tempo). A presença de sintomas de internalização pode ocorrer desde a primeira infância e continua a apresentar elevações em relação aos pares até a adolescência, sem que os sintomas parentais relacionados ao álcool atenuem ou agravem esse risco nesta fase do desenvolvimento (HUSSONG et al., 2008a).

O alcoolismo parental tem um efeito independente sobre os sintomas de internalização dos filhos (HUSSONG et al., 2008b) e os FAs tem maiores chances de desenvolver TDM (HILL et al., 2008): filhos de dependentes de álcool ou de heroína apresentaram índices elevados em aproximadamente oito vezes de TDM recorrente e, por esse motivo, recomenda-

se atentar para a rápida identificação e tratamento de TDM desses filhos nos serviços de saúde (VIDAL et al., 2012). Entretanto, cabe a ponderação de que há heterogeneidade do perfil de risco, e nem todos os FAs estão destinados a manifestar o risco para sintomas de internalização na infância e adolescência. Nas famílias em que os FAs são mais propensos a manifestar sintomas de internalização, pode haver vulnerabilidade genética maior e mais ampla, além de contextos ambientais mais caóticos (HUSSONG et al., 2008b).

Revisão sistemática confirma a associação direta entre o beber parental e os comportamentos de exteriorização e internalização dos filhos e aponta que a resiliência seria um fator de proteção de pequena magnitude em relação ao alcoolismo parental. (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011). Este aspecto será retomado mais adiante. Ainda assim, a aplicação do conceito de resiliência às etapas de desenvolvimento humano e a interação dinâmica dos fatores de resiliência (GROTBERG, 2005) podem contribuir para o diagnóstico e planejamento das ações terapêuticas na dimensão individual.

Nos lares alcoolistas, há um contexto de desestruturação familiar, que interfere negativamente na disponibilidade e na responsividade do cuidador em relação aos filhos. A criança, por sua vez, desenvolve um modelo interno de si mesma como indigna, que conduz ao desenvolvimento de baixa autoestima (RANGARAJAN, 2008). Além disso, o filho aprende a não confiar na mensagem que recebe do progenitor alcoolista, que é seu modelo de interação com as pessoas. A desconfiança compromete a comunicação do filho (consigo mesmo e com os outros) e tende a se expandir para os relacionamentos em geral, dificultando a expressão de seus sentimentos e pensamentos. Os FAs vivem em silêncio, porque inferem que a informação sobre seu progenitor alcoolista é privada ou secreta, e fazem abstrações sem que nova informação entre nesse sistema fechado, construindo, desse modo, um sistema interacional defeituoso. Diante da negação da doença, ele termina por duvidar dos seus próprios sentimentos e interpretações dos eventos que observa na sua família, pois ouve repetidamente que “aquilo que vê, que ouve ou no que acredita, não existe.” (HILL; GAUER; GOMES, 1998, np; BLACK, 2002).

Na comunicação consigo mesmo e com os outros, a palavra-chave é, portanto, confiança (HILL; GAUER; GOMES, 1998). É preciso estimular a comunicação aberta para que os filhos sintam incentivados a discutir seus sentimentos e medos e os pais respondam às crianças de forma clara sobre a fonte e o contexto específico das experiências na família. Desse modo, há menor probabilidade da criança se sentir rejeitada ou abandonada pelos pais em função dos fatores contextuais da família e menor probabilidade de que a criança desenvolva um apego inseguro. (RANGARAJAN, 2008). Trindade e Costa (2012) destacam a

importância de se criar espaços legítimos de fala para adolescentes FAs que convivem com o silêncio sobre o alcoolismo e os bloqueios na comunicação familiar. Nesse contexto, o sigilo deve ser sempre enfatizado. Todavia, é preciso criticar o fato de que, de uma maneira geral, a AB oferece poucas oportunidades de escuta para crianças e adolescentes, limitando-se muitas vezes a tratar suas queixas orgânicas e atualizar seu cartão vacinal. A escuta dessas crianças e adolescentes pode ser estimulada em grupos de jovens nas escolas, em parceria com profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF. Outro importante ambiente para superar o silêncio dos FAs são os grupos de Alateen.

5.1.1 Efeitos do alcoolismo parental por faixa etária e suas vias de associação

Os estudos longitudinais permitem evidenciar as vias de associação do alcoolismo parental com os transtornos mentais e comportamentais dos filhos. Alguns desses resultados são apresentados a seguir em diferentes faixas etárias.

5.1.1.1 Na primeira infância

Diferentes trabalhos mostram associação direta do alcoolismo parental com problemas de externalização, mesmo na ausência de comorbidades parentais, que se iniciam já na primeira infância. Nesse contexto, cabe assinalar que as crianças começam a adquirir conhecimentos sobre o álcool aos 2 anos de idade. Esse processo aumenta com a idade e inclui o conhecimento sobre as normas culturais de uso do álcool pelos adultos (VOOGT et al, 2017).

Os filhos de homens alcoolistas apresentam níveis mais elevados de comportamento de internalização e externalização aos 24 e 36 meses de idade, em comparação com filhos de não alcoolistas (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006). Análises longitudinais de uma pequena amostra mostram números significativamente mais elevados de sintomas de externalização entre os FAs de ambos os sexos, que iniciam aos 2 anos de idade. (FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006). Filhos de homens alcoolistas exibem maior nível de agressividade (mais acentuado nos meninos do que nas meninas) entre 1 e 4 anos de idade, que não decresce normativamente entre 3 e 4 anos de idade quando as crianças que têm pai e mãe alcoolistas (EDWARDS et al., 2006). Essas crianças apresentam também menor assimilação de regras de conduta aos 3 anos de idade (predispondo-as indiretamente a maior risco para problemas de autorregulação), via níveis mais baixos de sensibilidade paterna durante as interações lúdicas com as crianças aos 2 anos de idade. Os autores afirmam que, ainda que a maioria dos pais relute em buscar tratamento para o alcoolismo, os cuidados

paternos poderiam ser alvo de intervenção que beneficiaria filhos de homens alcoolistas, tendo em vista que a maior sensibilidade paterna durante as interações lúdicas com as crianças aos 2 anos de idade foi associada a uma maior assimilação de regras de comportamento aos 3 anos de idade. (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006).

Vale ressaltar que um estudo comparativo qualitativo, com crianças de 4 a 10 anos de idade, também observou que aquelas que tinham familiares alcoolistas apresentaram menor aceitação das regras de educação impostas pela família do que aquelas sem familiares alcoolistas. Estas últimas também pareceram assumir com maior responsabilidade as tarefas domésticas que lhes são atribuídas (embora estas sejam as que menos lhes agradam desempenhar), provavelmente porque tais tarefas são por elas entendidas como parte de sua educação, e contribuem para o sentimento de pertença à família (CAVADAS; FONTE, 2009).

Os níveis mais elevados de comportamento de internalização e externalização em FAs, aos 24 e 36 meses de idade, são moderados pelo apego seguro com suas mães aos 12 meses de idade, o qual resulta em externalização significativamente menor aos 24 e 36 meses de idade, e internalização significativamente menor aos 36 meses de idade. Portanto, o apego seguro mãe-bebê aos 12 meses de idade parece ser um fator de proteção para comportamento de internalização e de externalização na prole de homens alcoolistas (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006).

Foi também observada associação indireta entre alcoolismo paterno aos 12 e 18 meses de idade e comportamento de externalização em crianças no jardim de infância (aos 4 anos de idade), via níveis mais baixos de sensibilidade/ acolhimento materno aos 2 anos de idade, que ocasionam empobrecimento das habilidades de autorregulação da criança (simultaneamente associado a problemas de externalização) aos 3 anos de idade, e, por sua vez, se associam longitudinalmente a maiores problemas de comportamento de externalização no jardim de infância (aos 4 anos de idade). Logo, um dos caminhos para a manifestação de maiores problemas de externalização entre FAs pode ser via cuidados maternos e paternos e a autorregulação da criança nos anos pré-escolares. (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007). Eiden e colaboradores (2010) observam que as intervenções voltadas para a faixa etária de 1 a 3 anos podem ser mais benéficas. Tais observações reforçam a importância de orientação e apoio para pais e/ou mães alcoolistas acerca da importância dos vínculos e cuidados maternos e paternos.

O beber problemático parental se associa diretamente com reações emocionais ao conflito mais negativas em crianças no jardim de infância, e foi preditivo de expectativas negativas para o futuro nessas crianças. Ademais, o beber problemático parental se associa

indiretamente com a insegurança emocional da criança na fase pré-escolar e com suas reações ao conflito, via maior conflito/ agressão conjugal. Logo, a agressão conjugal desempenha um papel importante na associação entre o beber problemático dos pais e o desajuste da criança. (KELLER et al, 2011).

5.1.1.2 Na segunda infância

Há associação direta entre o alcoolismo parental diagnosticado aos 12 meses de idade dos meninos e o comportamento de *'bullying'* com colegas na quarta série (aos 9-10 anos de idade). As associações indiretas demonstram heterogeneidade de risco de acordo com o gênero parental, em função do tipo de apego mãe-bebê aos 18 meses de idade. (EIDEN et al., 2010) e estão incluídas na discussão da dimensão parental.

5.1.1.3 Na adolescência

Berg e colaboradores (2016) estudaram os efeitos dos problemas parentais crônicos com o álcool no desempenho escolar de filhos(as) adolescentes e observaram:

- (a) notas mais baixas durante os últimos anos do ensino fundamental e pontuações mais baixas em testes de matemática realizados na nona série. Tais riscos são significativamente maiores quando pai e mãe apresentam problemas crônicos com o álcool, em comparação com apenas um deles;
- (b) fracasso para ingressar no ensino médio duas a três vezes maior em relação a outros filhos;
- (c) abandono escolar antes da nona série significativamente maior do que outras crianças.

Os mesmos autores indicam duas vias principais para o efeito dos problemas parentais crônicos com o álcool no desempenho escolar de filhos(as) adolescentes:

- (a) biológica (por meio de exposição ao álcool durante o desenvolvimento fetal ou fatores genéticos associados a problemas com o álcool); e
- (b) psicossocial (por meio de fatores adversos que comumente se associam ao uso parental nocivo de álcool, como separação dos pais, fragilidade das condições de vida que conduzem à necessidade de receber benefício social e pai envolvido em crime grave).

Concluem que, na Suécia, os transtornos parentais relacionados ao álcool estão associados a baixo desempenho escolar de seus filhos, na idade de 15 a 16 anos, com a maioria dos efeitos estatísticos sendo atribuída a circunstâncias psicossociais da família que costumam ocorrer junto com problemas parentais de álcool, como transtornos psiquiátricos parentais, uso de drogas e criminalidade, bem como recebimento de benefícios sociais ou de bem-estar infantil (BERG et al., 2016).

Marmorstein, Iacono e McGue (2009) encontraram associação direta entre alcoolismo parental e transtornos de externalização em adolescentes de 17 anos, os quais tinham 2-3 vezes mais chances de apresentarem TDAH, TDO, TC, dependência de álcool (DA). A dependência de substâncias é tipicamente um dos últimos transtornos a se desenvolver (MARMORSTEIN; IACONO; MCGUE, 2009). Logo, intervenções preventivas precoces para os transtornos de externalização seriam mais adequadas para o cuidado dos FAs e poderiam ter resultados melhores também em relação à prevenção do abuso/dependência de álcool e outras drogas.

5.1.2 Efeitos do alcoolismo parental por gênero da prole

De acordo com Trindade e Costa (2014), os sentimentos de insegurança nos FAs são vivências emocionais que se diferenciam em função do gênero. Os meninos tendem a sentir mais medo do futuro, da vida e da repetição do fracasso paterno, enquanto as meninas tendem a vivenciar sua insegurança nos relacionamentos afetivos e na dificuldade de obter intimidade nas relações. Souza, Jeronymo e Carvalho (2005) também observaram que as meninas FAs revelaram sinais de dificuldade de relacionamento, que não foram observados nos meninos.

Segundo Raitasalo e colaboradores (2019), as meninas apresentam maior risco do que os meninos para transtornos do humor (depressão – com ou sem ansiedade associada – ou euforia) e menor risco para transtornos do desenvolvimento psicológico (em relação à fala, linguagem, capacidade de aprender, habilidades motoras e da interação social). Os sintomas de internalização também foram observados por Furtado; Laucht; Schmidt, (2006) somente em meninas FAs e aumentaram até a idade de 11 anos, com destaque para as queixas somáticas.

As filhas adolescentes cujas mães são alcoolistas apresentam pior desempenho escolar aos 15-16 anos de idade do que os filhos, com notas mais baixas e maior risco de não ingressar no ensino médio. Nenhuma diferença de gênero dos filhos foi observada em relação ao alcoolismo paterno (BERG et al., 2016).

Quanto aos meninos, foi observado que os filhos de homens alcoolistas exibem maior nível de agressividade do que nas meninas entre 1 e 4 anos de idade (EDWARDS et al., 2006); menor autorregulação aos 3 anos de idade em comparação com as meninas. (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007) e comportamento de ‘*bullying*’ com colegas na quarta série aos 9-10 anos de idade, via apego inseguro com a mãe aos 18 meses de idade. Os filhos que tinham relação de apego seguro com as mães alcoolistas aos 18 meses também apresentaram

associação significativa com comportamento de *'bullying'* com colegas na quarta série aos 9-10 anos de idade. (EIDEN et al., 2010).

Pisinger, Bloomfield e Tolstrup (2016) observaram que os meninos do ensino médio e do ensino profissional, com idade entre 12 e 25 anos, que relataram terem se sentido frequentemente inseguros por causa do beber parental, tinham chances três vezes maiores de sintomas emocionais frequentes do que seus pares.

Algumas diferenças de gênero também foram encontradas em FAs provenientes de famílias multialcoolistas, tais como: maior desobediência às instruções dos pais, na faixa etária de 18 e 24 meses, especialmente em meninos (REYNA, 2012); déficits de competência social aos 6 anos de idade, em meninas, que desaparecem na adolescência (HUSSONG et al., 2005); problemas de conduta em meninos de 8 a 10 anos de idade (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010); maior risco para sintomas de internalização, especialmente em meninas (nos sintomas autorrelatados), sem qualquer risco adicional para os meninos (HUSSONG et al., 2008b).

Nas famílias complexas, foram observados problemas de conduta em meninos de 8 e 10 anos de idade. Todavia, Hill, Tessner e McDermott (2011) não encontraram diferença de gênero no risco aumentado para TDAH e TC em FAs de famílias maternas complexas, aos 19 anos; e o risco para sintomas de externalização entre os FAs, avaliado por Hussong e colaboradores (2007), tampouco foi moderado pelo gênero da criança.

Cabe ainda ressaltar aqui a observação de que as filhas de alcoolistas são mais propensas a se casarem com homens alcoolistas (SILVA, P.; SILVA, M.; VAZ, 2013), fato que deve ser considerado nas estratégias terapêuticas para meninas FAs.

5.1.3 Subtipos de personalidade dos filhos de alcoolistas

A heterogeneidade de personalidades entre os FAs foi categorizada em cinco subtipos de personalidade para o grupo de adolescentes: de Externalização/ irritado/ raivoso; Desajeitado/ inibido/ (de internalização); Hiperconsciente / de alto desempenho; Emocionalmente desajustado; e Sexualizado / Autodestrutivo. Ainda que não se possa assumir que o alcoolismo dos pais cause os subtipos de personalidade empiricamente deduzidos por Hinrichs, Defife e Westen (2011), devem ser elaboradas intervenções de cuidado individualizadas, levando em conta as diferenças de personalidade dos FAs na construção dos projetos terapêuticos. No entanto, é preciso estar ciente de que as intervenções terapêuticas para FAs encontram barreiras familiares importantes, na medida em que os pais que abusam de substâncias geralmente são relutantes em permitir que seus filhos se envolvam

em qualquer tipo de tratamento de saúde mental (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).

A observação de que grande parte dos FAs é acentuadamente bem ajustada deveria estimular abordagens preventivas, terapêuticas e reabilitadoras neste contexto, as quais favoreceriam seu desenvolvimento saudável, de forma que o bem-estar dos FAs não dependesse exclusivamente da abstinência parental ou da paz familiar (TRINDADE; COSTA, 2012). Estudo de revisão sistemática identificou diversos fatores de proteção que se referem à dimensão individual do FA: ter mais idade, alta autoestima, elevada autorregulação, altas habilidades acadêmicas e cognitivas, além de temperamento flexível e otimista; (WLODARCZYK et al., 2017). Outras duas categorias constituem componentes de proteção individual para os FAs: (a) competência, que se refere a boas habilidades cognitivas, boa autorregulação de emoções e impulsos, autopercepção positiva, talentos que são valorizados por si mesmo e pela sociedade e ser atraente ou carismático para outros; e (b) otimismo, que inclui autoeficácia, espiritualidade e uma identidade clara e positiva. (WLODARCZYK et al., 2017).

5.2 Dimensão parental

Na maioria das famílias, o membro alcoolista é o pai, mas também são estudados casos de alcoolismo materno, que evidenciam especificidades de gênero parental. Em filhos pré-escolares, por exemplo, o beber problemático materno foi preditivo de maiores reações de tristeza na criança e o beber problemático paterno foi preditivo de maiores reações de raiva (KELLER et al, 2011).

São descritas a seguir algumas especificidades relativas ao gênero parental.

5.2.1 Alcoolismo paterno

O alcoolismo paterno repercute negativamente no relacionamento familiar e provavelmente impede a construção de vínculos de intimidade e proximidade entre pai-filho(a) e, desse modo, a criança tende a perceber mais afetividade na sua relação com a mãe. No entanto, quanto menos afetividade a criança percebe em sua relação com a mãe, mais sinais de problemas de comportamento ela tende a apresentar (SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012).

