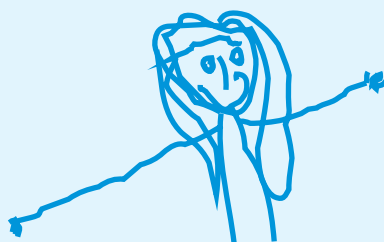
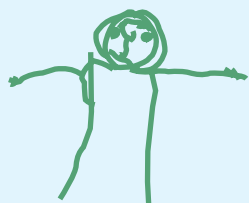




Joseane de Souza



*Maturidade emocional e
avaliação comportamental
de crianças filhas
de alcoolistas*



*Ribeirão Preto
2004*





Joseane de Souza



*Maturidade emocional
e avaliação comportamental
de crianças filhas de alcoolistas*



Ribeirão Preto

2004

JOSEANE DE SOUZA

**MATURIDADE EMOCIONAL E AVALIAÇÃO
COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS FILHAS DE
ALCOOLISTAS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, inserida na linha de pesquisa Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. ANA MARIA PIMENTA CARVALHO

RIBEIRÃO PRETO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Joseane de
Maturidade emocional e avaliação comportamental de
crianças filhas de alcoolistas. Ribeirão Preto, 2004.
117 f. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Linha de Pesquisa
Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta

1. Psiquiatria infantil. 2. Alcoolismo. 3. Comportamento.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Joseane de Souza

Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas

Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de mestre em Enfermagem Psiquiátrica.
Área de concentração Promoção da Saúde Mental.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Primeiramente agradeço a Deus, pois acredito que a oportunidade do desenvolvimento deste trabalho foi um presente dEle.

Agradeço à Prof^a Dr^a Ana Maria Pimenta Carvalho por todo apoio, carinho e confiança que depositou no meu trabalho. Foi mais que orientadora: foi uma conselheira, companheira uma pessoa compreensiva; com seu jeito doce e suave de tratar os alunos, foi uma verdadeira amiga. Contribuiu não só para o meu crescimento profissional, mas principalmente pessoal. Muitíssimo obrigado por tudo.

Aos meus pais pelo apoio, carinho, compreensão e ânimo que repassaram para mim. Sem a ajuda deles eu não teria realizado este trabalho com prazer e amor.

Agradeço á amiga Daniela V. Zanotti Jeronimo por ter confiado a mim a tarefa da continuidade deste trabalho. Obrigada pelo incentivo, por acreditar em mim e ter aberto caminhos para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas me apoiaram e contribuíram para que este trabalho se concretizasse. A algumas delas apresento, especialmente, os meus sinceros agradecimentos:

- À Prof^a Doutora e Psicóloga Sonia Regina Loureiro e à Prof^a Doutora e Enfermeira Sueli Aparecida Frari Galera, pela sua disponibilidade e dedicação ao analisarem o meu trabalho, pois, através de suas perspicácia e experiência profissional, mostraram-me pontos de análise que o enriqueceram.
- Aos pais e às crianças que participaram como sujeitos na presente pesquisa, por seu envolvimento e paciência e colaboração na coleta de dados.
- À minha irmã e amiga Silvana de Souza, pela paciência de ler meu trabalho e pelas orações e pelas valiosas sugestões.
- À amiga Marciana Farinha, que sempre ouviu minhas queixas, questionamentos e foi minha companheira nos momentos de solidão.
- Aos amigos Pr. Cristovan Iubel e Rosana Almeida, pelo incentivo e ânimo que proporcionaram nos momentos de dúvida.

- Ao CNPq, pela ajuda financeira, sem a qual nada disso teria sido possível.
- À psicóloga Dr^a Thelma Mazer que me auxiliou a encontrar o meu valor, me ensinou a acreditar na minha capacidade e me mostrou a importância de investir na realização pessoal.
- Aos amigos que indiretamente estiveram me apoiando: Helena F. Alves, Izabel Cristina Alves, Mariza Gouveia, Simone Perufo Opitz e Tania da Silva.

DEDICATÓRIA

A Deus que me deu sabedoria e colocou as pessoas certas na minha vida que me ajudaram.

A meus pais e irmãos com amor e carinho pela compreensão e incentivo que me deram nos momentos de desânimo e dificuldade.

As crianças filha de alcoolistas e as famílias que foram os sujeitos desta pesquisa, os quais contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

AS CRIANÇAS APRENDEM AQUILO QUE VIVEM

Se a criança viver criticada, aprenderá a
Condenar.
Se a criança sofrer maus tratos, tornar-se-á
Agressiva.
Se a criança viver amedrontada, tornar-se-á
Apreensiva.
Se a criança viver ridicularizada, aprenderá a sentir-se
Culpada.
Se a criança é estimulada, tornar-se-á
Confiante.
Se a criança é bem aceita, aprenderá a
Respeitar.
Se a criança viver sendo compreendida, aprenderá a
Respeitar a si mesma.
Se a criança viver sendo apreciada, aprenderá a
Ter bons sentimentos.
Se a criança viver com honradez, aprenderá a
Ser justa.
Se a criança viver na amizade, aprenderá a
Ser amiga.
Se a criança viver com segurança, aprenderá a
Ter fé em si mesma
e nas pessoas que a rodeiam.
Se a criança viver sendo amada, aprenderá
A encontrar
o amor no mundo e
Verificará que este mesmo
mundo é um ótimo
Lugar para se
VIVER.
(autor desconhecido)

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Características das crianças que participaram do estudo.....	58
QUADRO 2 - Características dos pais das crianças	59
QUADRO 3 - Histórico de alcoolismo familiar das mães das crianças.....	61
QUADRO 4 - Histórico de alcoolismo familiar dos pais das crianças.....	62
QUADRO 5 - Comparações dos resultado obtidos na escala emocional do desenho da figura humana, segundo ao grupamento por gênero e no total	70
QUADRO 6 - Escala comportamental infantil A2 de Rutter, comparação entre filhos de alcoolistas e filhos de não-alcoolistas	72
QUADRO 7 - Escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI), comparações entre gênero	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos sujeitos dos dois grupos nos percentis da escala evolutiva do teste do desenho da figura humana 69

TABELA 2- Distribuição dos sujeitos dos dois grupos quanto aos percentis da escala emocional do desenho da figura humana.....70

TABELA 3 - Distribuição dos sujeitos, segundo o gênero, nas categorias, nos escores acima e abaixo de 16 (pontuação de corte para problemas comportamentais), da escala comportamental A2 de Ruter.....73

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE FILHOS DE ALCOOLISTAS	22
3. SAÚDE MENTAL INFANTIL	34
3.1 Instrumentos utilizados na avaliação infantil	43
3.1.1 Teste do desenho da figura humana	44
3.1.2 Utilização de questionários na avaliação comportamental infantil	49
4. OBJETIVO	51
5. METODOLOGIA	54
5.1. Local do estudo	55
5.2 Sujeitos do estudo	55
5.3 Instrumento para coleta de dados	62
5.4 Procedimento	66
6. RESULTADOS	68
6.1 Teste do desenho da figura humana	69
6.2 Escala comportamental infantil A2 de Ruter	71
7. DISCUSSÃO	76
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICE	101

SOUZA, de Joseane. **Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, 2004.

Resumo

Vários estudos têm mostrado que o alcoolismo parental tem sido um fator de risco para o desenvolvimento de crianças criadas neste contexto. Os filhos de alcoolistas têm sido identificado com problemas emocionais, de comportamento, de desordens de personalidade e déficits cognitivos. O presente estudo teve como objetivo avaliar crianças, filhas de alcoolistas, em comparação com crianças filhas de não-alcoolistas nos aspectos: cognitivo e emocional, avaliados através da técnica do desenho da figura humana e avaliação comportamental segundo a percepção das mães utilizando a Escala Comportamental A2 de Rutter. Participaram deste estudo 40 crianças na faixa etária de 9 a 12 anos, escolaridade da 3ª à 7ª série do ensino fundamental, sendo: 20 crianças do grupo de filhas alcoolistas (FA), 10 meninos e 10 meninas e 20 crianças filhas de não-alcoolistas (FNA), 10 meninos e 10 meninas. Para a composição dos grupos foram pesquisados os prontuários de pacientes internados no período de 2000 a 2002 que tivessem filhos com idade entre 9 e 12 anos. Os pacientes deveriam atender aos critérios diagnósticos definidos pela Classificação Internacional das Doenças – CID 10 para transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F.10.0), sem a presença de nenhum outro transtorno mental associado. Os critérios de inclusão do grupo foram: os pais da criança deveriam ter vínculo conjugal (oficial ou consensual) e no caso de pais separados, estes deveriam ter co-habitado por pelo menos cinco anos com a criança e a mãe não poderia apresentar problemas com uso de álcool; as crianças não deveriam apresentar déficit sensorial e neurológico evidentes e história decorrente de ferimento na cabeça; e ainda não estarem em atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. Para a seleção do grupo controle (filhos de pais não-alcoolistas) as crianças foram identificadas na mesma escola que as crianças filhas de alcoolistas estavam matriculadas. Os resultados revelaram que as crianças filhas de alcoolistas apresentaram diferença estatisticamente significativa no aspecto emocional e comportamental. Os filhos de alcoolista revelaram: timidez, retraimento, insegurança, impulsividade e segundo a opinião das mães, as crianças filhas de alcoolistas mostraram: impaciência, irritabilidade, agitação, desobediência e dependência. Na comparação segundo o gênero as meninas filhas de alcoolistas revelaram mais problemas de comportamento e emocionais que as meninas filhas de não-alcoolistas. No presente estudo as meninas revelaram ser mais vulneráveis que os meninos quando avaliadas nos domínios emocional e comportamental.

Palavras chaves: filhos de alcoolistas, alcoolismo, avaliação emocional.

SOUZA, de Joseane. Emotional maturity and assessment behavioral of alcoholics of children. 2004. 117f. Dissertation of Master – Nurse School of Ribeirão Preto – University of São Paulo, 2004.