Os estudos longitudinais mostram que filhos de homens abusadores de álcool com um relacionamento rompido (situação de acúmulo de fatores de risco) apresentam maior risco para problemas de atenção na escola, não sendo observadas diferenças por idade ou sexo nesse aspecto (TORVIK et al., 2011). O alcoolismo paterno também pode ser fator de risco

para o desenvolvimento de sintomas de externalização (comportamento delinquente e agressivo na infância), em meninos e meninas; e para o desenvolvimento de sintomas de internalização (especialmente queixas somáticas) em meninas, que aumentam até a idade de 11 anos (FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2006).

Os filhos de homens alcoolistas exibiram maior desobediência às instruções dos pais, na faixa etária de 18 e 24 meses, quando comparados aos filhos de pais não alcoolistas. Os baixos níveis de adaptação e coesão familiar facilitaram a conexão entre os problemas paternos com o álcool e os problemas da criança. Níveis elevados de funcionamento familiar positivo atuaram como fatores de proteção e estabilização contra problemas cognitivos e de adaptação dos filhos (REYNA, 2012).

O alcoolismo paterno é mediado por fatores emocionais em relação aos problemas de externalização, internalização e sociais dos filhos entre 6 e 12 anos de idade: a reatividade emocional é um fator de vulnerabilidade, que aumenta a raiva, o medo e, em menor grau, a tristeza, potencializando, assim, os efeitos do alcoolismo paterno na criança. Por outro lado, a regulação emocional é um fator de proteção contra tais problemas. Ainda nessa mesma faixa etária de FAs, de 6 a 12 anos, o alto nível de coesão e adaptabilidade familiar é ressaltado como fator de proteção contra as dificuldades cognitivas e adaptativas associadas ao alcoolismo parental e como um mediador para problemas de adaptação. (REYNA, 2012).

Keller e colaboradores (2008) observaram, em três ondas anuais de avaliação, duas vias de associação indireta entre o uso paterno problemático do álcool (tempo 1) e os problemas de desenvolvimento e adaptação dos filhos na segunda infância (tempo 3), por meio de comportamentos destrutivos de conflito conjugal (tempo 2), que se associam à parentalidade ruim por meio de: (a) diminuição do acolhimento parental (tempo 2), resultando em maiores problemas de adaptação (comportamentos retraídos, ansiosos ou deprimidos; e comportamento agressivo e delinquente) 1 ano após (tempo 3); ou (b) aumento do controle psicológico (tempo 2), resultando em comportamentos retraídos, ansiosos ou deprimidos (internalização, no tempo 3). Logo, a melhoria dos cuidados parentais mostra-se uma importante estratégia terapêutica para essas crianças.

Eiden e colaboradores (2010) demonstram que o alcoolismo paterno aos 12 meses de idade dos meninos se associa diretamente ao comportamento de *'bullying'* com colegas na quarta série e também indiretamente, via apego inseguro mãe-bebê aos 18 meses de idade. Essas associações não foram significativas para as meninas. Os autores afirmam que intervenções que promovam a melhoria da qualidade do relacionamento com a mãe podem ter implicações significativas para as relações com os colegas no meio da infância, especialmente

para os meninos com pais alcoolistas. Por outro lado, há que se considerar a associação indireta do alcoolismo materno aos 12 meses do menino e comportamento de *'bullying'* com colegas na quarta série, via apego seguro mãe-bebê aos 18 meses, o que evidencia a possível consequência negativa da relação segura com progenitor problemático, não conferindo, desse modo, proteção contra a adversidade (EIDEN et al., 2010).

As relações entre o alcoolismo parental, o ambiente familiar e a adaptação social foram estudadas em FAs de 10 a 14 anos de idade. A análise mediacional indicou que a relação entre o consumo paterno de álcool e a baixa autoestima da criança é mediada pela coesão familiar (REYNA, 2012).

Embora seja aceito na literatura que o alcoolismo do pai se associa à gravidez na adolescência da filha, o artigo analisado neste trabalho não encontrou associação entre gravidez na adolescência e uso frequente de álcool por familiar (CAPUTO; BORDIN, 2008).

5.2.2 Alcoolismo materno

Embora os homens bebam proporcionalmente mais do que as mulheres, algumas pesquisas que comparam o alcoolismo materno e paterno sugerem que o primeiro poderia afetar de forma mais negativa o desenvolvimento dos filhos (RANGARAJAN, 2008; TORVIK et al., 2011; ROGNMO et al., 2012; RAITASALO et al., 2019), porque as mães tendem a ocupar um papel de cuidador mais importante do que os pais (TORVIK et al., 2011; ROGNMO et al., 2012), ou porque o abuso alcoólico materno, sendo uma condição mais rara do que o paterno, poderia levar a aumento do estigma social ou a piores consequências sociais para os filhos (ROGNMO et al., 2012). Outra possibilidade seria que as mulheres alcoolistas costumam ter parceiros alcoolistas, e, nesses casos, os efeitos do alcoolismo materno se confundiriam com aqueles do alcoolismo biparental (HUSSONG et al., 2008a). Uma explicação adicional seria que os pais que abusam de álcool não costumam morar com os filhos com a mesma frequência que as mães que abusam de álcool e *'não morar com aquele que abusa de álcool'* seria um efeito protetor para a prole (RAITASALO et al., 2019). Por fim, considerando que, em média, as mulheres bebem menos que os homens, outra explicação seria que o beber patológico em mulheres poderia indicar um fator de estresse mais grave (TORVIK et al., 2011). No entanto, há estudos que contestam a maior gravidade do alcoolismo materno. Um estudo transversal dinamarquês observou que os problemas parentais de álcool percebidos pelos filhos foram significativamente associados a maior probabilidade de sintomas emocionais frequentes, depressão, baixa autoestima e solidão entre meninos e meninas, mas as associações não foram significativamente mais fortes para problemas de

álcool da mãe quando comparados com os problemas de álcool do pai, possivelmente porque há um alto nível de igualdade de gênero em relação às responsabilidades parentais na sociedade dinamarquesa (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016). Outros dois estudos longitudinais reforçam a falta de consenso sobre esse tema: Keller e colaboradores (2008) não encontraram associações entre os problemas de uso do álcool materno e o funcionamento familiar ou o funcionamento dos filhos; Knudsen e colaboradores (2015) apontam que nenhum efeito causal foi encontrado entre o uso pesado de álcool materno pós-natal e problemas de comportamento nos filhos de 3 anos de idade, e que os níveis aumentados de problemas de comportamento de externalização (problemas de atenção e comportamento agressivo) e de internalização (emocionalmente reativo, ansioso/ deprimido e queixas somáticas) nos filhos pequenos foram completamente explicados pelo controle de fatores de confusão observados e não observados em um modelo de efeito fixo e não pelo uso de álcool em si. Pode-se supor que tais efeitos sejam mais evidentes em faixas etárias mais altas, que não foram avaliadas pelo estudo.

Adolescentes filhos de abusadores do álcool apresentam pontuação moderadamente elevada para distúrbios de atenção e de conduta na escola, que tende a ser mais importante em relação ao beber abusivo materno (quando comparado com o paterno). Nesse caso, pondera-se que o aparente risco mais elevado associado às mães pode ser explicado não apenas pelo enfraquecimento do papel do cuidador primário, normalmente realizado pela mãe, mas também pelo fato dela beber durante a gravidez ou ainda porque o beber patológico em mulheres poderia indicar um fator de estresse mais grave, com maior vulnerabilidade hereditária para problemas de controle de impulso. (TORVIK et al., 2011).

Meninas adolescentes cujas mães são alcoolistas apresentam pior desempenho escolar aos 15-16 anos de idade do que os filhos, com notas mais baixas e maior risco de não ingressar no ensino médio. (BERG et al., 2016).

Os problemas maternos com álcool aos 5 anos foram preditivos de maior externalização (agressividade e quebra de regras) aos 11 anos. Esta associação diminui quando a mãe é acolhedora e não usa técnicas severas de criação dos filhos, o que evidencia o papel protetor de práticas parentais positivas. Os autores enfatizam que os pais e outros membros da família devem ter comportamento positivo nesse contexto (CORNNERS-BURROW et al., 2015). Nesse sentido, Eiden e colaboradores (2010) chamam a atenção para os efeitos em cascata e os custos do risco de exposição precoce ao alcoolismo parental e propõem apoiar os esforços de saúde pública a fim de que cuidadores de crianças pequenas tenham mais acesso aos serviços de tratamento de abuso de substâncias e de saúde mental.

Análises longitudinais dos efeitos do alcoolismo materno evidenciam maiores reações de tristeza em crianças pré-escolares (KELLER et al, 2011) e maior risco de problemas mentais e comportamentais nos filhos, sem diferença para o abuso alcoólico grave ou menos grave (RAITASALO et al., 2019). Lund e colaboradores (2020) não observaram associação entre o uso materno nocivo de álcool e os problemas emocionais nos filhos até 5 anos, mas evidenciaram associação entre consumo alcoólico materno de risco, sem transtorno, e problemas de comportamento (internalização e externalização) em filhos até 5 anos, o que indica a transmissão ambiental e familiar do risco e sugere que a redução no consumo de álcool pela mãe poderia melhorar os resultados para estas crianças. Tendo em vista que o aprendizado sobre o álcool é também influenciado por associações que a criança faz entre sua experiência sensorial e o contexto emocional no qual a mãe bebe (MENNELLA; FORESTELL, 2008), seria aconselhável que o uso abusivo de álcool não fosse testemunhado pela criança. É possível que esta medida se confunda com outro possível fator de proteção para a prole, citado por Raitasalo e colaboradores (2019): ‘não morar com aquele que abusa de álcool’, um aspecto mais comum para os pais alcoolistas do que para as mães.

A observação do aumento significativo do consumo abusivo de álcool entre as mulheres brasileiras (BRASIL, 2019) aponta para a necessidade de maior informação da sociedade sobre os riscos associados a essa condição, com divulgação mais ampla em unidades de saúde, escolas, ambientes profissionais e na mídia.

5.2.3 Presença de comorbidades parentais

Outro aspecto que se refere à heterogeneidade de risco na dimensão parental é a presença de comorbidade parental. Ainda que os FAs apresentem mais sintomas de externalização, independentemente da comorbidade parental (HUSSONG et al., 2007), estudos longitudinais e de revisão que abordam esse tema demonstram que:

- (a) o alcoolismo antissocial representa um risco estável e precoce para sintomas de externalização nos filhos (HUSSONG et al., 2007); e que FAs apresentam risco mais elevado para desenvolvimento de problemas comportamentais e de atenção, somente quando há associação de alcoolismo parental e transtorno de personalidade antissocial paterno (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011).
- (b) o alcoolismo depressivo se associa a um risco intermediário, entre alcoolismo antissocial e o alcoolismo sem comorbidade, para sintomas de externalização (HUSSONG et al., 2007);
- (c) o alcoolismo depressivo representa um risco maior que o alcoolismo antissocial para os sintomas de internalização (HUSSONG et al., 2008b);

(d) o alcoolismo paterno depressivo se associa mais fortemente com a competência social dos filhos, enquanto a depressão em mães alcoolistas está mais associada a algumas psicopatologias infantis (REYNA, 2012);

A literatura assume que os FAs são grupo de risco para diferentes transtornos de externalização. Contudo, cabe frisar o resultado divergente de um dos artigos analisados nesta pesquisa bibliográfica, que estudou longitudinalmente um número reduzido de FAs com transtornos de externalização e encontrou taxas semelhantes à população em geral quanto a TC e TDAH, não evidenciando relação destes transtornos com a história familiar de transtorno por uso de álcool e outras drogas. A característica heterogênea da doença do alcoolismo poderia explicar um risco diferente para cada família, em função de eventual associação a comorbidades, ou diferenças do metabolismo, ou ainda em função do nível de resposta ao álcool, para além da história familiar de alcoolismo (SCHUCKIT et al., 2008). Questões relacionadas ao tamanho da amostra, aos transtornos investigados e à faixa etária também poderiam influenciar esses resultados.

5.2.4 Fatores de proteção e possibilidades de apoio/prevenção/tratamento para FAs

O senso comum fomenta a percepção de que os problemas associados ao alcoolismo só são resolvidos quando o alcoolista admite que tem um problema, busca ajuda e para de beber. De fato, a família afetada pelo alcoolismo pode se beneficiar do tratamento do membro alcoolista (HILL; GAUER; GOMES, 1998): foi demonstrado que o maior envolvimento dos pais no tratamento de 12 passos em AA foi preditivo de menores problemas de externalização nas crianças, 12 meses após; e que esta associação foi mediada pelos comportamentos paternos pós-tratamento (maior comparecimento às reuniões de AA e maior abstinência). Portanto, o maior envolvimento dos pais no tratamento beneficia não apenas os próprios participantes, mas também seus filhos, ainda que indiretamente, em relação aos sintomas de externalização. O estudo não observou associação entre envolvimento dos pais com o tratamento de 12 passos e os sintomas de internalização, provavelmente porque tais sintomas se associam a outros fatores além do alcoolismo paterno (ANDREAS; O'FARRELL, 2009).

Um estudo de caso brasileiro constatou que após ingresso do alcoolista em AA, a situação de violência doméstica, brigas com a vizinhança, instabilidade profissional e conflitos com colegas de trabalho se modificou lentamente, levando à drástica mudança de vida, com emprego regular e sem vivenciar maiores problemas. No entanto, o distanciamento dos filhos em relação ao pai alcoolista necessitou de um programa de gerenciamento, segundo o qual os filhos obtiveram informações sobre o alcoolismo e puderam conhecer outros

alcoolistas em AA, entre outras intervenções (REINALDO; PILLON, 2008). Filizola e colaboradores (2006) também enfatizam a necessidade dos familiares receberem maiores informações sobre o alcoolismo e o seu tratamento.

Muitas outras ações de intervenção para crianças/adolescentes codependentes de familiares alcoolistas são apontadas na literatura em relação aos cuidados parentais, às formas de interação familiar e à rede de atenção à saúde. Nesta perspectiva, os efeitos observados em cada faixa etária e as vias de associação evidenciadas entre estes efeitos e o alcoolismo parental/familiar permitem vislumbrar possibilidades de intervenção nesse contexto, tais como:

- (a) apoiar os esforços de saúde pública para aumentar o acesso aos serviços de tratamento de abuso de substâncias e de saúde mental para os cuidadores de crianças pequenas, além de estimular intervenções voltadas para a faixa etária de 1 a 3 anos (EIDEN et al., 2010), considerando-se o predomínio de efeitos distais do alcoolismo parental, tanto em relação aos sintomas de externalização quanto de internalização, e o maior potencial de maleabilidade no funcionamento das crianças na fase precoce do desenvolvimento (HUSSONG et al., 2010);
- (b) evitar ao máximo o conflito e a agressão conjugal, a fim de diminuir o risco de desajuste da criança (KELLER et al, 2011) e favorecer a coesão familiar, tendo em vista que, ao longo do ciclo vital, o funcionamento familiar será mais equilibrado, quanto maior for a independência e a coesão entre seus membros (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012). Para tanto, é importante apoiar e conscientizar o cônjuge não alcoolista, para que ele seja capaz de iniciar a modificação deste tipo de interação no ambiente familiar. Afinal, até o senso comum admite que ‘quando um não quer, dois não brigam’. A relação de respeito entre os pais (sem humilhações ou agressões físicas entre eles) constitui um elemento protetor para os adolescentes que vivenciam adversidades (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006);
- (c) fortalecer as diferentes dimensões de cuidados parentais (acolhimento/ sensibilidade dos pais, consistência da disciplina e controle/ monitoramento parental) (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010), incrementando a responsividade parental (IACOPETTI et al., 2018);
- (d) incluir o pai alcoolista nas brincadeiras com os filhos, tendo em vista que estes pais não costumam participar dessas atividades (CAVADAS; FONTE, 2009); e fortalecer a sensibilidade paterna durante as interações lúdicas com as crianças pequenas, o que se associa a maior assimilação de regras de conduta e diminui o risco para problemas de autorregulação. Este aspecto sugere que os cuidados paternos poderiam ser alvo de intervenção que beneficiariam filhos de homens alcoolistas, ainda que a maioria destes pais relute em buscar tratamento para o alcoolismo (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006);

(e) estimular o apego seguro mãe-bebê (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006) e maior sensibilidade/ acolhimento materno da criança (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007), que representam importantes fatores de proteção. Tal estímulo pode ser iniciado precocemente, desde o acompanhamento pré-natal da gestante;

(f) prestar atenção clínica não só para o dependente de álcool e outras drogas, mas também para o cônjuge, a fim de otimizar a prevenção nos filhos, considerando que ter pelo menos um pai/mãe biológico não afetado pela dependência provavelmente é um efeito protetor para o filho (VIDAL et al., 2012);

Portanto, os esforços de intervenção voltados para os cuidados maternos e paternos, a melhoria da qualidade do relacionamento mãe-filho, bem como a vivência de interações interparentais não conflituosas e a melhoria da atenção dos profissionais de saúde são alguns importantes aspectos para a melhoria do cuidado em relação à dimensão parental.

Os fatores de proteção identificados em relação à dimensão parental, em revisão sistemática, são:

(a) apego seguro; relacionamento pai-filho positivo; parentalidade positiva e consistente; e menor parentalização. Os dois primeiros estão incluídos no fator vínculo, que se refere a apego emocional, comprometimento com os cuidadores e ainda a relacionamentos próximos com adultos maduros e cuidadosos, entre outros aspectos.

(b) apego seguro pai-filho(a)/ mãe-filho; mãe receptiva, apoio parental; alto apoio social à criança. Cabe salientar que o efeito protetor do apoio parental era cancelado se o adolescente tivesse uma personalidade altamente impulsiva. (WLODARCZYK et al., 2017).

(c) mãe com estilo de parentalidade altamente controladora e pai cujo estilo de parentalidade é pouco controlador (WLODARCZYK et al., 2017);

(d) menor estresse dos pais na forma de educar os filhos (WLODARCZYK et al., 2017).