Abstract

Parental alcoholism has been pointed by researches as of one risk factor to infant development. Children of alcoholics (COAs) have been found to be more vulnerable to emotional and behavioral problems. The aim of this study was assess children of alcoholics (COAs) in the comparison with children nonalcoholics (Non-COAs) in the aspects: cognitive and emotional, assessed although Human Figure Drawing Test and behavioral assessment by the Behavioral Scale of Rutter A2. Forty children participated of this study with age between: 9 until 12 years old, studied of elementary school, twenty children were children of alcoholics (COAs) and twenty were children of nonalcoholics (Non-COAs). Each of group was compost with 10 boys and 10 girls. The chips of inpatients in the period of 2000 and 2002, in the Geral Hospital (ward psychiatric), were consulted to compose group of alcoholics that had children of 9 until 12 years old. The patients should answer of diagnostic criterion defined by CID 10- Disease International Classification for mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F.10.0) without the presence another mental disorder associated. The inclusion criterions to group were: the parents of the children should have conjugal bonding (official or not) and the parents separated should have lived for less five years old with the children and the mother could not have alcoholic problems; children could not have sensorial and neurological disorders and history of the hurt in the head and were not in the psychological and psychiatric treatment. The children of control group (Non-COAs) were identified in the same school in the children of alcoholics were studying. The results showed that children of alcoholics and children nonalcoholics not differentiated in the cognitive aspects, assessed although Human Figure Drawing Test. However, children of alcoholics showed more emotional difficulty, it were assessed in same test. In the behavioral assessment (question filled out by their mother) children of alcoholics showed more behavioral problems than children of nonalcoholics. Children of alcoholics showed difference statistically significant in emotional and behavioral aspects. They showed some psychological characteristics such as: shyness, insecurity, low self-esteem and relationship difficult. Through the opinion of their mother they are: impatient, irritable, agitated, disobedience and dependent. In the gender comparison, the girls of alcoholics showed more emotional and behavioral problems than the girls of nonalcoholics. In this study the girls with alcoholics fathers showed to be more vulnerable than the boys in emotional and behavioral domains.

Keys words: infant psychiatric, alcoholism and behavior.

SOUZA, de Joseane. **Madurez emocional y evaluación del comportamiento de chicos hijos de alcohólicos**. 2004. 117f. Disertación de Maestría, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto- Universidad de São Paulo, 2004.

Resumen

El alcoholismo de parentesco ha sido señalado, en la literatura, como hecho de gran riesgo para el desarrollo durante la niñez. Los hijos de alcohólicos están siendo identificados con problemas emocionales, de comportamiento, desorden en la personalidad y debilidades cognoscitivas. El estudio en cuestión tiene el objetivo de evaluar a los niños hijos de alcohólicos, en comparación con niños hijos de no alcohólicos, en relación a los siguientes aspectos: cognoscitivo y emocional, evaluados a través de las técnicas de dibujo de la figura humana y evaluación del comportamiento según la percepción de las madres. Para tal se utilizará la Escala del Comportamiento A2 de Rutter. Participaron de ese estudio cuarenta chicos situados en la faja de edad de 9 a 12 años, escolaridad del tercer al séptimo grado de la primaria, siendo 20 chicos hijos de alcohólicos (HA), o sea, 10 varones y 10 mujeres; 20 chicos hijos de no alcohólicos (HNA), 10 varones y 10 mujeres. Para la composición de los grupos fueron consultadas las fichas de ingreso de pacientes en el periodo de 2000 a 2002, en el ala psiquiátrica de un hospital general, que tuviesen hijos con la edad de 9 a 12 años. Los pacientes deberían tener los criterios diagnósticos definidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades para trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol (F.10.0), sin la presencia de otro trastorno mental asociado. Los criterios de inclusión del grupo fueron: los padres de los chicos deberían tener vínculo conyugal (oficial o de consenso) y en el caso de padres separados ellos deberían haber cohabitado por lo menos cinco años en convivencia con el hijo y la madre sin presentar problemas con el uso de alcohol; los chicos no podrían presentar debilidades sensoriales y neurológicas evidentes ni historia decurrente de lastimados en la cabeza; y tampoco podrían estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Para la selección del grupo control (hijos de padres no alcohólicos) los chicos fueron identificados en la misma escuela en que los chicos hijos de alcohólicos estaban ingresados. Los resultados señalaron que: hijos de alcohólicos y de no alcohólicos no son distintos cuanto a la evaluación cognoscitiva, a través del Test de Dibujo de la Figura Humana. A pesar de esto, cuanto a los aspectos emocionales, los hijos de alcohólicos mostraron, en esta misma época, más señales de sufrimiento mental. En la evaluación del comportamiento, realizada por medio de la madre, los chicos hijos de alcohólicos presentaron más problemas que los chicos hijos de no alcohólicos. Las diferencias encontradas alcanzaron significante estadística. Los aspectos emocionales encontrados son respecto a las características como timidez, soledad, inseguridad y dificultades de relación. Según la opinión de las madres, las chicas hijas de alcohólicos mostraron impaciencia, irritación, agitación, desobediencia y dependencia. En comparación, según el género, las chicas hijas de alcohólicos revelaron más problemas emocionales y de comportamiento que las chicas hijas de no alcohólicos. En el presente estudio las chicas revelaron ser menos vulnerables que los chicos cuando evaluadas bajo los dominios emocionales y de comportamiento.

Palabras clave : Psiquiatría infante, alcoholismo, comportamiento.

1. ALCOOLISMO

A Organização Mundial de Saúde considera o alcoolismo como uma das principais causas de morte no mundo. Segundo levantamento realizado pelo Grupo

Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo, 15% da população brasileira é alcoolista (Projeto Conhecer- UNESP, 2002).

Definir alcoolismo não é uma tarefa simples, pois esse termo designa um importante fenômeno médico e social. A décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) não se refere ao termo alcoolismo, mas na categoria F.10 encontra-se o termo transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool que é definido a partir dos seguintes critérios: a) intoxicação aguda, b) uso nocivo, c) síndrome de dependência, d) estado de abstinência, e) transtorno psicótico residual e de início tardio, f) outros transtornos mentais e de comportamento, g) transtorno mental e de comportamento não-específico. A síndrome de dependência de álcool é definida na décima Classificação Internacional das Doenças (CID-10) como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância (neste caso o álcool) ou classe de substâncias torna-se prioritário em relação a outros comportamentos que antes tinham maior importância para um determinado indivíduo. Uma característica descritiva central dessa síndrome é o desejo (frequentemente forte, às vezes irresistível) de usar drogas psicoativas (que podem ou não terem sido prescritas), álcool ou tabaco.

A décima Classificação Internacional das Doenças (1994) propõe as seguintes diretrizes para o diagnóstico da síndrome de dependência de substâncias psicoativas: um diagnóstico definitivo deveria normalmente ser estabelecido apenas quando três ou mais dos seguintes itens tiverem sido experimentados ou exibidos durante o ano anterior: a) forte desejo ou senso de compulsão para tomar a substância; b) dificuldades em controlar o comportamento de uso da substância quanto ao seu início, final ou níveis de uso; c) estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompida ou reduzida; d) evidente de tolerância de modo que doses crescentes da substância psicoativa são

necessárias para se obter efeitos originalmente produzidos por doses menores; e) desinteresse progressivo por interesses ou prazeres alternativos devido ao uso de substâncias psicoativas; f) continuar o uso da substância a despeito de conseqüências danosas, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado a drogas: deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

O alcoolismo tem atingido homens, mulheres e jovens independente da faixa etária, da classe social ou nível cultural.

Pesquisas realizadas em dez capitais do país, ao longo de dez anos, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), comprovam que os jovens brasileiros consomem mais álcool do que as principais drogas ilegais somadas. O último dos quatro levantamentos, realizado em 1997, aponta que metade dos estudantes com idade entre 10 e 12 anos já usaram álcool. A pesquisa apontou ainda, que, após beber, cerca de 11% dos jovens envolveram-se em brigas e 19,5% faltaram à escola no dia seguinte (Galdaróz,; Noto; Carlini, 1997).

Assim, percebe-se que cada vez mais cedo as pessoas têm tido contato com o álcool. Uma pesquisa desenvolvida por Schivoletto (1994), em São Paulo, citada pelo projeto conhecer (2002), demonstra que o álcool é a primeira droga usada por adolescentes, e o contato com a bebida ocorre, em média, aos 11 anos; o cigarro vem depois, aos 12 anos. A média de idade para o primeiro uso de maconha é de 13 anos e o de cocaína, 14 anos.

Vieira e Velloso (2002) apontam a pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO), que foi realizada com 50 mil estudantes brasileiros do ensino fundamental e do médio, mostrando que 34,8% deles tomam bebidas alcoólicas -

o que representa um contingente de 17,4 milhões de jovens. Citam ainda a pesquisa do psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com adolescentes de 15 e 18 anos de classe média alta. A pesquisa revelou que 42% bebem até oito vezes por mês, 14% ingerem álcool entre nove e vinte dias por mês e 9% são bebedores pesados. O surpreendente nesses estudos é que um terço dos adolescentes afirma que começou a beber entre 10 e 12 anos.

O alcoolismo tem repercussão social uma vez que não afeta apenas o usuário, mas suas conseqüências envolvem também aqueles que estão próximos.

As conseqüências do alcoolismo refletem em outras situações pois o álcool é causa de 350 doenças diferentes, 45% dos jovens entre 13 e 19 anos envolvidos em acidentes haviam bebido, 65% dos acidentes com mortes em São Paulo envolviam motoristas alcoolizados, 90% das internações em hospitais psiquiátricos, no Brasil, ocorrem devido ao álcool, 40% dos acidentes de trabalho são provocados pela doença, o índice de suicídios entre alcoolistas é 57% maior do que na população geral (Edson, 2001).

Estudos estatísticos mostram que o álcool está envolvido em 60% dos casos reportados de maus tratos às crianças, envolvendo espancamento de esposa, 40% dos casos de estupro, 41% dos assaltos, 42% dos acidentes de trabalho e 64% dos homicídios e 35% a 64% dos motoristas que provocam acidentes fatais no trânsito. A Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério de Saúde avalia que a bebida mata 10% mais do que a hepatite virótica, 57% mais do que o câncer de estômago e 4,5% mais do que a leucemia (Projeto Conhecer- UNESP, 2002; Vieira; Fernandes, 2002).

Como afirma Silva Ribeiro (2000), é inegável que as conseqüências do abuso do álcool acarretam prejuízos fisiológicos e psicológicos ao indivíduo. Porém outros estudos têm revelado os danos causados pelo alcoolismo nas relações familiares.