5.3 Dimensão familiar

É inegável que o abuso e a dependência do álcool são responsáveis por importante desestruturação do ambiente familiar, e que, em muitos casos, ocorre uma situação de verdadeiro caos (CAVADAS; FONTE, 2009; HUSSONG et al., 2007; HUSSONG et al., 2008c; HUSSONG et al., 2010). Todos os familiares que convivem com um alcoolista não recuperado estão sujeitos a maior estresse (FIGLIE et al., 2004; HUSSONG et al., 2008c). A disfunção familiar observada nesses ambientes (FIGLIE et al., 2004; TRINDADE; COSTA, 2012; MOSS, 2013) frequentemente se superpõe ou se associa a:

(a) conflitos familiares (FIGLIE et al., 2004; CAVADAS; FONTE, 2009);

- (b) conflitos conjugais (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006; KELLER et al., 2008; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; TRINDADE; COSTA, 2012), com ênfase também na importância de níveis subclínicos de problemas de uso do álcool, aos quais o relacionamento conjugal pode ser particularmente sensível, resultando em comportamento ofensivo ou inadequado, como flertar com outras pessoas ou envolvimento em alteração física, tornando-se assim uma fonte de conflito a longo prazo para o casal. (KELLER et al., 2008);
- (c) aprisionamento do cônjuge codependente no papel de controlador do alcoolista (TRINDADE; COSTA, 2012);
- (d) separações familiares e divórcio (REINALDO; PILLON, 2008; HUSSONG et al., 2008c; BERG et al., 2016);
- (e) dificuldades financeiras e legais / problemas policiais (CAVADAS; FONTE, 2009; HUSSONG et al., 2008c; FIGLIE et al., 2004);
- (f) problemas clínicos relacionados ao uso de álcool (HUSSONG et al., 2008c);
- (g) negação do alcoolista sobre seu alcoolismo/ uso prejudicial do álcool (REINALDO; PILLON, 2008);
- (h) morte de familiares (FIGLIE et al., 2004);
- (i) violência doméstica, com ofensas verbais, agressões físicas, violência sexual, destruição de bens, etc., que comprometem o bem-estar físico e psicológico da família (FIGLIE et al., 2004; ZILBERMAN; BLUME, 2005; FILIZOLA et al., 2006; FÉLIX, 2007; LARANJEIRA et al., 2007; REINALDO; PILLON, 2008; CAVADAS; FONTE, 2009; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012; SALCEDO; CARVALHO, 2005), bem como outras formas de violência, que ocorrem de modo mais sutil, como discussões sobre assuntos financeiros (em situações em que o usuário pega dinheiro do cônjuge ou desvia dinheiro que poderia ser utilizado para pagar contas domésticas para comprar bebida, por exemplo) (SMITH, 2000; FILIZOLA et al., 2006), ou que ocorrem de forma velada, quando, por exemplo, a esposa é compelida por padrões socialmente estabelecidos a permanecer com seu cônjuge alcoolista, mesmo que ele lhe seja infiel, (SENA et al., 2011), ou ainda por meio do incômodo com a intimidade conjugal (FILIZOLA et al., 2006), e que também configuram situações de violência psicológica;
- (j) distúrbios do cuidado parental (que incluem abuso físico e sexual) (REINALDO; PILLON, 2008; SALCEDO; CARVALHO, 2005);
- (k) falhas das funções parentais (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012; REYNA, 2012), parentalidade ruim, com diminuição da sensibilidade / acolhimento parental e maior controle psicológico parental (KELLER et al., 2008), práticas educativas que oscilam entre o excesso

de rigidez e a negligência (TRIANA; RODRIGO, 2014) e indisponibilidade física ou emocional, periódica ou crônica, de um ou ambos os pais (RANGARAJAN, 2008), que resultam em abandono/ negligência com os filhos, deficiências na gestão doméstica e alteração da organização e das rotinas familiares (CAVADAS; FONTE, 2009; TRINDADE; COSTA, 2012; SALCEDO; CARVALHO, 2005). Nessas famílias, o álcool assume um lugar central nas interações entre seus membros (STEINGLASS, 1976) e todos os outros temas são relegados a um segundo plano, inclusive o cuidado dos filhos (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012). As crianças FAs podem perceber equivocadamente os comportamentos parentais como rejeição, o que aumenta a probabilidade de apego inseguro aos pais (RANGARAJAN, 2008).

(l) relacionamentos pais/mães-filhos(as) mais precários, caracterizados por dificuldades de comunicação dos filhos com a mãe ou o pai, falta de interesse parental e falta de confiança parental (PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016). Padrões inadequados de interação entre pai (alcoolista) e filho(a) (FIGLIE et al., 2004), distanciamento dos filhos em relação ao pai alcoolista, por medo ou vergonha (FILIZOLA et al., 2006; REINALDO; PILLON, 2008).

(m) parentalização dos filhos (BOSZORMENYI-NAGY; SPARKS, 1984; SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012; TRINDADE; COSTA, 2012);

(n) falhas ou bloqueios na comunicação familiar na tentativa de manter o alcoolismo em segredo (HILL; GAUER; GOMES, 1998; FILIZOLA et al., 2006; TRINDADE, 2007; TRINDADE; COSTA, 2012; PISINGER; BLOOMFIELD; TOLSTRUP, 2016);

(o) intenso sentimento de vergonha nos familiares (FILIZOLA et al., 2006; TRINDADE, 2007; CAVADAS; FONTE, 2009; WEST; PRINZ, 1987);

(p) silêncio sobre o alcoolismo dentro e fora da família / negação do problema na família (CAVADAS; FONTE, 2009; TRINDADE; COSTA, 2012);

(q) baixos níveis de coesão familiar (TRINDADE, 2007; SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012; REYNA, 2012);

(r) medo de qualquer mudança nas relações familiares, rigidez da interação entre os membros da família e da função de cada um deles; evitação de experiências e informações novas e diferenciadas (ANDOLFI et al., 1984 apud FIGLIE et al., 2004; TRINDADE; COSTA, 2012);

(s) isolamento do grupo familiar, gerando distanciamento de outros familiares e amigos, o que compromete a vida social da família (FILIZOLA et al., 2006);

(t) comentários negativos de vizinhos e parentes sobre o pai/mãe alcoolista, que repercutem na rede social dos filhos (HUSSONG et al., 2008c).

- (u) incompreensão e desconhecimento dos familiares sobre o alcoolismo, suas repercussões, seu tratamento e sobre as possibilidades de apoio aos familiares para enfrentamento desta condição (em grupos de apoio mútuo como Al-Anon e Alateen, ou nos serviços públicos de saúde) (FILIZOLA et al., 2006);
- (v) dificuldades dos familiares para lidar com atitudes consideradas imorais, como roubo (ou furto) de dinheiro para o uso com bebidas (FILIZOLA et al., 2006);
- (w) dificuldade do alcoolista se manter empregado e irritação da família por ter que sustentá-lo (REINALDO; PILLON, 2008);
- (x) sentimento de impotência dos familiares diante da situação que vivenciam (TRINDADE, 2007); e
- (y) grande frustração e desgaste emocional em função das constantes tentativas de convencer o familiar a se tratar (FILIZOLA et al., 2006);

O ‘fator alcoolismo’ influencia a qualidade de vida e o funcionamento afetivo dessas famílias (CAVADAS; FONTE, 2009), e todos os membros da família que convivem com um alcoolista não recuperado estão sujeitos a maior estresse (FIGLIE et al., 2004). Os FAs são suscetíveis aos ambientes familiares deletérios frequentemente criados por seus cuidadores (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; HUSSONG et al., 2010) e apresentam risco aumentado de vivenciar mais eventos negativos na vida, além de maior risco para estímulos estressantes, os quais se manifestam para eles de forma mais grave e crônica, especialmente no domínio familiar (HUSSONG et al., 2008c). Nesse contexto, a qualidade do cuidado parental também pode ser comprometida pela preocupação do pai ou da mãe, tanto com seu próprio alcoolismo, quanto com o do(a) parceiro(a), criando um ambiente inadequado para o cuidado, no qual ele/ela possam achar estressante negociar as tarefas parentais em relação ao desenvolvimento normal dos filhos, com responsividade adequada que combine orientação de apoio e controle apropriado para as necessidades da criança. (RANGARAJAN, 2008).

As variáveis do ambiente familiar podem incrementar ou atenuar o risco de FAs e o alcoolismo parental exerce seus efeitos sobre a criança, pelo menos em parte, por meio do funcionamento familiar. Importante destacar que, quando as interações e as rotinas familiares transcorrem independentes do comportamento dos pais em relação ao álcool e quando há menos conflito familiar, o impacto do alcoolismo parental no desempenho social dos filhos é atenuado (REYNA, 2012).

Os estressores familiares são mais comuns entre crianças e adolescentes FAs do que nos controles, com destaque para as separações familiares (HUSSONG et al., 2008c). São também ressaltados como estressores familiares para FAs adolescentes: agressões físicas,

morte de familiares e problemas policiais, sendo os maiores índices de problemas neste grupo observados nas áreas que se referem a sistema familiar (41,9%), sociabilidade (41,6%), desordens psiquiátricas (41,1%) e lazer/recreação (40%) (FIGLIE et al., 2004).

Estressores familiares gerais e financeiros parecem ser resultados diretos do comprometimento parental (no caso de terem problemas de dinheiro, estarem doentes ou sofrerem uma lesão, se divorciarem, agirem mal na frente dos amigos, perderem o emprego, serem presos), o que também pode refletir os primeiros sinais do caos e do rompimento no lar alcoolista. O comprometimento parental pode repercutir na rede social dos FAs, com vizinhos e parentes dizendo coisas ruins sobre o pai/mãe alcoolista. A presença de tais estressores na família aliada ao impacto desestabilizador que eles podem ter para este grupo possivelmente seriam importantes indicadores de perturbação ambiental para esses filhos (HUSSONG et al., 2008c).

O alcoolismo produz um quadro de disfunção familiar, marcado por tentativas frustradas do cônjuge codependente de controlar o alcoolista, que resultam em conflitos conjugais, os quais, por sua vez, terminam por afetar os filhos. Estes são onerados por um processo de parentalização, no qual os papéis familiares se invertem, ou seja, os filhos passam a cuidar dos pais, ocasionando sequelas psicológicas profundas (TRINDADE; COSTA, 2012). Por outro lado, cabe lembrar que a análise do conteúdo dos desenhos e histórias de 54 filhos de dependentes químicos (dos quais 75% eram FAs) mostrou que 48,1% manifestaram maturidade precoce e 33,3% apresentaram autoestima adequada (FIGLIE et al., 2004). Embora a maturidade precoce possa se associar ao indesejável processo de parentalização dos filhos, tal característica, quando bem orientada, poderia viabilizar bons resultados para esse grupo.

Qualquer mudança nas relações familiares é percebida como uma ameaça, o que conduz a uma progressiva rigidez tanto da interação entre esses membros, quanto da função de cada um, cristalizando seus papéis em interações estereotipadas, que conduzem à simultânea evitação de experiências e informações novas e diferenciadas, e favorecem que a patologia do indivíduo mantenha o sistema e o funcionamento familiar (ANDOLFI et al., 1984 apud FIGLIE et al., 2004). Os FAs vivem em um ambiente familiar imprevisível e pouco manejável, no qual a vida cotidiana é marcada por comportamentos disfuncionais dos pais, com mudanças de humor, promessas não cumpridas, punições e recompensas arbitrárias e discursos inconsistentes (IACOPETTI et al., 2018).

Keller e colaboradores (2008) estudaram amostra de crianças com idades entre 5 e 8 anos, cujos pais apresentavam tanto DA, quanto problemas com o álcool que não atendem a

critérios clínicos para transtornos, e não encontraram efeitos diretos entre o uso parental problemático do álcool e os sintomas de internalização e externalização dos filhos. Apenas o beber paterno afetou as famílias por meio do conflito conjugal, o qual, por sua vez, se associou à parentalidade ruim, influenciando indiretamente o desenvolvimento e adaptação do(a) filho(a). Nesse estudo, os problemas de uso de álcool paterno se associaram mais fortemente aos conflitos conjugais do que os problemas de uso do álcool materno.

Os problemas parentais com o álcool se associam à baixa coesão familiar, má organização familiar e baixa autoestima geral da criança entre 10 e 14 anos de idade. (REYNA, 2012).

5.3.1 Famílias múltialcoolistas e famílias complexas

Homens e mulheres alcoolistas são mais propensos a se casarem com bebedores pesados (WEST; PRINZ, 1987; BLACK, 2002). O alcoolismo biparental caracteriza as famílias multialcoolistas, nas quais falta a potencial influência protetora de um pai/ mãe não acometido pelo alcoolismo (HUSSONG et al., 2007). Desse modo, são ambientes de maior risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e desajuste social, nos quais foram observados em estudos longitudinais:

(a) maior risco de sintomas de externalização (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011), que surgem pelo menos até meados da adolescência (HUSSONG et al., 2007). O alcoolismo biparental se associa positivamente aos sintomas de externalização quando há níveis mais altos de parentalidade inadequada (froxidão, hiperreatividade, verbosidade). Por outro lado, tal associação é negativa quando há satisfação com o relacionamento conjugal – o que, provavelmente, diminui os conflitos conjugais – e quando pai ou mãe não bebem abusivamente – o que diminui o impacto da parentalidade inadequada por meio de apego seguro ou de relacionamento positivo do(a) FA com o(a) não alcoolista. Este último pode ser capaz de fornecer o acolhimento, coesão e consistência necessários para amortecer o comportamento impulsivo e desinibido daquele(a) que bebe mais (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018);

(b) déficits de competência social, já citados anteriormente, aos 6 anos de idade, especificamente para meninas, que desaparecem na adolescência (HUSSONG et al., 2005);

(c) maior risco para sintomas de internalização, especialmente em meninas (nos sintomas autorrelatados). Nenhum risco adicional foi encontrado para os meninos (HUSSONG et al., 2008b);

(d) risco significativamente maior de baixo desempenho escolar em adolescentes, com notas mais baixas durante os últimos anos do ensino fundamental e pontuações mais baixas em testes de matemática realizados na nona série (BERG et al., 2016).

(e) Revisão sistemática aponta ainda maior probabilidade de experiências infantis adversas (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011); e

(f) revisão assistemática cita maior desobediência às instruções dos pais, na faixa etária de 18 e 24 meses, especialmente em meninos (REYNA, 2012).

Quanto às famílias complexas (com vários familiares alcoolistas, como tios e avós, e não necessariamente o pai e a mãe), os estudos longitudinais evidenciam associação/ maior risco para:

(a) desinibição comportamental e problemas de conduta em crianças de 8 e 10 anos de idade, especialmente em meninos (quanto aos problemas de conduta) e no grupo de crianças no qual os cuidados parentais eram menos eficazes (sendo FAs ou filhos de não alcoolistas). Tais problemas foram reduzidos a níveis não significativos quando ao menos duas de três dimensões de cuidado parental estavam acima da média (acolhimento, consistência da disciplina e monitoramento) (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010);

(b) TDAH, TC, TDO e DA na segunda infância e adolescência (HILL et al., 2008). Em famílias maternas complexas foi observado maior risco para TDAH e TC (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011);

(c) Transtorno depressivo na adolescência (propensão 4,4 vezes maior do que os controles), o que alerta para a necessidade de atenção para além dos transtornos de externalização, e aponta para a transmissão familiar que vai além da presença de um pai/mãe dependente do álcool, abrangendo tias, tios ou avós alcoolistas (HILL et al., 2008).

As investigações de famílias maternas complexas revelaram maior risco de FAs para:

(a) transtornos de externalização (TC e TDAH), com aumento de duas vezes no risco para TDAH e proporção superior a 20% dos filhos com TC, aos 19 anos. Não houve distinção em relação ao gênero dos filhos. (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011); e

(b) transtornos de internalização (TDM e TA) na segunda infância e adolescência, com início mais precoce para o desenvolvimento destes problemas (HILL; TESSNER; McDERMOTT, 2011).

5.3.2 Fatores de proteção e possibilidades de apoio/prevenção/tratamento familiar

Quando o alcoolismo parental se associa ao aumento de conflitos, abusos e instabilidade, a criança tende a perceber o ambiente familiar como estressante, perigoso e

ameaçador (RANGARAJAN, 2008). Este aspecto foi confirmado em estudo longitudinal que revelou associação indireta entre o beber problemático parental e a insegurança emocional da criança via maior conflito conjugal (KELLER et al, 2011), um resultado que indica a necessidade de orientação aos pais para que evitem as situações de conflito e exercitem outras formas de lidar com as desavenças, a fim de preservar a saúde mental dos filhos.

A parentalidade comprometida se revela especialmente em relação ao controle e às práticas disciplinares, que se associam também a supervisão deficiente e práticas disciplinares explosivas e inconsistentes. Em famílias caracterizadas por maior coesão e orientação para o sucesso, além de menor controle, as crianças apresentam menos problemas comportamentais (REYNA, 2012).

A literatura apresenta como fatores familiares de proteção contra os problemas de externalização e internalização dos FAs: maiores níveis de coesão e adaptabilidade da família (inclui o sentimento de proximidade e conexão emocional dos membros da família e a capacidade da família se adaptar e mudar em resposta a desafios) (WLODARCZYK et al., 2017). São citados ainda os quatro componentes principais de proteção para FAs: vínculo, competência, otimismo e ambiente. Os três primeiros já foram discutidos nas dimensões individual do FA e parental. O último se associa mais diretamente à dimensão familiar, abrangendo, por exemplo, um ambiente doméstico organizado, parentalidade com autoridade e vantagens socioeconômicas (WLODARCZYK et al., 2017). Quanto à organização do ambiente doméstico, Cavadas e Fonte (2009) citam a participação dos filhos nas tarefas domésticas, que contribui para o sentimento de pertença à família, para a coesão familiar e para o desenvolvimento autônomo dos filhos. Estudos demonstram que os adolescentes mais resilientes tendem a ser incluídos pelos pais em atividades produtivas, com ênfase na sua responsabilização com tarefas (nos estudos, atividades domésticas ou auxílio ao trabalho do pai ou da mãe) (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Outro trabalho analisado em revisão sistemática confirma como fatores de proteção da dimensão familiar: altos níveis de coesão; adaptabilidade e interação familiares; e confiabilidade dos membros da família. (WLODARCZYK et al., 2017).

Todos os aspectos mencionados acima em relação à disfunção familiar e aos fatores a ela associados podem acarretar graves consequências para o desenvolvimento dos FAs, para sua autoestima e para sua qualidade de vida e de saúde (RANGARAJAN, 2008; SENA et al., 2011). É preciso romper com o modelo de assistência fragmentado, que enfatiza apenas o dependente. A família que convive com um membro alcoolista precisa ser incluída como unidade de cuidado (SENA et al., 2011).

Dada a complexidade da dimensão familiar, fica evidente a necessidade de uma abordagem terapêutica familiar para o cuidado dos FAs em sofrimento, na qual é preciso encontrar formas de preservar o cotidiano da família – com seus valores, significados e necessidades compartilhados – para que o alcoolismo não seja o centro da vida familiar, pois cada membro tem suas necessidades, seus interesses e seus projetos e é no cotidiano que o sujeito se constrói, e não nas situações inusitadas (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012).

Tendo em vista a previsão de que os CAPSad, além de atendimento aos alcoolistas, também ofereçam suporte às famílias, por meio de terapias individuais e/ou grupais, atividades educacionais e de lazer (SENA et al., 2011), e considerando também o fato de que muitas unidades básicas de saúde não contam com profissionais psicólogos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), esses centros seriam o local mais adequado para a realização da terapia familiar.

A dinâmica familiar funcional requer a manutenção de uma hierarquia familiar, com subsistemas de pais e filhos claramente delineados (TRINDADE; COSTA, 2012), diminuindo, assim, o risco de parentalização dos filhos. A literatura também recomenda intervenções focadas na melhoria das práticas de funcionamento parentais e familiares, a fim de reduzir as consequências negativas em crianças afetadas (WLODARCZYK et al., 2017), com foco em padrões de organização familiar com um mínimo de estabilidade, sentimento de continuidade e rotinas que contribuiriam para a promoção da saúde familiar e a superação do caos doméstico/disfunção familiar. Nesse contexto, são fundamentais flexibilidade, capacidade de lidar com mudança, reorganização e adaptação (WALSH, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012), aspectos que podem e devem ser estimulados pelos membros não alcoolistas da família, pois o impacto do alcoolismo parental diminui quando o FA estabelece um vínculo positivo com o familiar não alcoolista e/ou os irmãos. (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b). Nessa perspectiva, destaca-se também o papel significativo desempenhado pela família ampliada, representada por avós, tios e primos, na vida dos adolescentes mais resilientes (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). A melhor vinculação do adolescente com os parentes não alcoolistas favoreceria seu desenvolvimento saudável e também poderia ser estimulada em relação a outras figuras de autoridade, como um professor próximo e afetuoso ou diferentes profissionais de saúde, já que a presença de uma forte relação positiva com um adulto competente constitui um dos mais importantes fatores de proteção face às adversidades (TRINDADE; COSTA, 2012).

Outras ações apontadas por Raitasalo e colaboradores (2019) são: (a) reconhecimento precoce da situação da família como fator crucial para a prevenção de problemas posteriores

na vida das crianças; (b) intervenções mais longas realizadas na escola, na comunidade e na família, para o treinamento de habilidades familiares para o cuidado das crianças; (c) inclusão de toda a família nos serviços de tratamento de alcoolistas.

As práticas de funcionamento parentais e familiares podem ser avaliadas/acompanhadas em visitas domiciliares da equipe de Saúde da Família de referência e discutidas com os usuários em grupos de pais, grupos de gestantes, grupos de saúde mental, etc. Podem ainda fazer parte de ações periódicas das equipes de Saúde da Família em parceria com as escolas ou centros esportivos do território, convidando os pais para rodas de conversa sobre cuidados parentais e estímulos adequados para o desenvolvimento saudável dos filhos.

Filizola e colaboradores (2006) salientam a necessidade dos familiares receberem maiores informações sobre o alcoolismo e o seu tratamento, o que pode ser feito por meio de ações periódicas nas unidades básicas de saúde, nas escolas e outros ambientes da comunidade. Ademais, é importante que os familiares sejam encaminhados para os grupos de apoio mútuo Al-Anon e Alateen, nos quais receberão muitas informações e apoio para compreender e superar sua codependência.

A existência de um entorno afetivo e material é determinante para proteger uma criança, que enfrenta adversidades, de consequências mais graves e duradouras. Conforme já apresentado na seção 2.6 do presente trabalho, tal entorno precisa ser (a) estável, (proporcionando sentimento de continuidade e de futuro); (b) amoroso, (para que ela aprenda a dar e receber afeto); (c) confiável, (provendo segurança e o sentimento de poder contar com os outros para superar problemas); (d) flexível, (permitindo a negociação dos limites); (e) aberto, (permitindo que ela lide com o novo); (f) firme, (para que ela introjete limites e normas culturais); e (g) respeitoso (para que ela aprenda os direitos e deveres da vida em comunidade) (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Nesse sentido, a família alcoolista deve ser estimulada a construir o entorno com tais características.

5.4 Dimensão escolar

A avaliação da dimensão escolar esteve presente em diferentes estudos de abordagem quantitativa e estudos de revisão, além de outros anteriormente apresentados nos capítulos teóricos iniciais do presente trabalho.

De maneira geral, a literatura admite que filhos de abusadores de álcool tendem a apresentar dificuldades na escola (FILIZOLA et al., 2006) e baixo desempenho acadêmico (TORVIK et al., 2011). Quando comparados aos controles, os FAs apresentam risco nove vezes maior de baixo desempenho escolar (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011).

Em crianças, a ‘repetição de uma série’, na avaliação do domínio ‘profissional/ acadêmico’, se destaca como estressor mais comum em FAs do que nos pares (HUSSONG et al., 2008c) e um estudo transversal comparativo observou que o alcoolismo paterno se associa a baixo desempenho escolar, em crianças de 9 a 12 anos, especialmente em relação às tarefas de leitura e aritmética (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005). Estudo qualitativo observou ainda que as crianças sem familiares alcoolistas valorizam mais a escola e mostram maior responsabilidade e interesse pelo futuro do que aquelas com familiares alcoolistas, o que pode ser o resultado de sua educação e do pertencimento a famílias mais estruturadas (CAVADAS; FONTE, 2009).

FAs mostram piores resultados em todos os testes cognitivos quando comparados ao grupo controle (WANDEKOKEN; VICENTE; SIQUEIRA, 2011). A avaliação do desempenho intelectual de 14 filhos de pai alcoolista, na faixa etária de 9 a 11 anos de idade, que pertenciam a famílias de classe social baixa, demonstrou que mais da metade apresentou capacidade cognitiva abaixo do esperado para a faixa etária. (SOUZA; CARVALHO; TEODORO, 2012).

A análise das características obtidas pelo conteúdo dos desenhos e estórias de 54 filhos de dependentes químicos (dos quais 75% eram FAs) revelou que: (a) 79,6% exibiram concretude no pensamento; (b) 46,3% apresentaram capacidade de imaginação rebaixada; e (c) 53,7% manifestaram apatia. Segundo a literatura, o conjunto de tais características, quando associado à privação de estimulação durante o desenvolvimento, pode ocasionar um rebaixamento cognitivo. Por outro lado, também foram verificados resultados favoráveis no estudo: (a) a análise da pressão ao desenhar revelou que 72,2% apresentaram bom nível de energia; (b) a caracterização do traço evidenciou que 44,4% exibiram bom tônus, o que é indicativo de equilíbrio emocional e mental; e (c) a análise do conteúdo dos desenhos e estórias mostrou ainda que 48,1% manifestaram maturidade precoce e 33,3% apresentaram autoestima adequada (FIGLIE et al., 2004).

Torvik e colaboradores (2011) observaram que os filhos adolescentes de abusadores de álcool tiveram pontuação moderadamente elevada para distúrbios de atenção e de conduta na escola, e que o abuso alcoólico parental é um fator de risco independente para esses distúrbios (as dimensões de internalização não foram associadas ao abuso de álcool parental). O risco aumentado de sintomas de externalização em FAs os predispõe aos distúrbios de atenção e de conduta na escola, os quais tendem a ser mais importantes em relação ao beber abusivo materno (quando comparado com o paterno). No entanto, quando os homens abusadores de álcool apresentavam um relacionamento rompido, os filhos tendiam a ter

maiores problemas de atenção. Os autores também verificaram que testemunhar a embriaguez dos pais foi mais fortemente preditivo de dificuldades de adaptação escolar em FAs adolescentes (TORVIK et al., 2011). Logo, é recomendável que os abusadores/ dependentes do álcool evitem este consumo na companhia dos filhos.

Não foi observada associação entre o beber abusivo parental e insatisfação com a escola em geral, ou insatisfação com os resultados acadêmicos. Apesar de terem mais problemas de atenção e de conduta, os FAs gostam da escola tanto quanto as outras crianças, o que poderia ser explicado pelo fato da escola representar uma fuga para alguns adolescentes de um ambiente familiar problemático (TORVIK et al., 2011).

A relação com os pares é outro aspecto fundamental a ser considerado na adolescência diante do sofrimento psíquico dos FAs, que se associa a grande dificuldade de assumir o problema perante o grupo de colegas e também de dar um significado ao alcoolismo (TRINDADE; COSTA, 2012). Também foi mencionado acima que o alcoolismo paterno diagnosticado aos 12 meses de idade dos meninos se associa diretamente com o comportamento de *'bullying'* com colegas na quarta série (aos 9-10 anos de idade), além de se associar indiretamente a tal comportamento, via apego inseguro mãe-bebê aos 18 meses de idade. Essas associações não foram significativas para as meninas (EIDEN et al., 2010).

Berg e colaboradores (2016) estudaram o efeito dos problemas parentais crônicos com o álcool no desempenho escolar de filhos(as) adolescentes e constataram: (a) notas mais baixas durante os últimos anos do ensino fundamental e pontuações mais baixas em testes de matemática realizados na nona série; (b) fracasso para ingressar no ensino médio duas a três vezes maior em relação a outros filhos; e (c) abandono escolar antes da nona série significativamente maior do que outras crianças. Os mesmos autores sugerem programas de tutoria para melhorar o desempenho escolar de crianças de origens familiares desfavorecidas.

De acordo com Hinrichs, Defife e Westen (2011), os FAs adolescentes com subtipo de personalidade de externalização/ irritado/ raivoso e subtipo desajeitado/ inibido/ (de internalização) tendem a apresentar baixo desempenho escolar e aqueles com subtipo hiperconsciente/ de alto desempenho exibem bom desempenho escolar.

Nesse contexto, estudo de revisão sistemática identificou que ter mais idade, alta autoestima, elevada autorregulação, altas habilidades acadêmicas e cognitivas, além de temperamento flexível e otimista são fatores de proteção para FAs (WLODARCZYK et al., 2017). Ademais, as vantagens socioeconômicas citadas na dimensão familiar (WLODARCZYK et al., 2017) também exercem papel protetor na dimensão escolar.

Admite-se que a presença de uma forte relação positiva com um adulto competente proteja o adolescente face às adversidades, sendo positivo buscar, no ambiente escolar, essa vinculação com um professor próximo e afetuoso (TRINDADE; COSTA, 2012).

De acordo com Iacopetti e colaboradores (2018) os protocolos baseados em terapia de bem-estar deveriam ser utilizados nos ambientes escolares, tendo em vista que os FAs parecem necessitar de proteção contra os eventos de vida negativos e neutros e de intervenções para melhorar seu bem-estar psicológico.

Ações educativas com alunos, professores e familiares poderiam ser pensadas como parte do cuidado de codependentes de familiares alcoolistas na escola. Nesse sentido, Raitasalo e colaboradores (2019) citam a inclusão de escolas e creches como espaços de reconhecimento dos problemas dos filhos, que oferecem apoio para os pais e os direcionam para serviços especializados. Tal visão é complementada por Werner e Malterud (2017) ao indicarem médicos generalistas, enfermeiras escolares e assistentes sociais como personagens importantes para o reconhecimento das crianças em apuros.

5.5 Dimensão legal

Os estressores familiares são mais comuns entre crianças e adolescentes FAs do que nos controles (HUSSONG et al., 2008c) e incluem agressões físicas, morte de familiares, problemas policiais (FIGLIE et al., 2004), comportamento parental criminoso (BERG et al., 2016) e prisão de pai/mãe (HUSSONG et al., 2008c), entre outros. Cabe salientar que o beber em “*binge*”, ainda que ocorra de forma esporádica, causa altos custos sociais e de saúde, estando associado a vários tipos de violência (homicídios, roubo, violência doméstica, agressões físicas, violência sexual, etc.) (LARANJEIRA et al., 2007).

A violência doméstica constitui um dos danos reconhecidamente associados ao uso prejudicial do álcool (BRASIL, 2004a) e se traduz em ofensas verbais, agressões físicas, violência sexual, destruição de bens (FIGLIE et al., 2004; ZILBERMAN; BLUME, 2005; FILIZOLA et al., 2006; FÉLIX, 2007; LARANJEIRA et al., 2007; REINALDO; PILLON, 2008; CAVADAS; FONTE, 2009; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012; SALCEDO; CARVALHO, 2005); além de distúrbios do cuidado parental, que incluem abuso físico e sexual dos menores e negligência infantil (REINALDO; PILLON, 2008; SALCEDO; CARVALHO, 2005). Cabe destacar as notícias mais recentes sobre o aumento do consumo de álcool durante a pandemia de Covid-19 (UNIFESP, 2021) e a possível contribuição deste fato para o aumento da violência observado neste período (RIO DE JANEIRO, 2021).

Estudo qualitativo com oito sujeitos pertencentes a cinco famílias de alcoolistas revelou que o problema mais grave relacionado à convivência com o alcoolismo é a violência sofrida pelos familiares. As relações familiares são conturbadas e há diferentes formas de violência doméstica que afetam os casais, as crianças e os adolescentes, comprometendo o bem-estar físico e psicológico da família. Outra dificuldade se refere às dificuldades de lidar com atitudes consideradas imorais, como roubo (ou furto) de dinheiro para o uso com bebidas. (FILIZOLA et al., 2006).

Um aspecto adicional observado na literatura se refere ao fato dos FAs necessitarem de apoio de adultos fora do círculo familiar, tanto para serem ouvidos, quanto para receberem abrigo temporário quando a situação do alcoolismo parental se agrava. (WERNER; MALTERUD, 2017). É importante que a criança/adolescente tenha adultos de referência a quem se reportar nessas situações. Werner e Malterud (2017) afirmam a importância de médicos generalistas, enfermeiras escolares e assistentes sociais para o reconhecimento das crianças em apuros e propõem oferecer, na Atenção Primária, um espaço seguro e confiante, onde o(a) FA possa compartilhar preocupações ou incertezas sobre o uso de álcool por parte dos pais. Nesse sentido, a necessidade de abrigo temporário para este grupo deve ser investigada e planejada junto com a equipe de Saúde da Família e os profissionais do NASF e/ou do CAPSad. A atuação de assistentes sociais e de membros do conselho tutelar em parceria com as equipes de saúde mostra-se necessária nessa dimensão legal. Ferramentas como o genograma, o ecomapa e o quadro de categorização dos fatores de resiliência podem instrumentalizar a construção do projeto terapêutico para os FAs.

No contexto de violência, são feitas algumas recomendações: (a) proporcionar educação preventiva para todas as crianças, adolescentes e adultos jovens; (b) proporcionar o acesso direto aos serviços de proteção para os filhos de alcoolistas ou drogadictos; (c) prestar serviços de consultoria para os pais que sofrem de graves níveis de estresse; (d) incluir no programa de tratamento a terapia de grupo com jovens na mesma situação, a fim de reduzir o isolamento sentido por FAs; (e) oferecer atendimento psiquiátrico para crianças e adolescentes e para toda a família, especialmente quando o pai alcoolista para de beber, a fim de desenvolver formas saudáveis de relacionamento entre os membros da família (SALCEDO; CARVALHO, 2005); e (f) investigar e compreender mais profundamente a adaptação psicossocial dessas crianças e os fatores (individuais, diádicos, parentais, biológicos e familiares) que contribuem para a violência nos ambientes domésticos, no sentido de desenvolver e avaliar intervenções nesse contexto (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).

5.6 Dimensão social

O álcool tem sido usado como um ‘lubrificante’ social (MOSS, 2013) e a sociedade contemporânea percebe seu consumo de forma predominantemente positiva (HECKMANN; SILVEIRA, 2009), desconsiderando o potencial lesivo de seu abuso, que se evidencia em várias estatísticas de doenças e crimes (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Os meios de comunicação de massa veiculam propagandas de bebidas alcoólicas que podem reforçar estereótipos relacionados ao uso do álcool, associando-o com a virilidade, a sensualidade, a diversão, etc. (BRASIL, 2004a) e contribuindo, desse modo, para o consumo de álcool em vários ambientes e momentos da vida social, inclusive para os menores de idade.

O termo ‘codependente’ também é usado em sentido figurado, em relação à comunidade ou à sociedade que agem como facilitadoras da dependência de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2006). Nesse sentido, nossa sociedade adota postura ambígua, pois, por um lado, mostra-se bastante ‘alcoólica’, ofertando e produzindo bebidas alcoólicas de forma crescente, sem explicitar as regras adequadas de sua utilização; e, por outro lado, condena a embriaguês e o alcoolismo, estigmatizando e segregando socialmente os alcoolistas e seus familiares (TRINDADE, 2007).