Basicamente existem duas vertentes nas pesquisas realizadas sobre o alcoolismo: aquela que procura identificar as causas que levam um adolescente ou adulto a fazer uso de álcool e aquela que investiga os prejuízos decorrentes do alcoolismo, para o alcoolista, sua esposa, filhos e familiares. Com relação às pesquisas que demonstram que o comportamento do genitor alcoolista afeta o filho, a grande maioria foi realizada em instituições fora do país. No Brasil são poucas as pesquisas que têm abordado essa questão.

Dados estatísticos dos Estados Unidos apontam a existência de dez milhões de alcoolistas, estimando um número de sete milhões de crianças e adolescentes com menos de 20 anos que estão vivendo com pais alcoolistas, ou seja, muitas crianças estão expostas às situações de estresse causado pelo alcoolismo (Woodside, 1983).

Muitos teóricos concordam que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para sua saúde mental futura. A base da estrutura familiar são os pais, eles são os principais responsáveis pela saúde física e pelo desenvolvimento da personalidade dos filhos. Um ambiente familiar saudável é aquele onde os pais têm capacidade de oferecer aos filhos alimentação, orientação, segurança, proteção, afeto e controle.

Para Bowlby (1981), é fundamental para a saúde mental do bebê e da criança ter a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou uma pessoa que desempenhe o papel de mãe) em que ambos encontrem satisfação e prazer. É essa relação complexa, rica e compensadora com a mãe, nos primeiros anos, enriquecida de inúmeras maneiras pelas relações com o pai e com os irmãos, que os profissionais de saúde mental infantil julgam ser a base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental.

Porém alguns pais não são capazes de oferecer um ambiente familiar saudável aos seus filhos: é o caso dos pais portadores de uma doença mental.

Ajuriaguerra e Marcelli (1986) apontam a doença mental de um dos pais, o alcoolismo parental, por exemplo, como um fator de risco que pode trazer prejuízos para o desenvolvimento infantil.

A literatura tem demonstrado que viver em ambiente alcoolista afeta negativamente o desenvolvimento das crianças. Os pais alcoolistas têm dificuldade de desempenhar seus papéis na criação dos filhos, pois centralizam sua atenção no álcool e deixam os cuidados das crianças em segundo plano.

Buriolla e Marques (1999) citam que pais alcoolistas ou que usam drogas têm mais probabilidade de violentar os filhos do que os outros. Esses pais tendem a ignorá-los, afastam-se deles, não têm laços fortes, podem deixar de cuidar das crianças e ser agressivos e violentos.

Vários estudos têm demonstrado que tem crescido o número de problemas emocionais, de comportamento e de desordens de personalidade em famílias de pais alcoolistas. A relação entre alcoolismo dos pais e problemas de comportamento anti-social com adolescentes e violência doméstica também tem sido apontada em algumas pesquisas (Wilson; Orford, 1978; Marsden; Owens, 1978; Buriolla; Marques, 1999; Mylant et al. 2002).

Pode-se afirmar que o alcoolismo, além de causar danos físicos, sociais e psicológicos ao alcoolista, traz também prejuízos emocionais para os membros da família, chegando até mesmo às futuras gerações. Ampliar o foco de análise dessa problemática e apontar estudos que demonstram os possíveis prejuízos emocionais e comportamentais das crianças que cresceram nestes lares é essencial para criar novas estratégias de tratamento e de prevenção.

2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE FILHOS DE ALCOOLISTAS

Atualmente muitos estudos têm sido realizados na área da saúde mental, com crianças que estão expostas a situações estressantes, com objetivo de identificar os fatores de risco que mais provavelmente estão associados às desordens mentais infantis, lembrando, ainda, que tais problemas psicológicos podem repercutir outras conseqüências negativas para sua vida futura.

A identificação dos fatores de risco na infância é importante para o desenvolvimento de programas de prevenção que possam auxiliar essas crianças a se protegerem dos possíveis danos emocionais e que venham contribuir para a diminuição do sofrimento infantil.

Muitas são as situações que têm sido apontados pelos pesquisadores como prejudiciais para a saúde mental infantil. O alcoolismo parental tem sido considerado um fator familiar de risco para o desenvolvimento de crianças que têm sido criadas nesse contexto. Alguns estudos têm mostrado que os filhos de alcoolistas apresentam-se em desvantagem, quando comparados com filhos de não-alcoolistas em uma série de domínios: déficit cognitivo, auto-estima baixa, dificuldades acadêmicas, problemas de comportamento, dificuldades emocionais e de relacionamento (Cermakand; Brown, 1982; García, 1990; Sher, 1991; Mylant et al, 2002).

A partir mais ou menos da década de 80, alguns pesquisadores centralizaram seus estudos nessa questão. Considerando que é fundamental esclarecer, identificar e apontar os conhecimentos produzidos nessa área, a seguir serão apontadas algumas pesquisas nas quais foram avaliadas as repercussões do alcoolismo no desenvolvimento de crianças e adultos filhos de pais alcoolistas.

O estudo longitudinal realizado por Miller e Lang (1977), através do qual acompanharam crianças de famílias de classe baixa com presença de múltiplos problemas (doença mental dos pais, criminalidade, requisição de benefícios do governo devido às

dificuldades financeiras e outros) mostrou que crianças filhas de alcoolistas foram significativamente menos prováveis de continuar os estudos e mais prováveis de ter recebido atendimento nas escolas devido a problemas psicológicos ou de disciplina. Os autores observaram que essas crianças tiveram três vezes mais chance de serem expulsas da escola e significativamente mais chance de terem recebido atenção nos serviços sociais e legais. Com relação às questões familiares, essas crianças haviam experimentado vários problemas: divórcio, crises familiares, como a detenção e/ou hospitalização do pai e doença mental de um dos pais.

Cork (1979) observou que as crianças filhas de alcoolistas frequentemente sentem culpa por terem provocado o alcoolismo dos pais. Parece que elas tomam a responsabilidade do comportamento de beber dos pais. Afirmam, ainda, que modelos de negação, de afastamento e de evitação de conflitos são os modelos comumente identificados nas crianças adultas filhas de alcoolistas. Esse estudo relatou também que as crianças transformam-se em resistentes e incapazes de confiar em outra pessoa e apresentam sentimentos de desesperança e pessimismo sobre o próprio futuro.

Segundo Black (1979), crianças filhas de pais alcoolista crescem percebendo os adultos como insensíveis e descuidados, pois geralmente eles não se encontram disponíveis quando elas precisam de ajuda.

Deutsch (1982) aponta algumas características psicológicas de filhos de alcoolistas, como timidez, insegurança, medo, raiva, ódio e culpa, as quais podem predispor-los a dificuldades de relacionamento.

O jovem adulto que tem, em sua família de origem, história de alcoolismo tende a apresentar um dos três comportamentos: pode tornar-se um alcoolista, assumindo assim uma posição pseudodiferenciada; ele ou ela pode perpetuar um papel familiar de funcionamento super-responsável e casar com um alcoolista; ou pode simplesmente

romper emocionalmente com a família (Kempe; Helfer, 1972; Herman; Hirschman, 1981; Black, 1982).

A família alcoolista tende a centrar-se no álcool, esquecendo de oferecer assistência às crianças. Por exemplo, as necessidades normais de dependência dos filhos não são satisfeitas, e a criança pode experimentar um sentimento crônico de tristeza e perda, que se manifesta em depressão e num senso de ser “diferente” dos outros. Quando adulto, esse indivíduo pode experimentar isolamento emocional, medo da intimidade e uma tendência a reagir passivamente em vez de agir em seu próprio interesse.

Embora os filhos de alcoolistas possam responder com comportamentos delinquentes ou de atuação, o mais freqüente, segundo Black (1982), é que eles se tornam submissos, quietos e retraídos, o que dificulta serem reconhecidos pelas autoridades escolares e pelos profissionais de saúde.

Knop et al. (1984) consideram a impulsividade e a baixa tolerância às frustrações como sendo os precursores comportamentais mais consistentes para o desenvolvimento do alcoolismo em filhos de pais alcoolistas.

Lerner e Vicary (1984) realizaram estudo longitudinal com crianças a partir da faixa etária dos cinco anos de idade seguindo até a vida adulta. Constataram que a dificuldade de temperamento, incluindo freqüente estado de humor negativo e retraimento, contribuem para uso abusivo de drogas. Crianças caracterizadas por respostas de retraimento diante de novos estímulos, irregularidades biológicas, lenta adaptabilidade para mudanças, freqüentes expressões negativas de humor, têm mais chance de se transformarem em usuários regulares de álcool, cigarro e maconha na vida adulta do que crianças “fáceis”, que evidenciam rápida adaptabilidade.

Merinkangas (1985) também pesquisou a associação entre alcoolismo como fator de risco e possíveis vulnerabilidades da criança exposta ao convívio com pais

alcoolistas e verificou que distúrbios de conduta, hiperatividade e síndrome de déficit de atenção predisõem os filhos de alcoolistas ao desenvolvimento do alcoolismo.

Goodwin (1985) verificou que um em cada quatro ou cinco filhos de alcoolistas (nos EUA e Europa do Norte) tornou-se alcoologista e que cerca de 5% e 10% das filhas também se tornaram alcoolistas. Uma história de alcoolismo multiplica o risco da criança para quatro ou cinco vezes de se tornar um alcoologista no futuro para ambos os sexos.

Portanto, além dos fatores hereditários que têm sido apontados em muitas pesquisas, algumas dificuldades psicológicas, como impulsividade, timidez, sinais de depressão, dificuldade de se adaptar às mudanças, auto-estima baixa e agressividade, podem somar-se e predispor os adultos filhos de alcoolistas à dependência química. Essas características psicológicas são identificadas como fatores de risco, pois deixam os jovens mais vulneráveis para enfrentar as situações de estresse. Conseqüentemente para aliviar essa tensão eles recorrem ao uso de alguma droga a qual, no início, diminui a ansiedade e favorece o esquecimento dos problemas.

Barnes e Welte (1986) perceberam que o jovem que, no início de sua adolescência, apresentou comportamento anti-social, o qual se transformou em envolvimento em brigas e mau comportamento na escola, é o indivíduo que teve mais propensão ao uso das drogas.