A família e a sociedade têm dificuldades para reconhecer o alcoolismo como doença (FILIZOLA et al., 2006) e as diferentes formas de consumo do álcool resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, culturais e ambientais. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). O uso abusivo de álcool vem aumentando na população adulta brasileira, com destaque de tal crescimento para a população feminina, embora os homens ainda bebam mais que as mulheres (BRASIL, 2019). No Brasil, o uso de álcool nos últimos 30 dias foi mais frequente entre aqueles que apresentam nível superior completo ou mais (43,9%); e os indivíduos sem instrução/ com ensino fundamental incompleto apresentam a menor proporção de consumo de álcool nos últimos 30 dias (27,2%) (BASTOS et al., 2017). Em contraste, Raitasalo e colaboradores (2019) observaram menor risco para transtornos mentais e comportamentais em FAs quando pai ou mãe apresentam escolaridade superior ao nível secundário e quando o(a) filho(a) mora com o pai (RAITASALO et al., 2019). Este último fator provavelmente se confunde com o fato de pai e mãe não serem separados/ divorciados.

A frequente associação de problemas sérios e prolongados de uso de álcool com problemas relacionados à saúde, moradia, pobreza, desemprego, família e redes sociais (ROSSOW et al, 2016) compõe um quadro complexo de risco cumulativo para os FAs. (RAITASALO et al., 2019).

A família vivencia forte sentimento de vergonha em relação ao alcoolista diante de suas atitudes constrangedoras, o que afeta a vida social do grupo familiar e distancia seus membros de outros familiares e amigos (FILIZOLA et al., 2006). O comprometimento parental repercute de forma mais evidente na rede social dos FAs do que na dos controles, e pode se associar a comentários negativos de vizinhos e parentes sobre o pai/mãe alcoolista (HUSSONG et al., 2008c), dificultando o convívio social dos filhos. Nesse sentido, Reinaldo e Pillon (2008) propõem a estratégia de gerenciamento de caso, que inclui a possibilidade de sensibilização da comunidade, a fim de diminuir o estigma de “bêbado” no bairro. Tendo em vista a penetração das equipes de Saúde da Família no território, esta e outras estratégias poderiam ser viabilizadas no contexto de cuidado dos FAs.

São considerados fatores de proteção dos FAs em relação à dimensão social: apoio social, atividades extracurriculares e relacionamentos interpessoais positivos (WLODARCZYK et al., 2017). Quanto aos fatores protetores da saúde mental em FAs, Wandekoken, Vicente e Siqueira (2011) destacam a necessidade de reforçar os vínculos entre pais e filhos, incentivando posturas de apoio e diálogo que favoreçam a socialização familiar. Ademais, a atenção parental para o desenvolvimento cotidiano dos filhos contribui para o processo de educação e de formação de valores.

5.7 Dimensão cultural

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado à maioria das culturas, estando associado a celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais (OPAS/OMS, 2019; LARANJEIRA et al., 2007). O álcool é a droga mais consumida no mundo (FÉLIX, 2007; SENA et al, 2011) e seu uso é considerado lícito em muitas culturas.

Os danos da convivência familiar com o alcoolismo já foram apontados em diversos estudos, mas não parecem ser assimilados pela sociedade, o que contribui para a relativa invisibilidade do alcoolismo e, de forma ainda mais profunda, da codependência. De fato, Filizola e colaboradores (2006) constatam a falta de informações dos familiares sobre o tema e sua necessidade de receberem maiores informações sobre o alcoolismo e seu tratamento. Considerando o contexto cultural de aceitação do álcool, Raitasalo e colaboradores (2019) sugerem intervenções voltadas para toda a população, a fim de se reduzir o consumo do álcool em geral, por meio da realização de ações preventivas quanto aos danos infantis do abuso parental de álcool.

Os modelos leigos costumam encarar o alcoolismo como fonte de fracasso social e as visões altamente depreciativas e moralistas do alcoolista fortalecem o preconceito social. O estigma associado ao alcoolismo em nossa sociedade contribui para que os familiares vivenciem esta condição como um grande segredo, podendo gerar uma postura de fechamento nas relações interpessoais, motivado por intenso sentimento de vergonha (TRINDADE, 2007).

A superação do estigma é necessária para a superação do sofrimento de FAs e requer: (a) olhar crítico sobre os aspectos políticos e econômicos relacionados ao lugar que o álcool e outras drogas ocupam na sociedade contemporânea; (b) abertura ao diálogo crítico, construção de informação e vínculo efetivo com os adolescentes (AUSLOOS, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012), a fim de favorecer que o adolescente enxergue o pai livre da carga dos estereótipos sociais associados ao alcoolista, além de valorizar o pai no sistema familiar, promovendo uma vivência mais saudável e protetora da relação pai-filho(a) (TRINDADE; COSTA, 2012); e (c) estratégias individualizadas de intervenção, que podem, eventualmente, ocorrer por meio do gerenciamento de casos (REINALDO; PILLON, 2008).

A manutenção de uma hierarquia familiar, com subsistemas de pais e filhos claramente delineados, é necessária para o funcionamento familiar funcional (TRINDADE; COSTA, 2012) e depende de três aspectos: o sistema de crenças da família, os padrões de organização e os processos de comunicação (WALSH, 1996, apud TRINDADE; COSTA, 2012). Tais aspectos incluem possibilidades para a construção do cuidado em famílias de alcoolistas.

5.8 Dimensão política

Conforme a discussão apresentada no ítem 2.2 do presente estudo, a PMSAD (2004a), a PNA (2007) e o PEAD-SUS (2009) abordam os familiares de alcoolistas como rede de apoio para o alcoolista diminuir ou evitar o uso do álcool. Nesses documentos, não há qualquer referência ao sofrimento dos codependentes ou sua necessidade de cuidado.

Na PMSAD há referência aos familiares quando são enumerados os objetivos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). No item 5, encontra-se “oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços”, sem qualquer detalhamento sobre este cuidado; e no item 7, “Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo” (BRASIL, 2004a, p. 34), ou seja, detalha-se

tão somente a prevenção do uso abusivo de álcool por parte dos familiares, e não o cuidado de seu sofrimento.

Sena e colaboradores (2011) chamam a atenção para a prevalência de um modelo fragmentado, que enfatiza apenas o dependente, e afirmam que a família que convive com um membro alcoolista deve ser uma prioridade no contexto das políticas de saúde, especialmente das políticas de saúde mental, no âmbito da dependência química.

Cabe lembrar que, embora o consumo do álcool traga graves consequências para a saúde pública mundial, a PMSAD afirma que há “grande timidez nacional em propor práticas de efetivo controle social relativo à [sua] comercialização” (BRASIL, 2004a, p. 26), o que beneficia o interesse da indústria de bebidas, em detrimento do interesse da sociedade.

Outros elementos que podem ser citados nesta dimensão e que impactam as redes de atenção à saúde referem-se ao subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS); à recente atualização da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, que fragiliza a Estratégia Saúde da Família; e à desastrosa gestão da saúde municipal do Rio de Janeiro, desde 2017, que desmantelou diversas equipes de Saúde da Família, extinguiu a maioria das equipes do NASF e sucateou ainda mais a rede de serviços de saúde municipais.

5.9 Dimensão da rede de atenção em saúde

A PMSAD (2004a) reconhece que os clínicos gerais raramente detectam o acometimento por uso abusivo do álcool e, em geral, concentram-se nas doenças clínicas tardias decorrentes da dependência, e não na dependência subjacente. De uma maneira geral, há “despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares, sejam profissionais de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 16). Consequentemente, a atenção biomédica tampouco enxerga a convivência com o alcoolismo como fator adoecedor. Se os profissionais de saúde não consideram que tenham “qualquer responsabilidade ou competência sobre o diagnóstico e tratamento da dependência do álcool, em uma evidente demonstração de estigma, exclusão e preconceito” (BRASIL, 2004a, p.17), torna-se ainda mais improvável que reconheçam os danos para os familiares que convivem com alcoolistas. Cabe ressaltar a estimativa de que para cada alcoolista, outras cinco ou seis pessoas podem ser afetadas pelo alcoolismo (HECHT, 1973), o que multiplica acentuadamente a extensão dos danos derivados desta condição, colocando não apenas o alcoolismo, mas também a codependência de familiares que convivem com o alcoolismo, como importante problema de saúde pública.

Já foi salientado que, apesar da recomendação de que o cuidado seja dirigido a toda a família e a outros que participam do cotidiano do alcoolista, o tratamento se concentra na pessoa com dependência e a família é vista apenas como rede de apoio para o alcoolista e não como entidade que necessita de cuidados, o que chama a atenção para a prevalência de um modelo de atenção fragmentado (SENA et al., 2011). Mesmo diante de evidências conclusivas em relação aos riscos de comprometimento do desenvolvimento dos(as) filhos(as), o tratamento concentra-se nas pessoas com dependência, dificultando o acesso da prole afetada à atenção sistemática (WLODARCZYK et al., 2017)

Recomenda-se que os CAPSAd, além do atendimento aos alcoolistas, ofereçam suporte às famílias, desenvolvendo atividades como terapias individuais, grupais, atividades educacionais e de lazer (SENA et al., 2011). Outro recurso que poderia ser integrado à rede de apoio social à família são os Grupos de apoio mútuo Al-Anon e Alateen, para familiares e FAs adolescentes respectivamente.

Trindade (2007) critica o viés patologizante do modelo biomédico e a tradição de estudos americanos que encaram os FAs como ‘indivíduos-problema’, sempre em desvantagem em relação a outros adolescentes em múltiplos quesitos, o que fortalece abordagens estigmatizantes desses sujeitos, sem valorizar os recursos de saúde presentes nessas famílias e a capacidade de adaptação desses sujeitos. Embora alguns artigos abordem a resiliência e fatores de proteção para os FAs, a revisão sistemática de Wandekoken, Vicente e Siqueira (2011) conclui que a resiliência seria um fator de proteção de pequena magnitude em relação ao alcoolismo parental. De fato, diante da complexidade exposta nas diferentes dimensões relacionadas ao alcoolismo e à codependência de crianças e adolescentes FAs, a presente pesquisa aponta muitos outros caminhos necessários para o cuidado deste grupo, sem dispensar a possibilidade de utilização dos fatores de resiliência como um dos instrumentos utilizados na construção do projeto terapêutico, lembrando que há três tipos principais de mecanismos de proteção presentes desde a infância e adolescência: (a) “a capacidade individual de se desenvolver de forma autônoma, com auto-estima positiva, autocontrole e com características de temperamento afetuoso e flexível”; (b) a atuação da família provendo estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte; e (c) o apoio do ambiente social por meio do “relacionamento com amigos, com professores e com outras pessoas significativas que têm papel de referência, reforçando o sentimento de ser uma pessoa querida e amada” (BROOKS, 1994; EMERY; FOREHAND, 1996; GARMEZY, 1985 apud ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.63). É fácil perceber o quanto esses fatores de proteção estão comprometidos ou ausentes para os FAs.

Conforme apontado em dimensões acima, a Atenção Primária deve oferecer um espaço seguro e confiante, onde o(a) FA possa compartilhar preocupações ou incertezas sobre o uso de álcool por parte dos pais (WERNER; MALTERUD, 2017), por meio da construção de espaços legítimos de fala para adolescentes FAs (TRINDADE; COSTA, 2012), como grupos de apoio continuado (HILL; GAUER; GOMES, 1998). Enfatiza-se também que médicos generalistas, enfermeiras escolares e assistentes sociais são importantes atores para o reconhecimento das crianças em apuros (WERNER; MALTERUD, 2017). No contexto da codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, as ações educativas e de cuidado podem ser construídas por meio de parcerias entre Atenção Básica/ equipes de Saúde da família, escolas, CAPSad, centros esportivos, grupos de apoio da comunidade e outros recursos do território. Reinaldo e Pillon (2008) afirmam que os serviços devem pensar e articular as parcerias necessárias, adotando posturas humanizadas e individualizadas para o sucesso do tratamento.

Figlie e colaboradores (2004) apontam a necessidade de um serviço especializado de prevenção seletiva, dirigido a crianças, adolescentes e familiares afetados pela dependência de álcool e outras drogas, tendo em vista o risco para o desenvolvimento de problemas biopsicossociais em filhos de dependentes de substâncias. Nessa perspectiva, além do tratamento da dependência, são características necessárias ao bom funcionamento de tal serviço (FLIGIE et al., 2004):

- (a) oferecer condições para o desenvolvimento de vínculos interacionais salutar e oportunidades de integração social, por meio de oficinas terapêuticas para os adolescentes e crianças;
- (b) desenvolver as necessidades infantis em termos de saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade, relacionamentos familiares e sociais, apresentação social e habilidades de autopreservação;
- (c) realizar cuidado familiar fornecendo cuidado básico em saúde, além de assegurar a segurança no lar, estimulação, afetividade, estabilidade, monitoramento e limites;
- (d) articular fatores ambientais e familiares, com destaque para os recursos comunitários, integração social familiar, atividade de trabalho (com salário condizente para a manutenção da família, moradia, etc.) e noção de funcionamento familiar (FIGLIE et al., 2004).

A complexidade dos problemas decorrentes da convivência com um familiar alcoolista requer diferentes formas e meios de intervenção. Algumas considerações foram expostas nas dimensões anteriores e devem ser valorizadas na construção de projetos terapêuticos. Cabe assinalar que alguns autores preocupados com o uso de drogas entre os adolescentes afirmam

que o maior impacto da intervenção preventiva ocorreria na idade de iniciação do consumo de substâncias, ou seja, entre 10 e 13 anos (FIGLIE et al., 2004). Outros, que estudam os efeitos do alcoolismo parental em crianças pré-escolares, recomendam intervenções voltadas para a faixa etária de 1 a 3 anos (EIDEN et al., 2010). Tendo em vista os efeitos distais do alcoolismo parental, quanto mais precoces forem as intervenções, melhores tendem a ser os resultados para os FAs.

Conforme apontado nas dimensões política, social, cultural e legal, a rede de atenção à saúde é atravessada por muitos aspectos que dificultam o cuidado dos FAs e da população em geral. Ainda que as equipes de Saúde da Família estabeleçam parcerias com diferentes atores no território, percebe-se uma grande fragilidade estrutural para o enfrentamento do alcoolismo e da codependência dos FAs. O cenário de subfinanciamento crônico do SUS, fragilização da Estratégia Saúde da Família desde a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (2017), extinção de equipes do NASF e sucateamento de serviços de saúde em geral é atualmente agravado pelo encolhimento das ações de saúde em virtude da necessidade de enfrentamento da pandemia de Covid-19. Soma-se a esses aspectos a relativa invisibilidade política e social da codependência e percebe-se que há grandes desafios a serem enfrentados para a construção do cuidado para os FAs.

A seguir, os Quadros 8 e 9 apresentam um resumo dos fatores de proteção e orientações técnicas apontadas em cada dimensão.

Quadro 8 - Resumo dos fatores de proteção identificados em cada dimensão.

Individual do(a) FA	<ul style="list-style-type: none"> - competência: <ul style="list-style-type: none"> > habilidades cognitivas, > boa autorregulação de emoções e impulsos, > autopercepção positiva, > talentos que são valorizados por si mesmo e pela sociedade e > ser atraente ou carismático para outros; - otimismo: <ul style="list-style-type: none"> > autoeficácia, > espiritualidade e > identidade clara e positiva. <p>(WLODARCZYK et al., 2017)</p>
Parental	<ul style="list-style-type: none"> - apego seguro (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006; WLODARCZYK et al., 2017). - não morar com aquele que abusa de álcool (RAITASALO et al., 2019); - menor parentalização (WLODARCZYK et al., 2017); - ter pelo menos um pai/mãe não afetado pelo alcoolismo (HUSSONG et al., 2007; VIDAL et al., 2012) > diminui o impacto da parentalidade inadequada por meio de apego seguro ou de relacionamento positivo do(a) FA com o(a) não alcoolista. Este último pode ser capaz de fornecer o acolhimento, coesão e consistência necessários para amortecer o comportamento impulsivo e desinibido daquele(a) que bebe mais (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018); - parentalidade positiva e consistente (WLODARCZYK et al., 2017); duas de três dimensões de cuidado parental acima da média (acolhimento, consistência da disciplina e monitoramento) (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010); - mãe receptiva / acolhedora, que não usa técnicas severas de criação dos filhos; comportamento positivo de pai; menor estresse dos pais na forma de educar os filhos; apoio parental (contudo, o efeito protetor do apoio parental pode ser cancelado se o adolescente tem personalidade altamente impulsiva) (CORNNERS-BURROW et al., 2015; WLODARCZYK et al., 2017); - maior sensibilidade paterna durante as brincadeiras com as crianças aos 2 anos de idade (associada à maior assimilação de regras de comportamento aos 3 anos de idade) (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006); - mãe com estilo de parentalidade altamente controladora e pai cujo estilo de parentalidade é pouco controlador (WLODARCZYK et al., 2017); - alto apoio social à criança (WLODARCZYK et al., 2017); - relação de respeito entre os pais (sem humilhações ou agressões físicas entre eles) (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006); satisfação com o relacionamento conjugal (provavelmente diminui os conflitos conjugais) (GODLESKI; CRANE; LEONARD, 2018).
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Níveis elevados de funcionamento familiar positivo (REYNA, 2012): <ul style="list-style-type: none"> > vínculo positivo com irmãos e/ou familiares não alcoolistas (avós, tios e primos). (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b; ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006; TRINDADE; COSTA, 2012); > interações familiares não conflituosas (REYNA, 2012); > parentalidade com autoridade (WLODARCZYK et al., 2017) > diminui risco de parentalização dos filhos; > manutenção da hierarquia familiar, com subsistemas de pais e filhos claramente delineados (TRINDADE; COSTA, 2012); > confiabilidade dos membros da família. (WLODARCZYK et al., 2017). > orientação para o sucesso (REYNA, 2012). > maior coesão e adaptabilidade familiar (REYNA, 2012; WLODARCZYK et al., 2017); > participação dos filhos nas tarefas domésticas (contribui para o sentimento de pertença à família, para a coesão familiar e para o desenvolvimento autônomo dos filhos) (CAVADAS; FONTE, 2009); - ambiente doméstico organizado (WLODARCZYK et al., 2017); - estabelecimento de rotinas familiares (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005b; REYNA, 2012; TRINDADE; COSTA, 2012); - vantagens socioeconômicas (WLODARCZYK et al., 2017).; - entorno afetivo estável, amoroso, confiável, flexível, aberto, firme e respeitoso (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Escolar	<ul style="list-style-type: none"> - ter: <ul style="list-style-type: none"> > mais idade; > alta autoestima; > elevada autorregulação de emoções e impulsos; > temperamento flexível e otimista; > altas habilidades acadêmicas e cognitivas (WLODARCZYK et al., 2017). - apego seguro mãe-bebê aos 12 meses; - forte vínculo positivo com um adulto competente (professor próximo e afetuoso) (TRINDADE; COSTA, 2012); - evitar o consumo parental de álcool na companhia dos filhos (TORVIK et al., 2011); <p>OBS: A escola pode representar uma fuga de um ambiente familiar problemático (TORVIK et al., 2011).</p>
Legal	<ul style="list-style-type: none"> - apoio de adultos de referência fora do círculo familiar (profissionais de saúde, familiares, vizinhos, pais de amigos), para FAs serem ouvidos, ou receberem abrigo temporário quando a situação do alcoolismo parental se agrava. (WERNER; MALTERUD, 2017); - informação sobre alcoolismo / codependência, violência associada, serviços de proteção.
Social	<ul style="list-style-type: none"> - apoio social; - atividades extracurriculares para FAs; - relacionamentos interpessoais positivos, reforçando os vínculos entre pais e filhos e incentivando posturas de apoio e diálogo que favoreçam a socialização familiar (WLODARCZYK et al., 2017; WANDEKOKEN, VICENTE E SIQUEIRA, 2011). - maiores informações aos familiares sobre o alcoolismo e seu tratamento (FILIZOLA et al., 2006); - pai ou mãe apresentam escolaridade superior ao nível secundário (RAITASALO et al., 2019); - vantagens socioeconômicas.
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - olhar crítico sobre os aspectos políticos e econômicos relacionados ao lugar que o álcool e outras drogas ocupam na sociedade contemporânea; - abertura ao diálogo crítico, construção de informação, vínculo efetivo com os adolescentes (AUSLOOS, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012); - sistema de crenças da família livre da carga dos estereótipos sociais associados ao alcoolista (TRINDADE; COSTA, 2012); - educação e formação de valores que contribuam para o desenvolvimento saudável dos filhos (WANDEKOKEN, VICENTE E SIQUEIRA, 2011).
Política	<ul style="list-style-type: none"> - a família que convive com um membro alcoolista deve ser uma prioridade no contexto das políticas de saúde (SENA et al., 2011) / ampliação do foco da PNA. - priorização de ESF / NASF / serviços de saúde mental e SUS como um todo, no contexto das políticas públicas;
Rede de atenção em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - fácil acesso de FAs aos serviços de saúde; - há três tipos principais de mecanismos de proteção presentes desde a infância e adolescência: <ul style="list-style-type: none"> (a) “a capacidade individual de se desenvolver de forma autônoma, com auto-estima positiva, autocontrole e com características de temperamento afetuoso e flexível”; (b) a atuação da família provendo estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte; e (c) o apoio do ambiente social por meio do “relacionamento com amigos, com professores e com outras pessoas significativas que têm papel de referência, reforçando o sentimento de ser uma pessoa querida e amada”. (BROOKS, 1994; EMERY; FOREHAND, 1996; GARMEZY, 1985 apud ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.63).

Fonte: a própria autora, 2021.

Quadro 9 - Resumo das orientações técnicas apontadas em cada dimensão.

Individual do(a) FA	<ul style="list-style-type: none"> - estimular a comunicação aberta, onde a palavra-chave é confiança (HILL; GAUER; GOMES, 1998). Preservar o sigilo; - criar espaços legítimos de fala para adolescentes FAs (TRINDADE; COSTA, 2012); - intervenções precoces, voltadas para a faixa etária de 1 a 3 anos, com orientação e apoio para pais e/ou mães alcoolistas acerca da importância dos vínculos e cuidados maternos e paternos (EIDEN et al., 2010); - intervenções que promovam melhoria da qualidade do relacionamento com a mãe (EIDEN et al., 2010); - intervenções preventivas precoces para os transtornos de externalização poderiam ter resultados melhores também em relação à prevenção do abuso/dependência de álcool e outras drogas em FAs; - considerar nas estratégias terapêuticas que meninas FAs são mais propensas a se casarem com homens alcoolistas (SILVA, P.; SILVA, M.; VAZ, 2013); - intervenções de cuidado individualizadas, levando em conta as diferenças de personalidade dos FAs na construção dos projetos terapêuticos.
Parental	<ul style="list-style-type: none"> - fortalecer as diferentes dimensões de cuidados parentais (acolhimento/ sensibilidade dos pais, consistência da disciplina e controle/ monitoramento parental) (MOLINA; DONOVAN; BELENDIUK, 2010), incrementando a responsividade parental (IACOPETTI et al., 2018); - estimular o apego seguro mãe-bebê (EDWARDS; EIDEN; LEONARD, 2006) e maior sensibilidade/ acolhimento materno da criança (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2007); - orientação e apoio para os cuidados paternos. (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006); estimular que o pai alcoolista brinque com os filhos (não costumam participar dessas atividades) (CAVADAS; FONTE, 2009); e fortalecer a sensibilidade paterna durante as interações lúdicas com as crianças pequenas (EIDEN; EDWARDS; LEONARD, 2006); - orientar o casal para que evite as situações de conflito e agressão conjugal, exercitando outras formas de lidar com as desavenças, a fim de preservar a saúde mental dos filhos (KELLER et al, 2011); - redução do consumo de álcool pela mãe (LUND et al., 2020); estimular maior envolvimento dos pais no tratamento de 12 passos em AA (ANDREAS; O'FARRELL, 2009); - evitar que o uso abusivo de álcool seja testemunhado pela criança; - prestar atenção clínica para o cônjuge não alcoolista, a fim de otimizar a prevenção nos filhos (VIDAL et al., 2012); - melhoria da atenção dos profissionais de saúde. <p>OBS: os pais que abusam de substâncias geralmente são relutantes em permitir que seus filhos se envolvam em qualquer tipo de tratamento de saúde mental (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).</p>
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - a família que convive com um membro alcoolista precisa ser incluída como unidade de cuidado (SENA et al., 2011; RAITASALO et al., 2019); - reconhecimento precoce da situação da família (RAITASALO et al., 2019); - maiores informações aos familiares sobre o alcoolismo e seu tratamento (FILIZOLA et al., 2006) e sobre a codependência; - favorecer a coesão familiar (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012) - necessidade de uma abordagem terapêutica familiar para o cuidado dos FAs em sofrimento: encontrar formas de preservar o cotidiano da família (com seus valores, significados e necessidades compartilhados) para que o alcoolismo não seja o centro da vida familiar, pois cada membro tem suas necessidades, seus interesses e seus projetos e é no cotidiano que o sujeito se constrói, e não nas situações inusitadas (SILVA, P; SILVA, M; LUZ, 2012); - intervenções focadas na melhoria das práticas de funcionamento parentais e familiares (WLODARCZYK et al., 2017): <ul style="list-style-type: none"> > foco em padrões de organização familiar, com um mínimo de estabilidade, sentimento de continuidade e rotinas, que contribuam para a superação do caos doméstico/disfunção familiar; > estimular a flexibilidade, capacidade de lidar com mudança, reorganização e adaptação da família (WALSH, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012); > fortalecer e apoiar os membros não alcoolistas;

Escolar	<ul style="list-style-type: none"> - intervenções mais longas realizadas na escola, na comunidade e na família, para o treinamento de habilidades familiares para o cuidado das crianças (RAITASALO et al., 2019); - ações educativas com alunos, professores e familiares como parte do cuidado de codependentes de familiares alcoolistas na escola, em parceria com a AB; - inclusão de escolas e creches como espaços de reconhecimento dos problemas dos filhos, que oferecem apoio para os pais e os direcionam para serviços especializados (RAITASALO et al., 2019); - médicos generalistas, enfermeiras escolares e assistentes sociais são personagens importantes para o reconhecimento das crianças em apuros (WERNER; MALTERUD, 2017), bem como os profissionais da AB, por sua penetração no território. - programas de tutoria para melhorar o desempenho escolar das crianças (BERG et al., 2016); - utilização de protocolos baseados em terapia de bem-estar nos ambientes escolares (IACOPETTI et al., 2018).
Legal	<ul style="list-style-type: none"> - oferecer, na AB, um espaço seguro e confiante, onde o(a) FA possa compartilhar preocupações ou incertezas sobre o abuso de álcool parental; - investigar a necessidade de abrigo temporário para FAs e planejar estratégias (familiares + adultos de referência + equipes de Saúde da Família e do NASF e/ou do CAPSad); - atuação conjunta de equipes de saúde, assistentes sociais e membros do conselho tutelar; - utilizar ferramentas como o genograma, o ecomapa e o quadro de categorização dos fatores de resiliência para instrumentalizar a construção do projeto terapêutico para os FAs; - No contexto de violência, recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> > proporcionar educação preventiva para todas as crianças, adolescentes e adultos jovens; > proporcionar o acesso direto aos serviços de proteção para os filhos de alcoolistas ou drogadictos; > prestar serviços de consultoria para os pais que sofrem de graves níveis de estresse; > incluir no programa de tratamento a terapia de grupo com jovens na mesma situação, a fim de reduzir o isolamento sentido por FAs; > oferecer atendimento psiquiátrico para crianças, adolescentes e toda a família (SALCEDO; CARVALHO, 2005); > investigar e compreender mais profundamente a adaptação psicossocial dessas crianças e os fatores (individuais, diádicos, parentais, biológicos e familiares) que contribuem para a violência nos ambientes domésticos (KLOSTERMANN; KELLEY, 2009).
Social	<ul style="list-style-type: none"> - intervenções voltadas para toda a população, a fim de se reduzir o consumo do álcool em geral (RAITASALO et al., 2019). - maior informação da sociedade sobre os riscos associados ao uso parental abusivo de álcool, com divulgação mais ampla em unidades de saúde, escolas, ambientes profissionais e na mídia; - ações preventivas quanto aos danos infantis do abuso parental de álcool (RAITASALO et al., 2019). - estratégia de gerenciamento de caso, que inclui a possibilidade de sensibilização da comunidade, a fim de diminuir o estigma de “bêbado” no bairro. (REINALDO; PILLON, 2008).
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - a superação do estigma é necessária para a superação do sofrimento de FAs e requer: <ul style="list-style-type: none"> > olhar crítico sobre os aspectos políticos e econômicos relacionados ao lugar que o álcool e outras drogas ocupam na sociedade contemporânea; > abertura ao diálogo crítico, construção de informação e vínculo efetivo com os adolescentes (AUSLOOS, 1996 apud TRINDADE; COSTA, 2012); > estratégias individualizadas de intervenção (REINALDO; PILLON, 2008).
Política	<ul style="list-style-type: none"> - fortalecer o SUS/ ESF/ NASF/ serviços de saúde mental; - ampliar as diretrizes da PNA (2007), incluindo a família do alcoolista como unidade de cuidado; - apoiar os esforços de saúde pública a fim de que cuidadores de crianças pequenas tenham mais acesso aos serviços de tratamento de abuso de substâncias e de saúde mental. (EIDEN et al., 2010).

<p>Rede de atenção em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - informações para os familiares sobre o alcoolismo e seu tratamento, por meio de ações periódicas nas unidades básicas de saúde, nas escolas e outros ambientes da comunidade. (FILIZOLA et al., 2006); - organização de rodas de conversa sobre cuidados parentais e estímulos adequados para o desenvolvimento saudável dos filhos; - apoio das equipes de Saúde da Família às práticas de funcionamento parentais e familiares em visitas domiciliares, grupos de pais, grupos de gestantes, grupos de saúde mental, etc.; - ações educativas e de cuidado por meio de parcerias entre AB/ equipes de Saúde da Família, escolas, CAPSad, centros esportivos, grupos de apoio da comunidade e outros recursos do território; - serviços devem pensar e articular as parcerias necessárias, adotando posturas humanizadas e individualizadas para o sucesso do tratamento (REINALDO; PILLON, 2008); - organização de espaços de fala para FAs (WERNER; MALTERUD, 2017; TRINDADE; COSTA, 2012; HILL; GAUER; GOMES, 1998): grupos de jovens nas escolas, em parceria com profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF. Preservar o sigilo; - suporte às famílias, nos CAPSad, por meio de terapias individuais e/ou grupais, atividades educacionais e de lazer (SENA et al., 2011) e terapia familiar; - participação dos familiares em Grupos de apoio mútuo Al-Anon e Alateen (para familiares e FAs adolescentes respectivamente) na comunidade; - aplicação do conceito de resiliência às etapas de desenvolvimento humano e da interação dinâmica dos fatores de resiliência (GROTBORG, 2005) para o planejamento das ações terapêuticas; - rápida identificação e tratamento de TDM em FAs nos serviços de saúde (VIDAL et al., 2012); - necessidade de um serviço especializado de prevenção seletiva, dirigido a crianças, adolescentes e familiares afetados pela dependência de álcool e outras drogas, que: <ul style="list-style-type: none"> > ofereça condições para o desenvolvimento de vínculos interacionais salutar e oportunidades de integração social, por meio de oficinas terapêuticas para os adolescentes e crianças (o que está previsto para o funcionamento dos CAPSad); > desenvolver as necessidades infantis em termos de saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade, relacionamentos familiares e sociais, apresentação social e habilidades de autopreservação; > realizar cuidado familiar fornecendo cuidado básico em saúde, além de assegurar a segurança no lar, estimulação, afetividade, estabilidade, monitoramento e limites (parte deste ítem pode ser realizada na AB, desde que os serviços tenham recursos econômicos, humanos e materiais para tal); > articular fatores ambientais e familiares, com destaque para os recursos comunitários, integração social familiar, atividade de trabalho (com salário condizente para a manutenção da família, moradia, etc.) e noção de funcionamento familiar (FIGLIE et al., 2004) (parte deste ítem pode ser realizada na AB, desde que os serviços tenham recursos econômicos, humanos e materiais para tal).
--	---

Fonte: a própria autora, 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a presente pesquisa bibliográfica apresente limitações metodológicas relativas aos termos de busca utilizados, às bases bibliográficas consultadas e ao critério de inclusão de artigos disponíveis livre e gratuitamente *online*, o estudo permitiu descrever um amplo espectro de repercussões e fatores de risco e proteção para FAs, bem como apontar algumas experiências bem-sucedidas e diversas orientações técnicas para a estruturação do cuidado aos filhos não adultos de alcoolistas.

O objetivo geral do trabalho é descrever como a literatura científica, no campo da saúde, aborda o sofrimento de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas, identificando os fatores de risco e proteção e eventuais experiências bem-sucedidas de intervenção e cuidado, a fim de propor orientações técnicas para o cuidado deste grupo, na Atenção Básica, visando à construção de ações integradas nas redes familiares, nas redes comunitárias e nas redes de atenção à saúde (RAS). A Atenção Básica e as escolas têm papel privilegiado no reconhecimento das crianças que vivenciam problemas decorrentes da convivência com familiares alcoolistas. As equipes de Saúde da Família podem, com relativa facilidade, identificar os(as) usuários(as) que fazem uso nocivo de álcool e as crianças e adolescentes que convivem tais sujeitos. No entanto, não havia uma estratégia de cuidado pensada e desenhada para esta população capaz de lidar com a complexidade que tal cuidado requer. O próprio SUS enfrenta muitas dificuldades de ordem econômica, política e gerencial para realizar adequadamente suas funções.

Assume-se a partir do presente trabalho a necessidade de construção de uma linha de cuidado para crianças e adolescentes filhos de alcoolistas, que se realize na lógica de uma rede de atores, integrando: (a) de forma mais localizada, no território, AB/ equipes de Saúde da Família, equipes do NASF, CAPSad, escolas, grupos de apoio mútuo como Al-Anon e Alateen, conselho tutelar, assistência social e outros recursos disponíveis; e (b) de forma mais ampla, atores políticos e gestores das esferas municipal, estadual e federal que contribuam para a ampliação das propostas contidas nas políticas públicas sobre o álcool (PMSAD, 2004; PNA, 2007; PEAD-SUS, 2009) e que destinem recursos econômicos, humanos e materiais necessários para superar a fragmentação do cuidado (que prioriza o dependente do álcool, em detrimento dos familiares) e a relativa invisibilidade política da codependência de FAs.

Não há uma solução simples para os desafiantes resultados apresentados na literatura. A heterogeneidade do risco observada nos FAs conduz à necessidade de se pensar em intervenções individualizadas para estes sujeitos, considerando-se as diferentes fragilidades de cada indivíduo em termos de gênero, faixa etária, tipo de personalidade, ambiente familiar,

relacionamentos familiares e com os pares, desempenho escolar, comportamentos de internalização ou de externalização, uso de álcool e outras drogas, etc. Ademais, há necessidade de apoio parental, não apenas para o tratamento do uso nocivo de álcool, mas também para o cuidado do cônjuge não alcoolista, a melhoria da qualidade do cuidado parental, a melhoria da comunicação familiar e a superação de situações que frequentemente se associam ao alcoolismo, como problemas relacionados à saúde, moradia, pobreza, desemprego, família e redes sociais. São muitos desafios para os quais a AB e mesmo os CAPSad não estão estruturados para o enfrentamento adequado. Não basta que a PMSAD afirme a grande timidez nacional em propor práticas de efetivo controle social relativo à comercialização do álcool. Há que se enfrentar a necessidade de intervenções voltadas para toda a população, a fim de se reduzir o consumo do álcool em geral, por meio da realização de ações preventivas quanto aos danos infantis do uso parental de álcool, que promovam o olhar crítico sobre os aspectos políticos e econômicos relacionados ao lugar que o álcool e outras drogas ocupam na sociedade contemporânea.