Black et al. (1986) analisaram as percepções dos adultos que cresceram em lares de pais alcoolistas, comparando com aqueles que cresceram em lares de pais não alcoolistas. Participaram do estudo 409 sujeitos (84,4% filhos de pais alcoolistas e 39,7% de mãe alcoologista e 24,3% tinham ambos os pais alcoolistas), tinham em média 12 anos de escolaridade, idade entre 28 anos e nível socio-econômico alto. Dos filhos de alcoolistas, 18,5% descreveram ter sido vítima de abuso sexual por um membro da família,

aproximadamente 61% descreveram que tomavam a responsabilidade para si do alcoolismo de seus pais. E 50% dos adultos filhos de alcoolistas citaram que se sentiam rejeitados pelos membros da família, tinham problemas para confiar nas pessoas e expressar seus sentimentos, tinham dificuldade em lidar com questões que exigiam dependência, intimidade, e descreviam-se como sendo problemáticos e violentos.

Estudos avaliaram como o relacionamento dos pais pode influenciar na socialização dos filhos de alcoolistas. Jacob e Leonard (1986) citam que o modelo oferecido pelo pai ou pela mãe alcoolista pode distorcer o processo de socialização da criança, fazendo com que os filhos adotem, intencional ou não, mecanismos inadequados de lidar com relacionamentos interpessoais.

West e Prinz (1987) revisaram pesquisas realizadas no período de 1975 a 1985 e concluíram que o alcoolismo parental sem dúvida afeta a estrutura familiar. Observaram que a maioria dos pesquisadores focaram as características das psicopatologias das crianças mas não confirmaram os diagnósticos das desordens infantis. Apesar dessa limitação, os achados confirmaram que o alcoolismo parental está associado com elevada incidência de sintomatologia nas crianças. Nem todas as crianças, mas a maior parte da população dos filhos de alcoolistas, inevitavelmente apresentarão desordens psicológicas. A mais proeminente forma de sintomatologia identificada foi muito mais a categoria de problemas externalizados, como problemas de comportamento, intranquilidade, falta de atenção, baixo desempenho acadêmico, do que os problemas internalizados de inadequação social e somatização. Quando o fator disruptura familiar era medido, os problemas externalizados eram mais proeminentemente associados com alcoolismo parental. Sintomas de ansiedade e depressão na criança, ambos considerados problemas internalizados, foram consistentemente associados com alcoolismo parental. Afirmam que, devido ao método de análise escolhido, não foi possível detectar se os problemas de

ansiedade e depressão ocorriam nas crianças que exibiam problemas externalizados. Sugerem que esse índice de covariância, bem como o índice de diferenças de gênero, precisam ser estudados.

Pesquisando o impacto do alcoolismo nos diferentes membros dessas famílias, Ramon (1988) afirma que crianças em idade escolar, que têm pais alcoolistas, apresentam maior tendência à agressividade.

García (1990) comparou filhos de alcoolistas e não-alcoolistas. Demonstrou que o grupo filhos de pais alcoolistas apresentaram auto-estima mais baixa que o outro grupo.

Dados apontam que os filhos de pais alcoolistas são pessoas com alto risco de desenvolver problemas emocionais, de conduta, de aprendizagem e legais, chegando esse risco a ser dimensionado em um padrão três vezes maior do que o dimensionado para filhos de não-alcoolistas (Cormillot, 1992).

O jovem adulto que cresce em uma família de alcoolistas apresenta prejuízos na adaptação e em sua capacidade de lidar com situações em todo o ciclo de vida (Krestan; Bepko, 1995).

Uma outra vertente dessas pesquisas centralizou-se na relação entre pais e filhos, observando qual a imagem que filhos de alcoolistas têm das atitudes e comportamentos de seus pais, já que muitas vezes eles se mostram ausentes e agressivos.

Cuarón (1998) cita que os filhos de pais alcoolistas os percebem como abusivos, incompreensíveis e atemorizantes, afirmando que suas condutas vão de amistosa a agressiva, de passiva a ditador, e fazem uso de humilhações. Dessa forma os pais debilitam a auto-estima de seus filhos e provocam um forte sentimento de insegurança.

Cuijpers, Langendoen e Bijl (1999), com objetivo de confirmar o aumento dos riscos das desordens psiquiátricas em adultos filhos de alcoolistas, compararam fatores de

risco, incluindo traumas na infância, e pais-problemáticos. Para medir os distúrbios psiquiátricos usaram critérios do CIDI. Os resultados revelaram alta prevalência de distúrbios de humor, ansiedade e abuso/dependência de substâncias em adultos filhos de alcoolistas. E filhos de bebedores problemas apresentaram alta prevalência de distúrbios alimentares e de esquizofrenia. O aparecimento das desordens de humor e de ansiedade ocorrem nas idades mais jovens no grupo dos filhos de alcoolistas. Concluíram que crianças de pais com problemas com bebida alcoólica são grupo de alto risco para desordens psiquiátricas.

Mylant et al. (2002) delinearum um estudo a partir da seguinte questão: ter pais alcoolistas pode ser um fator de risco para que os adolescentes apresentem problemas de comportamento? Foram avaliados 1632 estudantes do estado de Wyoming que apresentavam comportamento de risco, tais como uso de drogas e álcool e iniciação sexual precoce. Utilizaram questionários que analisaram questões psicossociais (coesão na família, avaliação de auto-estima, grau de escolaridade e vínculo com a escola, adaptação familiar) e atitudes, comportamentos e sentimentos de alto risco (temperamento negativo, sentimentos, pensamentos e comportamentos autodirigidos, uso de drogas e comportamento sexual precoce). Os resultados revelaram que adolescentes filhos de pais alcoolistas apresentaram baixos níveis em todos os fatores psicossociais, familiares, vínculos escolares e pessoais, e níveis significativamente altos em todos os fatores de temperamento, sentimentos, pensamentos e comportamentos de alto risco. Essa amplitude de comportamento de risco pode mostrar que filhos de alcoolistas são mais vulneráveis para comportamentos violentos, acidentes, depressão, suicídio, desordens alimentares, dependência química e gravidez na adolescência.

Mulder (2002) analisou os estudos que relacionaram alcoolismo a personalidade e concluiu que comportamento anti-social e hiperatividade são os

comportamentos mais consistentes associados com o alcoolismo. Porém lembra que esses comportamentos não são específicos para o alcoolismo, estão associados com muitas outras desordens psiquiátricas. Variáveis da personalidade explicam somente uma pequena parcela do risco para dependência de álcool. É prematuro associar variáveis da personalidade ao alcoolismo.

Hall e Webster (2002) avaliaram os sintomas de depressão, resiliência e auto-relato de estresse e sintomas de trauma em adultos na faixa etária de 17 a 44 anos que tiveram experiência de alcoolismo na sua família de origem, comparando com adultos que experimentaram outro evento traumático e com outro grupo que não vivenciou situações traumáticas. Os resultados indicaram que adultos filhos de alcoolistas tiveram mais relatos de estresse, mais dificuldades de imitar o uso de fatores de mediação nas respostas dos eventos de vida e mais sintomas de disfunção de personalidade do que o grupo controle. Os resultados sugerem que filhos de alcoolistas podem desenvolver menos estratégias efetivas para lidar com situações de estresse.

Um dos poucos estudos realizados no Brasil foi o da pesquisadora Zanotti-Jeronymo (2003), que avaliou o autoconceito e desempenho escolar de crianças filhas de pais alcoolistas comparando com filhos de pais não-alcoolistas. Concluiu que filhos de pais alcoolistas apresentaram autoconceito rebaixado e desempenho escolar inferior.

A dinâmica das famílias de alcoolistas também foi pesquisada e estudiosos observaram modificações no sistema familiar em decorrência do alcoolismo. Os papéis dos membros da família são alterados, por exemplo, responsabilidades que seriam do pai são assumidas por outros membros da família, podendo ser até mesmo assumidas pela própria criança.

Para Scavnicky-Mylant (1990), os filhos de alcoolistas, na maioria das vezes, assumem os papéis de “herói da família”, “bode expiatório”, “criança perdida” e mascote.

A filha ou filho mais velho, geralmente assumindo o papel de “herói da família”, sente-se responsável por todos, sente-se responsável por recompor as fragilidades da família, tomando para si encargos abandonados pelo pai ou pela mãe. O “bode expiatório” é papel freqüentemente assumido pela segunda criança, a qual aprende desde cedo que, por mais que tente, não consegue competir com o “herói” da família”. A “criança perdida”, geralmente incorporada pela terceira criança da família, é descrita como alguém que não reclama, tem poucas expectativas e, freqüentemente, sente-se ou está só por bastante tempo. O “mascote da família” é assumido pela mais jovem, que costuma aliviar a tensão atuando de modo divertido, em vez de expressar seus sentimentos.

Essas famílias experimentam prejuízo em várias áreas. Seus membros têm dificuldade em estabelecer padrões apropriados de comportamento, suas interações tornam-se disfuncionais e eles podem ter dificuldade também em conseguir soluções efetivas para seus problemas. São altos os níveis de conflito e tensão, há falta de clareza em sua organização e falta de confiança e segurança. A união entre seus membros é baixa, o isolamento interpessoal está presente e a comunicação entre seus membros em geral está prejudicada. Tudo isso leva as pessoas a conviver com uma legião de problemas, que pode incluir dificuldades financeiras, discórdia matrimonial e, muitas vezes, diferentes formas de violência. Um outro padrão observado pode ser o do filho que se envolve na casa de forma arraigada, protegendo o pai e a mãe, não saindo desse grupo, não fazendo qualquer identificação com outras pessoas.

A ausência de consideração emocional dentro de casa pode fazer com que o filho adolescente envolva-se em drogas e delinquência. Dentro do sistema familiar isso pode ter o significado de vingança em relação ao pai ou mesmo de uma saída para substituir a falta de sentimentos internos bons.