Futuras pesquisas poderão preencher lacunas das diferentes dimensões apresentadas. Nesse sentido, sugere-se a realização de mais estudos de abordagem qualitativa, no campo da saúde, sobre a codependência de crianças e adolescentes que convivem com familiares alcoolistas.

REFERÊNCIAS

AL-ANON. Grupos Familiares Al-Anon do Brasil. Preâmbulo sugerido para os Doze Passos do Al-Anon e Preâmbulo sugerido para os Doze Passos do Alateen. 2021. [online]. Disponível em: <<https://al-anon.org.br/>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ANDREAS, J.B.; O'FARRELL, T.J. Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcohol-dependent fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems. **J Subst Abuse Trea**, v.1, n. 36, p. 87-100, Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729201/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ASSIS, Simone Gonçalves de; PESCE, Renata Pires; AVANCI Jovina Quinres. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. *Artmed*: Porto Alegre, 2006. 144 p.

Banco Mundial. Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean, 2002. 44p.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>> Acesso em 17 jul. 2020.

BERG, L.; BÄCK, K.; VINNERLJUNG, B.; HJERN, A. Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds-a Swedish national cohort study. **Addiction**, Abingdon, England, vol.111, n. 10, p. 1795-803, Oct. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089658/>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BHATT, R.V. Domestic violence and substance abuse. **Int J Gynaecol Obstet.**, v.63 Suppl 1, p. S25-31, 1998.

BLACK, C. It will never happen to me: growing up with addiction as youngsters, adolescents, adults (2ª edição). Hazelden: Center City, Minnesota, 2002, 198p.

BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARKS, G. **Invisible Loyalties**. Hagerstown, MD: Medical Dept., Harper & Row, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas** / Ministério da Saúde. 2.ed. ver. ampl.- Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-inisterio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>> Acesso: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em 01 mar. 2014.

BRASIL. **Glossário de álcool e drogas.** Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional antidrogas, 2006. 132p. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2013.

BRASIL. **Política Nacional sobre o Álcool.** Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde.** Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres.** Últimas notícias 25/07/2019: Disponível em: [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres#:~:text=Dados%20in%C3%A9ditos%20do%20Minist%C3%A9rio%20da,2006%20\(15%2C6%25\)](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres#:~:text=Dados%20in%C3%A9ditos%20do%20Minist%C3%A9rio%20da,2006%20(15%2C6%25)). Acesso em 23 set. 2020.

BROOK, Judith S.; BALK, Elinor B.; CROSSMAN, Andrya M.; DERMATIS, Helen; GALANTER, Marc; BROOK, David W. The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *Am J Addict.* Nov 2010; 19(6): 534–542. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2959225/>> Acesso em 10 abr. 2014

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I.A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 402-410, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

CARTER, C.; NOCHAJSKI, T.H.; LEONARD, K.E.; BLANE, H.T. Communicative competence in sons of alcoholics. **British Journal of Addiction**, v.85, n.9, p. 1157-1163, 1990.

CAVADAS, C.M.S.; FONTE, C.A.M. A construção narrativa da família em crianças com familiares alcoólicos: contributos de um estudo qualitativo. **Psicol. USP**, São Paulo, v.20, n.4, p. 517-537, out.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v20n4/v20n4a03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). O que é o alcoolismo? 2014. [online]. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-e-alcoolismo.php>>. Acesso em 15 jun. 2019.

CONNERS-BURROW, N.A.; MCKELVEY, L.M.; PEMBERTON, J.R.; MESMAN, G.R.; HOLMES, K.J.; BRADLEY, R.H. Buffering the negative effects of maternal alcohol problems on child behavior. **J Fam Psychol**, vol 29, n.4, p. 576-84, Aug. 2015. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Nicola_Conners_Edge/publication/282514833_Buffering_the_Negative_Effects_of_Maternal_Alcohol_Problems_on_Child_Behavior/links/5702738408ae47378f665020/Buffering-the-Negative-Effects-of-Maternal-Alcohol-Problems-on-Child-Behavior.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

DINWIDDIE S.H. Psychiatric disorders among wife batterers. **Compr Psychiatry**, v.33, n.6, p. 411-6, 1992.

EIDEN, R.D.; EDWARDS, E.P.; LEONARD, K.E. Predictors of effortful control among children of alcoholic and nonalcoholic fathers. **Journal of Studies on Alcohol**, v.65, p. 309–319, 2004.

EDWARDS, E.P.; EIDEN, R.D.; COLDER, C.; LEONARD, K.E. The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents. **J Abnorm Child Psychol**, v.34, n. 3, p. 409-23, Jun. 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2666196/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EDWARDS, E.P.; EIDEN, R.D.; LEONARD, K.E.. Behaviour problems in 18- to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. **Dev Psychopathol**, v.18, n.2, p. 395-407, 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664663/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; EDWARDS, E.P.; LEONARD, K.E. Children's internalization of rules of conduct: role of parenting in alcoholic families. **Psychol Addict Behav**, v. 20, n.3, p.305-15, Sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2666298/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; EDWARDS, E.P.; LEONARD, K.E. A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: role of parenting and children's self-regulation. **Dev Psychol**, v.43, n.5, p.1187-201, Sep. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720575/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; OSTROV, J.M.; COLDER, C.R.; LEONARD, K.E.; EDWARDS, E.P.; ORRANGE-TORCHIA, T. Parent alcohol problems and peer bullying and victimization: child gender and toddler attachment security as moderators. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v.39, n.3, p.341-50, 2010. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3595552/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ELIAS, L.A. **Um estudo de caso da implementação de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS-ad), no Rio de Janeiro**, 2009-2010. Orientador: Bastos, Francisco Inácio. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 116 f. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-601690>>Acesso em 18 fev. 2014.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Drugs and vulnerable groups of young people. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.

FÉLIX, J.A. Apresentação. In: LARANJEIRA R. et al. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira [online]. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em 07 nov. 2013.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. psiquiatr. clín.**, v.31, n.2, p. 53-62, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n2/pdf/53.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FILIZOLA, C.L.A.; PERÓN, C.J.; NASCIMENTO, M.M.A.; PAVARINI, S.C.I.; PETRILLI-FILHO, J.F. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery** [online]. 2006, vol.10, n.4, p. 660-670. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a07.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2013.

FURTADO, E.F.; LAUCHT, M.; SCHMIDT, M.H. Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, SP, v.39, n.5, p. 659-69, May. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjnbr/v39n5/5976.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.26 suppl.1 São Paulo May 2004. p. 11-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf>>. Acesso em 30 abr. 2013.

GRANT, B.F. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. **Am J Public Health** v.90, p.112-5, 2000.

GODLESKI, S.A.; CRANE, C.A.; LEONARD, K.E. Parents' concordant and discordant alcohol use and subsequent child behavioral outcomes. **Addict Behav**, vol. 79, p. 81-85, abr. 2018 04. Disponível em: <<https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/34393/1/2018%20AB%20Volume%2079%20%20April%20%202824%29.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GROTBERG, E.H. Introdução: novas tendências em Resiliência. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez et al (Org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.** (Tradução Valério Campos). Porto Alegre: Artmed, 2005, p.15-22.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual.** / editores Arthur Guerra de Andrade, James C. Anthony, Camila Magalhães Silveira. Barueri, SP : Minha Editora, 2009. ISBN 978-85-98416-78-6. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2019.

HECHT, M. Children of alcoholics. *American Journal of Nursing*, v.73, n.10, 1764-1767, 1973.

HILL, E.; GAUER, G.; GOMES, W.B. Uma análise semiótico-fenomenológica das mensagens auto-reflexivas de filhos adultos de alcoolistas. *Psicol. Reflex. Crit.* v.11 n.1 Porto Alegre, 1998, p. 93-115. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100006&lng=pt&nrm=iso&tng=pt>. Acesso em 11 nov. 2013.

HILL, S.Y.; SHEN, S.; LOWERS, L.; LOCKE-WELLMAN, J.; MATTHEWS, A.G.; McDERMOTT, M. Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: a prospective study during childhood and adolescence. *Psychiatry Res*, v.160, n.2, p.155-66, Aug. 2008. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2605725/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HILL, S.Y.; TESSNER, K.D.; McDERMOTT, M.D. Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. *J Psychiatr Res*, v.45, n.3, p. 285-94, Mar. 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272270/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HINRICHS, J.; DEFIFE, J.; WESTEN, D. Personality subtypes in adolescent and adult children of alcoholics: a two-part study. *J Nerv Ment Dis*, v.199, n.7, p. 487-98, Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143015/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; ZUCKER, R.A.; WONG, M.M.; FITZGERALD, H.E.; PUTTLER, L.I. Social competence in children of alcoholic parents over time. *Dev Psychol*, v.41, n.5, p. 747-59, Sep. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3159038/>>. Acesso em: 22 abr 2014.

HUSSONG, A.M.; WIRTH, R.J.; EDWARDS, M.C.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Externalizing symptoms among children of alcoholic parents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. *J Abnorm Psychol*, v.116, n.3, p.529-42, Aug. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842994/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; CAI, L.; CURRAN, P.J.; FLORA, D.B.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, v.36, n.3, p.335-46, Apr. 2008a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785434/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; FLORA, D.B.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Dev Psychopathol*, v.20, n.1, p.165-93, 2008b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249558/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; BAUER, D.J.; HUANG, W.; CHASSIN, L.; SHER, K.J.; ZUCKER, R.A. Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents. **J Fam Psychol**, v.22, n.6, p.819-32, Dec. 2008c. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765873/>>. Acesso em: 22 abr.2014.

HUSSONG, A.M.; HUANG, W.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.; ZUCKER, R.A. Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. **J Abnorm Child Psychol**, v.38, n.3, p.367-80, Apr. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215275/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

IACOPETTI, C.; LONDI, I.; PATUSSI, V.; SIRIGATTI, S.; COSCI, F. Life events, coping styles, and psychological well-being in children living with parents who harmfully consume alcohol. **Clin Psychol Psychother**, vol. 26, p.157–166. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Fiammetta_Cosci/publication/328123412_Life_events_coping_styles_and_psychological_well-being_in_children_living_with_parents_who_harmfully_consume_alcohol/links/5e79e29e4585158bd501cf63/Life-events-coping-styles-and-psychological-well-being-in-children-living-with-parents-who-harmfully-consume-alcohol.pdf> Acesso em: 30 jun. 2020.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez et al (Org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.** (Tradução Valério Campos). Porto Alegre: Artmed, 2005, p.23-38.

JUNAAB (JUNTA DE SERVIÇOS GERAIS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL). Apresentação; Como funciona; Informação pública. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/sobre-aa/visao-geral/apresentacao.html>>; <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/sobre-aa/visao-geral/como-funciona.html>>; <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/sobre-aa/aos-profissionais/informacao-publica.html>>. Acesso em 19 abr. 2014

KELLER, P.S.; CUMMINGS, E.M.; DAVIES, P.T.; MITCHELL, P.M. Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning, and child adjustment. **Dev Psychopathol**, v.20, n.1, p.195-212, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Patrick_Davies/publication/5639458_Longitudinal_relations_between_parental_drinking_problems_family_functioning_and_child_adjustment/links/0fcfd51388d4630689000000.pdf>. Acesso em: dois pontos 29 jun. 2020.

KELLER, P.S.; GILBERT, L.R.; KOSS, K.J.; CUMMINGS, E.M.; DAVIES, P.T. Parental problem drinking, marital aggression, and child emotional insecurity: a longitudinal investigation. **J Stud Alcohol Drugs**, v.72, n.5, p.711-22, Sep. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174019/>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

KLOSTERMANN, K.; KELLEY, M.L. Alcoholism and intimate partner violence: effects on children's psychosocial adjustment. **Int J Environ Res Public Health**, v.6, n.12, p. 3156-68, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800341/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

KNUDSEN, A.K; YSTROM, E; SKOGEN, J.C.; TORGERSEN, L. Maternal heavy alcohol use and toddler behavior problems: a fixed effects regression analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, vol.24, n.10, p.1269–77, Oct. 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-015-0677-5.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2020.

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira [online]. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf> Acesso em 07 nov. 2013.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2014.

LUND, I.O.; SKURTVEIT, S.; HANDAL, M; BUKTEN, A.; ASK TORVIK, F.; YSTRØM, E.; BURDZOVIC ANDREAS, J. Association of constellations of parental risk with children's subsequent anxiety and depression: findings from a HUNT survey and health registry study. **JAMA Pediatr**, v.173, n.3, p. 251-259, Mar. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440260/?report=printable>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LUND, I.O.; MOEN EILERTSEN, E.; GJERDE, L.C.; ASK TORVIK, F.; RØYSAMB, E.; REICHBORN-KJENNERUD, T.; YSTROM, E. Maternal drinking and child emotional and behavior problems. **Pediatrics**, v. 145, n. 3, Mar. 2020. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/145/3/e20192007>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

LUZES, C.A. **Um olhar psicológico sobre a delinquência**. Psicologia.com.pt, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0520.pdf>>. Acesso em 28 jul. 2014.

MARMORSTEIN, N.R.; IACONO, W.G.; MCGUE, M. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. **Psychol Med**, v.39, n.1, p.149-55, Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680685/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MELILLO, Aldo. Prefácio. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez et al (Org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. (Tradução Valério Campos). Porto Alegre: Artmed, 2005, p.11-13.

MENNELLA, J.A.; FORESTELL, C.A. Children's hedonic responses to the odors of alcoholic beverages: a window to emotions. *Alcohol* ; 42(4): 249-60, 2008 Jun. Disponível em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483837/pdf/nihms55630.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2020.

MOLINA, B.S.; DONOVAN, J.E.; BELENDIUK, K.A. Familial loading for alcoholism and offspring behavior: mediating and moderating influences. **Alcohol Clin Exp Res**, v.34, n.11, p.1972-84, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965318/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MORGAN, P.T.; DESAI, R.A.; POTENZA, M.N. Gender-related influences of parental alcoholism on the prevalence of psychiatric illnesses: analysis of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol Clin Exp Res**, v.34, n.10, p.1759-67, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950877/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MOSS, H.B. The impact of alcohol on society: a brief overview. *Soc Work Public Health*; v.28, n.3-4, p.175-177, 2013. doi:10.1080/19371918.2013.758987. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Howard_Moss/publication/237015677_The_Impact_of_Alcohol_on_Society_A_Brief_Overview/links/5bfc53b992851cbcd7448f1/The-Impact-of-Alcohol-on-Society-A-Brief-Overview.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020.

NASCIMENTO, E.C.; JUSTO, J.S. Vidas Errantes e alcoolismo: uma questão social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 13, 1-16, 2000.

OBOT, I.S.; WAGNER, F.A.; ANTHONY, J.C. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v.65, n.1, p.1-8, 2001.

OGLE, R.L.; MILLER, W.R. The effects of alcohol intoxication and gender on the social information processing of hostile provocations involving male and female provocateurs. **Journal of Studies on Alcohol**, v.65, p. 54-62, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Brasil / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa - Álcool. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093> Acesso em 28 jun. 2019.

PAZ-FILHO, G.J. da; SATO, L.J.; TULESKI, M.J.; TAKATA, S.Y.; RANZI, C.C.C.; SARUHASHI, S.Y.; SPADONI, B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.47, n.1, Mar 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/YzZBhXv6hYRfX455B9nzKWs/?lang=pt#>. Acesso em: 06 set. 2021.

PISINGER V.S.C.; BLOOMFIELD K.; TOLSTRUP, J.S. Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent-child relationships among 71 988 young people in Denmark. **Addiction**, vol. 111, n.11, p. 1966-1974, Nov. 2016. Disponível em: <https://pure.au.dk/portal/files/119332249/Perceived_parental_alcohol_problems_Postprint_2016.pdf> Acesso em: 30 jun. 2020.

PULGA, A.C.M. **Avaliação da vinculação filial em famílias identificadas como negligentes e/ou abusivas numa amostra de CPCJs**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra-Portugal. 2012. 33p. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22584/1/Pulga,catarina.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2014.

RAITASALO, K.; HOLMILA, M.; JÄÄSKELÄINEN, M.; SANTALAHTI, P. The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.28, n., p. 913-922, Jul. 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-018-1253-6.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

RANGARAJAN, S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. **Alcohol and Alcoholism**, vol.43, n.4, p.481-91. Jul-Aug, 2008. Disponível em: <<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/43/4/481.long>>. Acesso em 21 abr. 2014.

REINALDO, A.M.dos S.; PILLON, S.C. Alcohol effects on family relations: a case study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. spe, np. July/Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 21 abr. 2014.

REYNA, C. Alcoholismo parental y desempeño social en niños: el rol mediador del clima familiar. **Liberabit**, v.18, n.2, p.117-124, July/Dec, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pe/pdf/liber/v18n2/a02v18n2>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Assitência social e direitos humanos. Pandemia aumentou em 50% denúncias de violência contra crianças e adolescentes. 18 maio 2021. [online]. Disponível em: <<https://prefeitura.rio/assistencia-social-direitos-humanos/pandemia-aumentou-em-50-denuncias-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em 18 maio 2021.

ROGNMO, K.; TORVIK, F.A.; ASK, H.; RØYSAMB, E.; TAMBS, K. Paternal and maternal alcohol abuse and offspring mental distress in the general population: the Nord-Trøndelag health study. **BMC Public Health**, v.12, p. 448 (1-12), Jun. 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1471-2458-12-448.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2020.

ROSSOW, I.; FELIX, L.; KEATING, P.; McCAMBRIDGE, J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. **Drug Alcohol Rev**, v.35, n.4, p.397-405, July 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dar.12319>> Acesso em: 28 jun. 2020.

SALCEDO, L.J.A.; CARVALHO, A.M.P. Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, (spe), p. 827-835, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea10.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

SENA, E.L.da S.; BOERY, R.N.S.de O.; CARVALHO, P.A.Lde; REIS, H.F.T.; MARQUES, A.M.N. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. Texto contexto - enferm.

vol.20 no.2 Florianópolis Apr./June 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2014.