O alcoolismo, seja num irmão ou num dos pais, distorce os processos e os papéis familiares normais, freqüentemente levando os filhos a assumirem papéis paternos. Na tentativa de lidar com a desorganização e inconsistência emocional do ambiente familiar a criança pode assumir três papéis: responsável, ajustador e conciliador. Cada papel geralmente identifica um padrão de comportamento de super ou sub-responsabilidade. Em geral, o gênero e a ordem do nascimento afetam os padrões de super e sub-responsabilidade - as mulheres, principalmente, se tornam as cuidadoras emocionais super-responsáveis nas famílias, a menos que o primogênito seja o homem (Krestan; Bepko 1995).

A presença de um alcoolista na família - em qualquer geração - complica a tarefa de diferenciação para todos os membros da família. Os papéis dos membros da família são freqüentemente trocados ou de alguma maneira inadequados. Os efeitos do alcoolismo são tão amplos que é considerado um distúrbio que acarreta prejuízos nas futuras gerações, tendo impacto intergeracional. Os padrões comportamentais e emocionais da família são significativamente afetados pela presença do alcoolismo em algum ponto da estrutura trigeracional da família .

Belsky et al. (1991) apontam alguns fatores como sendo os maiores estressores para as crianças. São eles: baixos níveis de coesão familiar, discórdia matrimonial, emprego instável, insensibilidade, rejeição, incongruência e comportamento imprevisível dos pais. Pode-se afirmar que esses estressores estão presentes nas famílias de alcoolistas, quando comparadas a famílias de não-alcoolistas (Seilhamer; Jacob,1990; Chassin; Rogosch; Barreira, 1991; Silva, 2002).

Porém a variedade e extensão de danos que o alcoolismo traz para crianças e adolescentes que convivem nesse ambiente depende da personalidade da criança, do grau de apoio que recebe da mãe, outros apoios sociais e emocionais que a criança possa

receber, idade da criança quando o pai desenvolveu a doença, comportamento do bebedor (violento ou não).

Vários estudos descritos sugerem que o alcoolismo dos pais pode aumentar o risco de as crianças experimentarem outros estressores, os quais direcionam para conseqüências negativas para o desenvolvimento infantil. Crianças com mais fatores de risco são mais prováveis de experimentar desordens psicológicas, pois os fatores podem ser potencializados a partir da combinação de vários fatores, resultando em muito mais risco do que em uma amostra em que os fatores são menos (Rutter, 1980).

Existe evidência de que, quanto mais fatores de risco, maior o risco para o uso de drogas (Bry; Mackeon; Pandina, 1982). Rutter (1980) encontrou a presença de múltiplos fatores de risco na psicopatologia infantil e concluiu que uma longa duração da exposição da combinação de diferentes fatores de risco potencializa os risco para o uso de drogas.

As pesquisas citadas revelaram que crianças que cresceram nas famílias de pais alcoolista têm mais probabilidade de apresentarem dificuldades psicológicas, problemas interpessoais, de comportamento e baixo rendimento escolar que as crianças cujos pais não fizeram uso de álcool.

3. SAÚDE MENTAL INFANTIL

Para identificar as características psicológicas de crianças, os profissionais de saúde mental infantil devem ter um quadro de referência do desenvolvimento para analisar e identificar os comportamentos que são decorrentes do período do desenvolvimento daqueles que são indicadores de distúrbios psicológicos. Pelo fato de as crianças estarem em desenvolvimento não há uma linha tão claramente definida ou mantida entre o normal e o anormal, como ocorre com os adultos. A avaliação infantil exige que o profissional preste atenção nas características das etapas do desenvolvimento e paralelamente nas variáveis ambientais. Segundo Carmichael (1975), os quadros de sintomas da infância não são estáveis e consistentes, podem mudar com a estrutura social e a situação de vida. Uma criança que tem um conjunto de sintomas em determinado momento pode desenvolver um conjunto completamente novo de sintomas em outro momento. Pode-se observar reações catastróficas de ansiedade aguda em determinadas situações, mas que são totalmente reversíveis, no decorrer do desenvolvimento. Algumas síndromes clínicas podem ser moldadas pela idade e pelo estágio ou pela vivência de situações traumáticas, decorrentes de ambientes estressantes.

Compreender o desenvolvimento humano tem sido tarefa empreendida por pesquisadores, baseada no pressuposto de que cada ponto do desenvolvimento é produto da interação com o meio em que vive e com as forças biológicas que operam nos organismos.

Atualmente os pesquisadores do desenvolvimento têm observado que diferentes ambientes combinados com algumas características dos indivíduos têm provocado diferentes efeitos no desenvolvimento do ser humano. Segundo Bee (1996), para explicar a consistência e a mudança no desenvolvimento infantil é preciso explorar tanto a natureza quanto o meio ambiente, tanto a biologia como a cultura e saber como o indivíduo interage com elas. Na trajetória para entender o desenvolvimento humano, os estudiosos têm-se deparado com a seguinte questão: de que forma e como essa interação pode contribuir para que o indivíduo possa ter um desenvolvimento saudável, ou quais seriam os fatores individuais e ambientais que podem promover ou dificultar seu desenvolvimento?

Como saber, por exemplo, se a criança está se desenvolvendo de uma forma saudável física e mentalmente? Quais seriam os critérios que devem ser julgados para concluir que o desenvolvimento da criança está acontecendo de uma maneira saudável?

No decorrer do desenvolvimento o ser humano vai aprendendo certas habilidades lingüísticas, motoras e sociais que o ajudarão a se relacionar com os outros e, conseqüentemente, se adaptar em seu meio ambiente.

O processo de aprendizagem ocorre nessa complexa interação em que estão em jogo as variáveis do indivíduo e de seu meio ambiente. Para entender o desenvolvimento infantil é importante estudar essa interação levando em conta as variáveis ambientais e individuais.

A criança é um sistema vivo, inserida dentro de outros sistemas como, por exemplo, sistemas familiar, escolar e social. À medida que ela cresce, o seu contexto muda e, conseqüentemente, aparecem outros desafios os quais ela deve transpor, aprender e demonstrar diferentes habilidade para se adaptar ao novo ambiente. Quando a criança consegue acompanhar e responder a essas mudanças ambientais de forma adequada e

responder com sucesso aos desafios do ambiente, ela pode ser considerada uma criança competente.

Na psicologia são inúmeras as definições de competência. Geralmente competência refere-se a um padrão de adaptação efetiva no ambiente. Segundo Masten e Coatsworth (1998), a competência é influenciada pela capacidade da criança e pela natureza do contexto onde ela vive, sendo o resultado da complexa interação da criança com seu meio ambiente. Um dos critérios usado para julgar se a criança é competente, ou seja, se ela está adaptada em seu meio ambiente é avaliar se ela está conseguindo responder aos desafios de seu meio.

Um conjunto de conhecimentos, construído ao longo da evolução e as expectativas e preocupações dos pais, professores e de pessoas importantes na vida da criança são indicadores importantes que auxiliam a definir se a criança está se desenvolvendo conforme o esperado.

A criança se mostra competente quando ela tem capacidade para realizar algumas tarefas, em um determinado ambiente, de acordo com sua faixa etária, gênero e seu contexto cultural, social e familiar. Masten e Coatsworth (1998) utilizando um referencial teórico baseado em Erikson (1963) e Havighurst (1972), adotam a noção de tarefas de desenvolvimento para descrever processos quer do posto de vista positivo quer do negativo. Para eles, a construção da pessoa se dá em etapas sucessivas, caracterizadas por realizações que são decisivas para o prosseguimento à etapa seguinte. Por exemplo, a criança na faixa etária de 10 a 12 anos deveria ser capaz de adaptar-se a regras sociais, desenvolver atividades acadêmicas (ler, escrever e realizar operações aritméticas), ser capaz de fazer amizades e de ser aceita por seus colegas. Concluindo assim, somente a partir da observação desses comportamentos listados de acordo com cada fase do

desenvolvimento é possível afirmar se a criança está se desenvolvendo de uma forma saudável, física e mentalmente.

Na avaliação da competência da criança é necessário levar em consideração os valores da sociedade, pois cada contexto cultural priorizará diferentes fatores para descrever uma criança competente. A mesma criança que é julgada como competente em um contexto poderá ser vista como incompetente em outro (Masten; Coatsworth, 1998).

Por outro lado, fatores ambientais podem dificultar o desenvolvimento das habilidades da criança competente. Ela poderá ser incapaz de desenvolver suas habilidades e de ter sucesso em um contexto no qual existe a presença de algumas barreiras que a impedirão de crescer. Como por exemplo, uma criança com capacidade intelectual que vive em um ambiente considerado de risco, como situação sócio-econômica baixa e ter pai alcoolista: esse ambiente poderá prejudicar seu desenvolvimento mental.

Vários estudos têm apontado que algumas crianças, quando expostas a situações de risco sofrem prejuízos em seu desenvolvimento. Por outro lado, existem aquelas que demonstram competência, ou seja, parece que desenvolvem habilidades para superar tais adversidades.

Sameroff (1990) cita pesquisas nas quais foram verificadas as condições favoráveis e desfavoráveis para o desenvolvimento infantil. As pesquisas mostraram que é a quantidade dos fatores de risco que interfere no desenvolvimento da criança, e não sua origem. É improvável que um único fator influencie para melhorar ou piorar o desenvolvimento; o que faz diferença é a combinação de vários fatores. Afirma porém, que nas famílias de nível sócio-econômico baixo foram identificados mais fatores de risco.

Pesquisas vêm apontando que algumas crianças que são expostas a graves adversidades ou traumas, como famílias violentas, morte de uma pessoa significativa, abandono e outras experiências não mostram prejuízos em seu desenvolvimento. Segundo

Masten e Coatsworth (1998), existem algumas crianças que, mesmo vivendo nesses ambientes, desenvolvem competências que as protegem dos possíveis danos. Elas conseguem superar os desafios presentes nesse contexto, adaptando-se assim ao ambiente; essas crianças são chamadas de resilientes (Rutter, 1987; Masten; Coatsworth, 1998).

Duas situações são necessárias para identificar uma criança resiliente: primeiro, a criança deve ter status de alto risco (nascimento de uma criança prematura de uma mãe solteira de baixa escolaridade) ou ela ter sido exposta a várias situações adversas ou traumas (violência na família, guerra, morte dos pais) e, segundo, que a qualidade da adaptação ou do desenvolvimento seja boa (Masten; Coatsworth, 1998).

Segundo Ajuriaguerra e Marcelli (1986), fatores de riscos são todas as condições existenciais, na criança ou em seu ambiente, que acarretam um risco de morbidade mental superior ao observado na população em geral através das pesquisas epidemiológicas. Estes fatores de riscos são;

- Na criança: a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce, as separações precoces.
- Na família: a separação parental, o desentendimento crônico, o alcoolismo, a doença crônica, em particular de um dos pais, o casal incompleto (mãe solteira), o falecimento de um dos pais.
- Na sociedade: a miséria sócio-econômica, a situação migrante e outros.

Alguns autores têm ampliado o foco da avaliação do desenvolvimento infantil (Rutter, 1987; Horowitz, 1987). Buscaram um modelo interacionista, o qual tem como objeto correlacionar as influências ambientais com as diferentes características com que cada criança nasce, isto é, procurar as maneiras pelas quais as interações natureza/meio ambiente variam de uma criança para outra. A idéia básica é que o mesmo ambiente pode ter efeitos muito diferentes nas crianças que nasceram com características

diferentes. Sob esse enfoque, toda criança nasce com certas vulnerabilidades, a saber: temperamento difícil, anomalia física, alergias, tendências genéticas ao alcoolismo e assim por diante. Cada criança nasce também com alguns fatores de proteção, com inteligência brilhante, boa coordenação, um temperamento fácil ou um adorável sorriso, que tendem a deixá-la mais resistente diante do estresse. Tais vulnerabilidades e fatores de proteção interagem, então, com o ambiente da criança (Bee, 1997).

Rutter (1987) usa o termo resiliência para descrever os indivíduos que têm respostas positivas ao estresse, são indivíduos que possuem habilidade para enfrentar o estresse e resolvê-lo. As variações na qualidade ou habilidade das crianças são muito importantes, pois tornam algumas crianças altamente vulneráveis ao estresse da infância, enquanto outras são protegidas das piores conseqüências.

A noção de vulnerabilidade é inicialmente derivada dos trabalhos de Freud e foi retomada por Bergman e Escalona através da hipótese de uma “barreira protetora contra os estímulos”. Essa barreira apresentaria uma espessura variável conforme as crianças. Em certos casos a barreira é demasiado fina, donde uma excessiva sensibilidade sem chance de se proteger contra as inevitáveis instruções ou embaraços do ambiente; em outros casos, a barreira é demasiado espessa e, sobretudo, estanque, resultando numa sensibilidade defeituosa que não permite que o Ego da criança faça as necessárias boas experiências precoces. Essa vulnerabilidade é tanto de origem constitucional genética quanto construída pela progressiva estruturação epigenética. Com efeito, tanto a vulnerabilidade genética quanto um estresse excessivo são encontrados com uma freqüência desproporcional nas camadas socialmente desfavorecidas (Ajuriaguerra; Marcelli, 1986).

A vulnerabilidade ou a resistência inata interagem de uma maneira específica com o caráter facilitador do ambiente (Bee, 1996). Um ambiente facilitador é aquele em

que a criança tem pais amorosos e responsáveis e onde existe uma rica estimulação. Se a relação entre a vulnerabilidade e o caráter facilitador fosse meramente aditiva, descobrir-se-ia que os melhores resultados ocorreram nos bebês resistentes, criados em ótimos ambientes, os piores resultados nos bebês vulneráveis, criados em ambientes ruins, e as outras combinações estariam entre esses extremos. Mas não é isso que Horowitz (1987) propõe. Em vez disso, ela sugere que uma criança resistente, num ambiente inadequado, pode se sair muito bem, pois essa criança pode tirar vantagens da estimulação e oportunidades existentes; da mesma forma uma criança vulnerável pode sair-se muito bem num ambiente altamente facilitador. De acordo com esse modelo, é apenas a dupla dificuldade, a criança vulnerável num ambiente pobre, que leva a resultados realmente ruins para a criança.

Pode-se entender que o mesmo ambiente pode ter efeitos muito diferentes, dependendo das qualidades ou capacidades que a criança traz para a equação.

Uma questão apontada é: Quais os fatores ambientais e individuais que podem proteger o indivíduo das possíveis consequências negativas provocadas por um ambiente estressante? Para esclarecê-la, é necessário acrescentar o conceito de mecanismo de proteção.

Rutter (1987) cita o termo mecanismo de proteção como sendo o conjunto de fatores que mudam o funcionamento e a estrutura de uma resposta levando ao enfrentamento do evento estressor. Aponta quatro processos que colaboram para a ocorrência do mecanismo de proteção:

1. Redução do impacto dos riscos: ocorre, provavelmente, de duas formas diferentes, quais sejam, alterando o significado da variável de risco ou alterando a exposição ao risco. No primeiro caso, pode-se ter como exemplo as situações de hospitalização como eventos desencadeadores de estresse na criança e, portanto,

situação de risco para seu desenvolvimento. Arranjar tais situações de forma a reduzir o impacto do sofrimento físico e emocional, decorrente da ruptura do curso de vida que vinha operando até então, constitui-se em alteração do significado daquela situação. A utilização de estratégias, como contar com adultos acolhedores, que deixam a criança a par do que se passa e/ou vai se passar com ela, dali adiante, e/ou ter espaços para atividades lúdicas, podem minimizar o impacto do sofrimento. Quanto à exposição ao risco, tem-se verificado que há diferença nas disposições à vulnerabilidade relacionadas ao gênero. Nem todas as crianças de famílias com fatores de risco, como, por exemplo, depressão dos pais ou discórdia na família, são prejudicadas. Meninas tendem a ser mais vulneráveis. Tais diferenças são medidas por suscetibilidade determinada biologicamente e por aspectos relacionais. Por exemplo, verificou-se que os pais tendem a discutir mais em frente dos filhos do que das filhas. Diferenças de temperamento também estão envolvidas. Então crianças com temperamento fácil têm menos probabilidade de ser o bode-expiatório que aquelas com temperamento difícil. A proteção está nas qualidades que a criança tem para estabelecer interações mais harmoniosas.

2. Redução das reações negativas em cadeia: ela consiste na redução daquela série de reações negativas que, seguindo-se à exposição de risco, servem para perpetuar os efeitos desse risco. Inclui mudança no padrão do cuidado da criança. Por exemplo, os efeitos nocivos da perda dos pais na infância podem se referir a cuidados efetivos oferecidos na internação em instituições, e não à própria perda.

3. Estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia: é um fator de proteção, ter uma boa estabilidade de sentimentos e de valor próprio, como pessoa, juntamente com confiança e convicção. Alguns tipos de experiências são mais eficazes no fortalecimento da auto-estima, como segurança, relacionamento harmonioso e

amoroso e sucesso na realização de tarefas importantes para o indivíduo. Crianças que, desde cedo, têm segurança em suas relações parentais, têm mais chances de crescer com sentimentos de auto-estima e auto-eficácia altos; exemplo, crianças com bom desempenho escolar tendem a um bom autoconceito. O convívio com crianças do mesmo grupo e o fato de enfrentarem desafios nas tarefas escolares pode protegê-las de desvantagens do seu ambiente familiar. Contudo, também a falta de desafios pode criar vulnerabilidade ou riscos psiquiátricos.

4. Criar oportunidades: algumas situações podem trazer novas oportunidades que são consideradas também como mecanismos protetores, tornando-se mais evidentes no processo educacional. Por exemplo, alto grau de escolaridade promove bom emprego, protegendo o indivíduo de dificuldades econômicas.

Rutter (1987) aponta que, na revisão de pesquisas sobre crianças resilientes ao estresse, três grupos de variáveis têm operado como fator protetor:

a. características de personalidade, como auto-estima;

b. coesão familiar e ausência de discórdia;

c. variedade do sistema de suporte externo que encoraja e reforça uma criança para enfrentar a situação.

Dessa forma, esse referencial teórico auxilia os profissionais de saúde mental infantil a realizar uma avaliação mais criteriosa no qual ele focalize não somente os dificultadores ambientais ou da criança, mas também os fatores protetivos e as competências que a criança desenvolveu ou poderá desenvolver para enfrentar esse ambiente.

3.1 Instrumentos utilizados na avaliação infantil

Na identificação das possíveis vulnerabilidades das crianças expostas a situações de estresse ou das variáveis que têm protegido essas crianças, tornando-as resilientes, o profissional de saúde mental infantil utiliza-se de alguns instrumentos de avaliação.

No entanto, alguns cuidados devem ser tomados na realização da avaliação infantil. Um em especial refere-se a escolha dos instrumentos. Para que ela seja eficaz deve-se ter clareza do objetivo da avaliação, conhecer o instrumento, respeitar as normas de aplicação e correção, verificar se o instrumento foi padronizado para uso no Brasil e se ele se aplica à população do estudo.

O psicólogo é um dos profissionais de saúde mental infantil que utiliza alguns instrumentos, como questionários com os pais ou responsáveis pela criança, observação do comportamento, aplicação de testes de inteligência e de personalidade para diagnosticar possíveis distúrbios no desenvolvimento infantil. Um dos testes mais utilizados na avaliação de distúrbios emocionais em crianças e nos adultos é o teste do desenho da figura humana.

3.1.1 Teste do desenho da figura humana

Na avaliação emocional de crianças, as técnicas que utilizam o desenho, como o teste do desenho da figura humana, são as mais difundidas. Muitas vezes a criança não sabe identificar e nomear seus sentimentos, geralmente ela manifesta suas dificuldades emocionais através de seu comportamento e/ou de seus desenhos.

Moreira (1987) aponta que a criança desenha para falar e poder registrar a sua fala. Porque o desenho é para a criança uma linguagem como o gesto ou a fala. Ela desenha para falar de seus medos, suas descobertas, suas alegrias e tristezas.

O que se pode perceber é que, no ato de desenhar, pensamento e sentimento estão juntos. Também é possível constatar que as crianças com algum comprometimento em nível intelectual apresentam acentuado comprometimento no desenho (Moreira, 1987).

O ato de desenhar por si só é terapêutico para a criança pois auxilia na expressão de seus sentimentos diante de uma situação aversiva, diante da qual ela tem dificuldade de verbalizar.

O desenho marca o desenvolvimento da infância como possibilidade de brincar e de falar.