SCHUCKIT, M.A.; SMITH, T.L.; PIERSON, J.; TRIM, R.; DANKO, G.P. Externalizing disorders in the offspring from the San Diego prospective study of alcoholism. **J Psychiatr Res**, v. 42, n.8, p.644-52, Jul. 2008. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2414261/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SERRA-PINHEIRO, MA.; SCHMITZ, M.; MATTOS, P.; SOUZA, I. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 4, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 abr. 2014.

SILVA, P.A. da; SILVA, M.R.S. da; LUZ, G. dos S. Interações protetoras em famílias de alcoolistas: bases para o trabalho de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**;20(2): 191-196, abr.-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4043/2808>>. Acesso em 24 abr. 2014.

SILVA, P.A. da; SILVA, M.R.S. da; VAZ, M.R.C. Características pessoais de filhos de alcoolistas: um estudo na perspectiva da resiliência. *Av. enferm.*, v. 31, n.2, p. 92-100, 2013. Disponível em: <<http://www.index-f.com/rae/312pdf/092100.pdf>>. Acesso em 31 ago. 2021.

SMITH, J.W. Addiction medicine and domestic violence. **J Subst Abuse Treat.**, v.19, n.4, p.329-38, 2000.

SOUZA, J. de; CARVALHO, A.M.P.; TEODORO, M.L.M. Esposas de alcoolistas: relações familiares e saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 127-133, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SOUZA, J. de; CARVALHO, A.M.P.; TEODORO, M.M. Afetividade e conflito nas relações entre pais e filho em famílias de alcoolistas. **Pediatr. mod**, v.48, n.5, p. 202-206, mai. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5007>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SOUZA, J. de; JERONYMO, D.V.Z.; CARVALHO, A.M.P. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. **Psicol. estud**, Maringá- PR, v.10, n.2, p.191-199, mai.-ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

STEINGLASS, P. Experimenting with family Treatment approaches to alcoholism, 1950-1975: a review. **Fam Proc**, v.15, p.97-123, 1976.

TORVIK, F.A.; ROGNMO, K.; ASK, H.; RØYSAMB, E.; TAMBS, K. Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. **BMC Public Health**, vol. 11, p.706 (np), 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/706>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

TRIANA, B.; RODRIGO, M. J. Familias con miembros adictos a las drogas y al alcohol. In M. J. RODRIGO, M.J. & J. Palacios (Coords.). *Família y desarrollo humano (Manuales Psicología y Educacion)*. Madrid: Alianza, 2014, p.393-413.

TRINDADE, E.M.V. Filhos de Baco: adolescência e sofrimento psíquico de filhos de alcoolistas. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília-DF. 2007. 200p.

Disponível em:

<http://bdtb.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2377>. Acesso em 12 set. 2013.

TRINDADE, E.M.V.; COSTA, L.F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. **Com. Ciências Saúde**, v.24, n.2, p.179-188, 2012.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a09_consideracoes_sobre_resiliencia.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2014.

UNIFESP. Estudo revela perfil e relação entre pandemia e aumento na frequência de consumo de álcool. 04 mar 2021. [online]. Disponível em:

<<https://www.unifesp.br/reitoria/dci/releases/item/5037-estudo-revela-perfil-e-relacao-entre-pandemia-e-aumento-na-frequencia-de-consumo-de-alcool>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

VIDAL, S.I.; VANDELEUR, C.; ROTHEN, S.; GHOLAM-REZAEI, M.; CASTELAO, E.; HALFON, O.; AUBRY, J.M.; FERRERO, F.; PREISIG, M. Risk of mental disorders in children of parents with alcohol or heroin dependence: a controlled high-risk study. **Eur Addict Res**, v.18, n.5, p.253-64, 2012. Disponível em:

<<http://www.karger.com/Article/FullText/337328>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

VOOGT, C.; BEUSINK, M.; KLEINJAN, M.; OTTEN, R.; ENGELS, R.; SMIT, K.; KUNTSCHKE, E. Alcohol-related cognitions in children (aged 2-10) and how they are shaped by parental alcohol use: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* ; 177: 277-290, 2017 08 01. Disponível

em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0376871617302363?token=A905BEE9B603F5A2CE6490F59C835ED6355C44ACF9B8C1A8E90F66956946AAAF7804A8840E160EA784624ED53201BC04>> Acesso em 27 jun. 2020.

WANDEKOKEN, K.D.; VICENTE, C.R.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), v.7. n.3, p.161-7, set.-dez. 2011. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/803/80322765008.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

WERNER, A.; MALTERUD, K. How can professional carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. **Scand J Public Health** ; 45(1): 42-49, 2017 Feb. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Anne_Werner3/publication/311180148_How_can_professionals_carry_out_recognition_towards_children_of_parents_with_alcohol_problems_A_qualitative_interview_study/links/594cc2b4aca272ea0a93208b/How-can-professionals-carry-out-recognition-towards-children-of-parents-with-alcohol-problems-A-qualitative-interview-study.pdf> Acesso em 30 jun. 2020.

WEST, M.O.; PRINZ, R.J. Parental Alcoholism and Childhood Psychopathology. **Psycholog Bull** 102: 204-18, 1987.

WLODARCZYK, O; SCHWARZE, M; RUMPF, H-J; METZNER, F; PAWILS, S. Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: a systematic review. **PLoS ONE**, v.12, n.6, np. 2017. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179140>>. Acesso em: 27 jun.2020.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; CARVALHO, A.M. Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents. **Rev Bras Psiquiatr**, v.27, n.3. p.233-6, Sep. 2005 a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n3/a14v27n3.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; CARVALHO, A.M.P. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, São Paulo, v.1, n.2, p.233-6, ago. 2005b. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38626/41473>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v.27, supl. 2, p. s51-s55, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mai 2012.

APÊNDICE A - Amostra dos artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica

ANDREAS, J.B.; O'FARRELL, T.J. Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcohol-dependent fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems. **J Subst Abuse Trea**, v.1, n. 36, p. 87-100, Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729201/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BERG, L.; BÄCK, K.; VINNERLJUNG, B.; HJERN, A. Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds-a Swedish national cohort study. **Addiction**, Abingdon, England, vol.111, n. 10, p. 1795-803, Oct. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089658/>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I.A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 402-410, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

CAVADAS, C.M.S.; FONTE, C.A.M. A construção narrativa da família em crianças com familiares alcoólicos: contributos de um estudo qualitativo. **Psicol. USP**, São Paulo, v.20, n.4, p. 517-537, out.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v20n4/v20n4a03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CONNERS-BURROW, N.A.; MCKELVEY, L.M.; PEMBERTON, J.R.; MESMAN, G.R.; HOLMES, K.J.; BRADLEY, R.H. Buffering the negative effects of maternal alcohol problems on child behavior. *J Fam Psychol*, vol.29, n.4, p. 576-84, Aug. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Nicola_Conners_Edge/publication/282514833_Buffering_the_Negative_Effects_of_Maternal_Alcohol_Problems_on_Child_Behavior/links/5702738408ae47378f665020/Buffering-the-Negative-Effects-of-Maternal-Alcohol-Problems-on-Child-Behavior.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

EDWARDS, E.P.; EIDEN, R.D.; COLDER, C.; LEONARD, K.E. The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents. **J Abnorm Child Psychol**, v.34, n. 3, p. 409-23, Jun. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2666196/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EDWARDS, E.P.; EIDEN, R.D.; LEONARD, K.E.. Behaviour problems in 18- to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. **Dev Psychopathol**, v.18, n.2, p. 395-407, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664663/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; EDWARDS, E.P.; LEONARD, K.E. Children's internalization of rules of conduct: role of parenting in alcoholic families. **Psychol Addict Behav**, v.20, n.3, p.305-15, Sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2666298/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; EDWARDS, E.P.; LEONARD, K.E. A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: role of parenting and children's self-regulation. **Dev Psychol**, v.43, n.5, p.1187-201, Sep. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720575/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

EIDEN, R.D.; OSTROV, J.M.; COLDER, C.R.; LEONARD, K.E.; EDWARDS, E.P.; ORRANGE-TORCHIA, T. Parent alcohol problems and peer bullying and victimization: child gender and toddler attachment security as moderators. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v.39, n.3, p.341-50, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3595552/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. psiquiatr. clín**, v.31, n.2, p. 53-62, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n2/pdf/53.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FURTADO, E.F.; LAUCHT, M.; SCHMIDT, M.H. Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, SP, v.39, n.5, p. 659-69, May. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v39n5/5976.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

GODLESKI, S.A.; CRANE, C.A.; LEONARD, K.E. Parents' concordant and discordant alcohol use and subsequent child behavioral outcomes. *Addict Behav*, vol. 79, p. 81-85, abr. 2018. Disponível em: <<https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/34393/1/2018%20AB%20Volume%2079%20%20April%20%20%2824%29.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

HILL, S.Y.; SHEN, S.; LOWERS, L.; LOCKE-WELLMAN, J.; MATTHEWS, A.G.; McDERMOTT, M. Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: a prospective study during childhood and adolescence. **Psychiatry Res**, v.160, n.2, p.155-66, Aug. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2605725/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HILL, S.Y.; TESSNER, K.D.; McDERMOTT, M.D. Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. **J Psychiatr Res**, v.45, n.3, p. 285-94, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272270/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HINRICHS, J.; DEFIFE, J.; WESTEN, D. Personality subtypes in adolescent and adult children of alcoholics: a two-part study. **J Nerv Ment Dis**, v.199, n.7, p. 487-98, Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143015/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; ZUCKER, R.A.; WONG, M.M.; FITZGERALD, H.E.; PUTTLER, L.I. Social competence in children of alcoholic parents over time. **Dev Psychol**, v.41, n.5, p. 747-59, Sep. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3159038/>>. Acesso em: 22 abr 2014.

HUSSONG, A.M.; WIRTH, R.J.; EDWARDS, M.C.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Externalizing symptoms among children of alcoholic parents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. **J Abnorm Psychol**, v.116, n.3, p.529-42, Aug. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842994/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; CAI, L.; CURRAN, P.J.; FLORA, D.B.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms. **J Abnorm Child Psychol**, v.36, n.3, p.335-46, Apr. 2008a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785434/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; FLORA, D.B.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.A.; ZUCKER, R.A. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. **Dev Psychopathol**, v.20, n.1, p.165-93, 2008b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249558/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

HUSSONG, A.M.; BAUER, D.J.; HUANG, W.; CHASSIN, L.; SHER, K.J.; ZUCKER, R.A. Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents. **J Fam Psychol**, v.22, n.6, p.819-32, Dec. 2008c. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765873/>>. Acesso em: 22 abr.2014.

HUSSONG, A.M.; HUANG, W.; CURRAN, P.J.; CHASSIN, L.; ZUCKER, R.A. Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. **J Abnorm Child Psychol**, v.38, n.3, p.367-80, Apr. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215275/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

IACOPETTI, C.; LONDI, I.; PATUSSI, V.; SIRIGATTI, S.; COSCI, F. Life events, coping styles, and psychological well-being in children living with parents who harmfully consume alcohol. **Clin Psychol Psychother**, vol. 26, p.157–166. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Fiammetta_Cosci/publication/328123412_Life_events_coping_styles_and_psychological_well-being_in_children_living_with_parents_who_harmfully_consume_alcohol/links/5e79e29e4585158bd501cf63/Life-events-coping-styles-and-psychological-well-being-in-children-living-with-parents-who-harmfully-consume-alcohol.pdf> Acesso em: 30 jun. 2020.

KELLER, P.S.; CUMMINGS, E.M.; DAVIES, P.T.; MITCHELL, P.M. Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning, and child adjustment. **Dev Psychopathol**, v.20, n.1, p.195-212, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Patrick_Davies/publication/5639458_Longitudinal_relations_between_parental_drinking_problems_family_functioning_and_child_adjustment/links/0fcfd51388d4630689000000.pdf>. Acesso em: dois pontos 29 jun. 2020.

KELLER, P.S.; GILBERT, L.R.; KOSS, K.J.; CUMMINGS, E.M.; DAVIES, P.T. Parental problem drinking, marital aggression, and child emotional insecurity: a longitudinal investigation. **J Stud Alcohol Drugs**, v.72, n.5, p.711-22, Sep. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174019/>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

KLOSTERMANN, K.; KELLEY, M.L. Alcoholism and intimate partner violence: effects on children's psychosocial adjustment. **Int J Environ Res Public Health**, v.6, n.12, p. 3156-68, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800341/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

KNUDSEN, A.K; YSTROM, E; SKOGEN, J.C.; TORGERSEN, L. Maternal heavy alcohol use and toddler behavior problems: a fixed effects regression analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, vol.24, n.10, p.1269–77, Oct. 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-015-0677-5.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2020.

LUND, I.O.; SKURTVEIT, S.; HANDAL, M; BUKTEN, A.; ASK TORVIK, F.; YSTRØM, E.; BURDZOVIC ANDREAS, J. Association of constellations of parental risk with children's subsequent anxiety and depression: findings from a HUNT survey and health registry study. **JAMA Pediatr**, v.173, n.3, p. 251-259, Mar. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440260/?report=printable>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LUND, I.O.; MOEN EILERTSEN, E.; GJERDE, L.C.; ASK TORVIK, F.; RØYSAMB, E.; REICHBORN-KJENNERUD, T.; YSTROM, E. Maternal drinking and child emotional and behavior problems. **Pediatrics**, v. 145, n. 3, Mar. 2020. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/145/3/e20192007>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

MARMORSTEIN, N.R.; IACONO, W.G.; MCGUE, M. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. **Psychol Med**, v.39, n.1, p.149-55, Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680685/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MOLINA, B.S.; DONOVAN, J.E.; BELENDIUK, K.A. Familial loading for alcoholism and offspring behavior: mediating and moderating influences. **Alcohol Clin Exp Res**, v.34, n.11, p.1972-84, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965318/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MORGAN, P.T.; DESAI, R.A.; POTENZA, M.N. Gender-related influences of parental alcoholism on the prevalence of psychiatric illnesses: analysis of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol Clin Exp Res**, v.34, n.10, p.1759-67, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950877/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

PISINGER V.S.C.; BLOOMFIELD K.; TOLSTRUP, J.S. Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent-child relationships among 71 988 young people in Denmark. **Addiction**, vol. 111, n.11, p. 1966-1974, Nov. 2016. Disponível em: <https://pure.au.dk/portal/files/119332249/Perceived_parental_alcohol_problems_Postprint_2016.pdf> Acesso em: 30 jun. 2020.

- RAITASALO, K.; HOLMILA, M.; JÄÄSKELÄINEN, M.; SANTALAHTI, P. The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, v.28, n., p. 913-922, Jul. 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-018-1253-6.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- REINALDO, A.M.dos S.; PILLON, S.C. Alcohol effects on family relations: a case study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. spe, np. July/Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- REYNA, C. Alcoholismo parental y desempeño social en niños: el rol mediador del clima familiar. *Liberabit*, v.18, n.2, p.117-124. July/Dec., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n2/a02v18n2>>. Acesso em: 29 jun. 2020.
- ROGNMO, K.; TORVIK, F.A.; ASK, H.; RØYSAMB, E.; TAMBS, K. Paternal and maternal alcohol abuse and offspring mental distress in the general population: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*, v.12, p. 448 (1-12), Jun. 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1471-2458-12-448.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2020.
- ROSSOW, I.; FELIX, L.; KEATING, P.; McCAMBRIDGE, J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug Alcohol Rev*, v.35, n.4, p.397-405, July 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dar.12319>> Acesso em: 28 jun. 2020.
- SALCEDO, L.J.A.; CARVALHO, A.M.P. Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, (spe), p. 827-835, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/flae/v13nspe/v13nspea10.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- SCHUCKIT, M.A.; SMITH, T.L.; PIERSON, J.; TRIM, R.; DANKO, G.P. Externalizing disorders in the offspring from the San Diego prospective study of alcoholism. **J Psychiatr Res**, v. 42, n.8, p.644-52, Jul. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2414261/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.
- SOUZA, J. de; CARVALHO, A.M.P.; TEODORO, M.M. Afetividade e conflito nas relações entre pais e filho em famílias de alcoolistas. **Pediatr. mod**, v.48, n.5, p. 202-206, mai. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5007>. Acesso em: 24 abr. 2014.
- SOUZA, J. de; JERONYMO, D.V.Z.; CARVALHO, A.M.P. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. **Psicol. estud**, Maringá- PR, v.10, n.2, p.191-199, mai.-ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.
- TORVIK, F.A.; ROGNMO, K.; ASK, H.; RØYSAMB, E.; TAMBS, K. Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. **BMC Public Health**, vol. 11, p.706 (np), 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/706>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

TRINDADE, E.M.V.; COSTA, L.F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. **Com. Ciências Saúde**, v.24, n.2, p.179-188, 2012.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a09_consideracoes_sobre_resiliencia.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2014.

VIDAL, S.I.; VANDELEUR, C.; ROTHEN, S.; GHOLAM-REZAEI, M.; CASTELAO, E.; HALFON, O.; AUBRY, J.M.; FERRERO, F.; PREISIG, M. Risk of mental disorders in children of parents with alcohol or heroin dependence: a controlled high-risk study. **Eur Addict Res**, v.18, n.5, p.253-64, 2012. Disponível em:

<<http://www.karger.com/Article/FullText/337328>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

WANDEKOKEN, K.D.; VICENTE, C.R.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), v.7, n.3, p.161-7, set.-dez. 2011. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/803/80322765008.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

WLODARCZYK, O; SCHWARZE, M; RUMPF, H-J; METZNER, F; PAWILS, S. Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: a systematic review. **PLoS ONE**, v.12, n.6, np. 2017. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179140>>. Acesso em: 27 jun.2020.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; CARVALHO, A.M. Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents. **Rev Bras Psiquiatr**, v.27, n.3.

p.233-6, Sep. 2005 a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n3/a14v27n3.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; CARVALHO, A.M.P. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **SMAD, Rev.**

Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, São Paulo, v.1, n.2, p.233-6, ago. 2005b. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38626/41473>>. Acesso em: 29 jun. 2020.