Devido à importância do desenho para a criança, alguns pesquisadores (Machover, 1949; Goodenough, 1951; Koppitz, 1968), analisaram-no como uma das formas de conhecer a dinâmica da personalidade infantil. Desenvolveram a técnica gráfica do desenho da figura humana na realização de psicodiagnóstico.

Campos (1987) aponta que os estudos do desenho como forma de projeção psicológica foram se multiplicando, surgindo técnicas perfeitamente válidas para serem empregadas como instrumentos de diagnóstico psicológico. Afirma ainda que, em 1949, nos países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos, Pierre Naulle enumerou 357 autores que estudaram o desenho infantil. Desses, 300 investigadores exploraram questões psicológicas e somente 20% tratavam de aspectos estéticos, sociológicos ou se referiam à pedagogia do desenho na infância.

Os autores que se dedicam à psicologia do desenho infantil visam a objetivos diversos e estudam diversos aspectos, como, por exemplo, as fases do desenvolvimento, métodos do exame e medida da inteligência, motricidade, função da percepção visual, expressão, caráter, psicopatologia, etc.

Campos (1987) cita que um dos primeiros clínicos a perceber a simbolização nos desenhos de seus pacientes foi o psiquiatra francês Max Simon, no século XIX, que

ficou chocado com os desenhos obscenos de seus clientes. E assim vários psicólogos clínicos e psiquiatras começaram a verificar que o desenho oferecia indicadores seguros para o diagnóstico e mesmo prognósticos de traços de personalidade.

O desenho da figura humana (DFH) foi utilizado pela primeira vez em 1926, como indicador de inteligência, quando Goodenough publicou seu livro “Measurement of intelligence by drawing”.

Com finalidades clínicas, a técnica do desenho da figura humana passa por algumas transformações por Buck, em 1948, com o teste “House-Tree-Person” no qual solicita à criança que desenhe uma casa, uma árvore e uma figura humana.

Machover (1949) elaborou um instrumento que permitia a utilização desse desenho como método projetivo, ressaltou ainda o aspecto formal do desenho para diagnóstico e análise psicológica, uma vez que o conteúdo da figura revela certos indicadores conflituais. Para a autora, o indivíduo representa em seu desenho, espontânea e variadamente, a projeção de seu próprio corpo.

Koppitz (1968), psiquiatra americana, com base nos estudos de Machover (1949) e na própria experiência clínica, elaborou uma escala que permite detectar distúrbios emocionais. Afirmar que um desenho infantil é uma expressão e, como tal, é uma manifestação. Assim como se pode analisar manifestações verbais para determinar estruturas e conteúdos, da mesma maneira se pode analisar os desenhos de figuras humanas para determinar estruturas e sinais e também conteúdo e significado, pois pacientes que apresentavam dificuldade em manifestar seus sentimentos verbalmente o faziam mais facilmente através do desenho.

Para Hammer (1969), as crianças transmitem no desenho aquilo que elas jamais teriam condições de verbalizar, ou seja, elas projetam seus desejos e conflitos em seus desenhos.

O desenho da figura humana produz dados não verbais que facilitam a compreensão da personalidade examinada, sendo válido na avaliação de crianças, adolescentes e até adultos. Sua aplicação pode ser utilizada pela psicologia escolar e clínica e ainda pode ser usada em vários contextos em que a criança esteja inserida como escola, hospitais e outros.

São várias as pesquisas que utilizaram o desenho da figura humana das crianças com objetivos e métodos de investigação diferentes.

Bandeira e Hutz (1994) estudaram o grau de predição do rendimento escolar na primeira série obtido através dos testes desenho da figura humana, Bender e Raven. Os sujeitos pesquisados foram 74 meninos e 78 meninas, alunos de escolas públicas, com idade média de 6 anos e 11 meses. Os resultados mostraram que os três testes apresentaram correlações significativas como rendimento escolar, mas, combinados numa bateria, apenas o teste de Bender e os itens evolutivos do desenho da figura humana contribuíram para explicar a variância do rendimento escolar. Concluíram que o teste de Bender e o desenho da figura humana podem servir como instrumentos úteis para o diagnóstico precoce de dificuldade de aprendizagem.

Hutz e Antoniazzi (1995) realizaram um estudo com objetivo de obter normas brasileiras para a avaliação do desenho da figura humana, usando o sistema de pontuação de Koppitz.

Sarti e Jacquemin (1996) tiveram como objetivo, em seu estudo, analisar o nível de maturidade mental, a presença de indicadores emocionais e indicadores de ansiedade nos desenhos da figura humana (DFH) de 178 crianças de 7 a 12 anos de ambos os sexos, que freqüentavam da 1ª à 6ª série. Observaram que as diferenças no DFH encontradas entre as séries (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª) no seu aspecto cognitivo são significativas, o que evidencia que há aquisições no desenho da figura humana (DFH) com o aumento da

idade cronológica, o qual favorece a interpretação de que os itens evolutivos esperados são uma medida do desenvolvimento cognitivo. Mas do ponto de vista emocional não encontraram diferenças significativas (para o sexo masculino e feminino) nos indicadores emocionais e nem para os indicadores de ansiedade nos sujeitos estudados.

Sarti (1999) buscou estabelecer normas para a avaliação de desenhos da figura humana (DFH) nos seus aspectos desenvolvimental e projetivo, usando como técnicas os itens evolutivos e indicadores emocionais de Koppiz e os índices de ansiedade de Handler.

Marques et al. (2002) buscaram subsídios técnicos para examinar a adequação do uso do teste de Goodenough, abordando-se o índice de acordo entre avaliadores e a estabilidade temporal dos resultados após um período de seis meses. Foram analisados os desenhos de 60 crianças, na faixa etária de sete e nove anos de ambos os sexos. Os resultados encontrados nesse estudo apontaram para bons índices de fidedignidade para o teste de Goodnought, qualificando-o como uma estratégia confiável para a avaliação da capacidade cognitiva infantil em termos conceituais, mesmo para os dias atuais e em nosso contexto sócio-cultural específico.

Conforme mostrado nos estudos, essa técnica permite conhecer a dinâmica da personalidade infantil, indica as possíveis dificuldades emocionais e é um instrumento usado na avaliação cognitiva das crianças.

As normas estabelecidas para a interpretação do desenho da figura humana devem ser utilizadas para evitar confusões e julgamentos errôneos no diagnóstico e, conseqüentemente, aumentando a precisão e fidedignidade na interpretação do desenho.

Cabe ainda salientar que o teste do desenho da figura humana foi avaliado pela comissão do Conselho de Psicologia, que tem estudado os vários testes aplicados pelos psicólogos, verificando sua validade e aplicação para a população brasileira. A equipe foi

favorável à utilização desse instrumento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003).

3.1.2 Utilização de questionários na avaliação comportamental infantil

Outro instrumento utilizado na avaliação comportamental infantil são os questionários e entrevista de anamnese realizada com os pais/responsáveis ou com professores, no caso das crianças que estão freqüentando o ensino regular.

A maior parte dos questionários de detecção de transtornos mentais da infância destina-se a dois tipos de informantes: professores e pais. Os pais, preferencialmente, são os informantes escolhidos, pois presume-se que eles têm maior conhecimento do desenvolvimento de seus filhos devido ao convívio com eles.

Sendo assim, algumas pesquisas têm apontado a utilização de questionários e inventários direcionados para os responsáveis ou pais de crianças e adolescentes como um instrumento eficaz no levantamento das principais dificuldades comportamentais de crianças.

Filho (1985) verificou a prevalência de desordem mental infantil e para alcançar tal objetivo utilizou um questionário (questionário de morbidade psiquiátrica infantil) o qual foi aplicado às mães das crianças.

Silvares (1993) em seu estudo sobre o papel preventivo das clínicas-escola de psicologia em seu atendimento a crianças, construiu um catálogo de queixas, a partir das declarações verbais dos pais e/ou responsáveis pelas crianças sobre as dificuldades comportamentais delas.

Bordin, Mari e Caeiro (1995) validaram o instrumento Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL) para a população brasileira. O inventário é um questionário que avalia competência social e problemas de comportamento de crianças e adolescentes de quatro a dezoito anos, a partir de informações fornecidas pelos pais. Concluiu que a versão brasileira do CBCL alcançou boa sensibilidade (87%), identificando corretamente (75%) os casos leves, (95%) os moderados e (100%) os casos graves.

Graminha (1994), em seu estudo de adaptação da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter observou também a fidedignidade do instrumento. Concluiu que a Escala adaptada teve uma fidedignidade teste-reteste aceitável para quase todos os itens (97% deles) e uma fidedignidade entre juízes também aceitável para a maioria dos itens (75%).

Zanotti–Jeronymo (2003) buscou identificar se havia diferenças comportamentais entre crianças filhas de pais alcoolistas e de não-alcoolistas, para essa análise utilizou a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter, na qual as mães deveriam apontar alguns comportamentos das crianças em estudo.

4. OBJETIVO

A literatura internacional tem apontado as dificuldades emocionais e comportamentais das crianças que convivem com pais alcoolistas, afirmando, ainda, que elas têm chances de desenvolver dependência química na adolescência ou na fase adulta e/ou podem apresentar alguns comportamentos de risco, como iniciação sexual precoce, gravidez na adolescência, envolvimento com problemas de aprendizagem e legais. Conforme esses estudos, o alcoolismo é uma situação de risco para o desenvolvimento infantil, pois tem contribuído para o desenvolvimento de problemas psicológicos na criança, podendo ainda repercutir conseqüências negativas em sua vida futura.

No Brasil são poucas as pesquisas que têm sido realizadas para identificar os prejuízos emocionais dessas crianças. Na revisão da literatura, foram encontradas somente duas pesquisas brasileiras realizadas com filhos de alcoolistas (Hill; Gamer, 1997; Jeronymo-Zanotti, 2003).

Desenvolver estudos que focalizem crianças filhas de alcoolistas é uma das formas de divulgar a problemática do alcoolismo, na qual os índices de dependência química são alarmantes. É dever dos profissionais de saúde mental realizar pesquisas que gerem conhecimentos que possam ajudar a nossa população e o governo a melhorar o atendimento na área da dependência química.

Considerando que as crianças que convivem com pais alcoolistas estão expostas a várias situações de risco, apontadas pela literatura acima citada, faz-se necessário uma investigação das possíveis vulnerabilidades dessas crianças e, se assim forem identificadas as dificuldades emocionais e comportamentais, isso poderá auxiliar na criação de programas preventivos que visem à diminuição dessa problemática.

Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo verificar as características emocionais, cognitivas e comportamentais de crianças filhas de alcoolistas comparadas com crianças de não-alcoolistas, realizando avaliação emocional, cognitiva e comportamental. A interpretação dos dados foi embasada na teoria do desenvolvimento infantil, almejando que esse referencial teórico possa despertar a importância da prevenção, a qual pode contribuir para diminuir os efeitos negativos do alcoolismo na vida dessas crianças e, futuramente, apontar estratégias de promoção da saúde mental delas.

5. METODOLOGIA

5.1 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital Santa Tereza de Guarapuava, na cidade de Guarapuava, localizada no Centro-Oeste do Paraná. O hospital atualmente, possui cento e cinquenta nove (159) leitos, distribuídos em Clínicas Médicas e Cirurgias, Pediatria, Neonatologia, Nefrologia, Moléstias Infecciosas, Ginecologia, Obstetrícia, Unidade de Tratamento Intensivo e outros setenta e dois (72) destinados a internações psiquiátricas, sendo trinta e seis (36) para o sexo masculino e trinta e seis (36) para o sexo feminino.

A enfermaria de psiquiatria destina-se ao atendimento de pacientes com quadros mentais agudos (psicóticos, neuróticos, alcoolistas e drogaditos). Para tal, conta com a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional (médico psiquiatra, enfermeira, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional), visando à reabilitação de sua clientela.

O tratamento hospitalar dos pacientes alcoolistas consiste em quinze (15) dias de internação para desintoxicação, obedecendo às normas do SUS, sendo posteriormente encaminhados para tratamento ambulatorial.

5.2 Sujeitos do estudo

Participaram deste estudo 40 crianças na faixa etária de 09 a 12 anos, escolaridade da 3ª série à 7ª série do Ensino Fundamental, sendo 20 crianças do grupo de

filhas de alcoolistas (FA), 10 meninos e 10 meninas e 20 crianças filhas de não-alcoolistas (FNA), 10 meninos e 10 meninas.

Para a composição dos grupos foram pesquisados os prontuários de pacientes internados no período de 2000 a 2002 que tivessem filhos com idade entre 10 e 12 anos. Os pacientes ainda deveriam atender a critérios diagnósticos definidos pela Classificação Internacional das Doenças – CID 10 (1994), para transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F.10.0), sem a presença de nenhum outro transtorno mental associado. Essa seleção foi feita pelo médico responsável pelo tratamento hospitalar desses pacientes, segundo avaliação psiquiátrica. Para aqueles que não estavam internados no período de busca dos sujeitos, considerou-se apenas os que estavam fazendo uso de bebida alcoólica no momento, isto é, aqueles que tinham recaído após a alta hospitalar, e que já estavam fazendo uso de bebida alcoólica há mais de um mês.

Após a localização dos prontuários e respectivos pacientes, foi estabelecido contato com as famílias, através de visita domiciliar, para explicar a intenção do estudo, coletar informações sobre a escolarização da criança (série, período e escola em que está matriculada) e para verificar se a mãe e a criança atendem aos critérios exigidos para sua inclusão na pesquisa.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

-os pais da criança deveriam ter vínculo conjugal (oficial ou consensual) e, no caso de pais separados, deveriam ter co-habitado por pelo menos cinco anos com a criança, e a mãe não poderia apresentar problemas com uso de álcool;

-as crianças não deveriam apresentar déficit sensorial e neurológico evidente e história de hospitalização decorrente de ferimento na cabeça; e ainda não estarem em atendimento psicológico e /ou psiquiátrico.

Se fosse confirmado que a criança e a mãe enquadravam-se nos critérios estabelecidos, a pesquisadora solicitava autorização das mães para inserção de seu filho (a) na pesquisa.

Para a seleção do grupo controle (filhas de pais não-alcoolistas) as crianças foram selecionadas na mesma escola que as outras crianças estavam matriculadas. De posse dos dados referentes à escolarização da criança, filha (o) de alcoolista, foi solicitado à Secretaria de Educação que repassasse esses dados para a direção da escola na qual a criança estava regularmente matriculada, fazendo então a busca do grupo controle. É necessário ressaltar que tanto a Secretaria de Educação quanto a direção da escola não possuíam a identificação da criança, filho (a) de alcoolista que participaria da pesquisa. O critério de inclusão para o grupo controle foram: o pai não poderia apresentar problema relacionado com abuso de dependência de álcool.

Com a identificação da criança feita pela escola, entrou-se em contato com a mãe através de visita domiciliar e, na oportunidade, era explicada a intenção do estudo e realizada uma entrevista, para obter informações e verificar se a mãe e a criança atendiam aos critérios de inclusão. Investigou-se também o uso de álcool pelo pai, pois ele necessariamente não poderia ter problemas relacionados com abuso ou dependência de álcool.

As características dos sujeitos são exibidas nos quadros abaixo.

O Quadro1 apresenta dados sobre a caracterização das crianças que participaram do estudo.

Filhos de alcoolistas			Filhos de não alcoolistas	
Suj.\ Sexo	Idade	Escolaridade	Idade	Escolaridade
1.Fem	10 anos e 10 meses	5º série	10 anos e 11 meses	5º série
2.Fem	10 anos e 10 meses	5º série	10 anos e 7 meses	5º série
3.Fem.	10 anos e 05 meses	3º série	10 anos e 10 meses	3º série
4.Fem	09 anos e 11 meses	4º série	10 anos e 06 meses	4º série
5.Fem.	10 anos e 10 meses	6º série	10 anos e 11 meses	6º série
6.Fem.	11 anos e 6 meses	7º série	11 anos e 08 meses	7º série
7.Fem.	11 anos e 01 mês	5º série	10 anos e 10 meses	5º série
8.Fem.	11 anos e 10 meses	6º série	11 anos e 07 meses	6º série
9. Fem.	12 anos e 05 meses	4º série	12 anos e 08 meses	4º série
10. Fem.	10 anos	4º série	10 anos e 07 meses	4º série
11. Masc.	11 anos e 07 meses	3º série	11 anos e 07 meses	5º série
12.Masc.	10 anos e 07 meses	5º série	10 anos e 07 meses	5º série
13. Masc.	10 anos e 07 meses	4º série	10 anos e 07 meses	4º série
14. Masc.	10 anos e 09 meses	3º série	10 anos e 09 meses	3º série
15. Masc.	12 anos e 04 meses	4º série	12 anos e 04 meses	4º série
16. Masc.	12 anos e 11 meses	3º série	12 anos e 11 meses	3º série
17. Masc.	10 anos e 11 meses	4º série	10 anos e 11 meses	4º série
18. Masc.	11 anos e 06 meses	6º série	11 anos e 06 meses	6º série
19. Masc.	11 anos e 03 meses	5º série	11 anos e 03 meses	5º série
20. Masc.	10 anos e 09 meses	3º série	10 anos e 09 meses	3º série

Quadro 1- Caracterização das crianças filhas de alcoolistas e filhas de não-alcoolistas.

Foram avaliadas 40 crianças, com idade variando entre 09 anos e 11 meses e 12 anos e 11 meses, com escolaridade entre 3ª e 7ª série do Ensino Fundamental. As crianças foram divididas em dois grupos: FA (crianças filhas de alcoolistas e FNA (crianças filhas de não-alcoolistas). Para a composição dos dois grupos tomaram-se como base as características idade, sexo, escolaridade do grupo de crianças FA (filhos de alcoolistas).

No Quadro 2 é mostrada a caracterização dos pais das crianças FA (filhos de alcoolistas) e FNA (filhos de não-alcoolistas).

Sujeitos	Idade da mãe	Escolaridade da mãe	Ocupação da mãe	Idade do pai	Escolaridade do pai	Ocupação do pai	Estado Conjugal dos Pais
FA F1	41 a	2ª série c.	Do lar	45 a	2ª série i.	Desempregado	Separados
FA F2	32 a	5ª série c.	Do lar	32 a	6ª série i.	Autônomo	Casados
FA F3	47 a	5ª série c.	Do lar	51 a	1º grau c.	Autônomo	Casados
FA F4	36 a	7ª série c.	Autônoma	34 a	7ª série c.	Autônomo	Amasiado
FA F5	49 a	2º grau c.	Empregada	41 a	1º grau c.	Autônomo	Viúva
FA F6	39 a	1º grau c.	Do lar	38 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FA F7	33 a	4ª série c.	Do lar	42 a	7ª série c.	Autônomo	Separados
FA F8	33 a	4ª série c.	Do lar	42 a	7ª série c.	Autônomo	Separados
FA F9	36 a	4ª série c.	Do lar	41 a	2º grau i.	Autônomo	Casados
FA F10	36 a	4ª série c.	Do lar	38 a	1º grau c.	Empregado	Casados
FNA F1	29 a	5ª série c.	Do lar	33 a	5ª série c.	Autônomo	Casados
FNA F2	32 a	1º grau c.	Empregada	38 a	2º grau c.	Autônomo	Casados
FNA F3	34 a	5ª série c.	Do lar	36 a	1º grau c.	Empregado	Casados
FNA F4	27 a	4ª série c.	Do lar	33 a	1º grau c.	Empregado	Casados
FNA F5	42 a	7ª série c.	Do lar	41 a	2º grau c.	Func. Público	Casados
FNA F6	30 a	3ª série c.	Do lar	33 a	6ª série c.	Autônomo	Solteira
FNA F7	39 a	7ª série c.	Empregada	44 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FNA F8	39 a	1º grau c.	Do lar	36 a	2º grau c.	Empregado	Casados
FNA F9	33 a	2º grau c.	Empregada	36 a	2º grau i.	Empregado	Casados
FNA F10	38 a	4ª série c.	Do lar	44 a	5ª série c.	Empregado	Casados
FA M1	34 a	4ª série c.	Do lar	39 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FA M2	47 a	4ª série c.	Do lar	46 a	3ª série c.	Autônomo	Casados
FA M3	34 a	4ª série c.	Desempregada	37 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FA M4	33 a	2ª série c.	Empregada	37 a	3ª série i.	Autônomo	Casados
FA M5	49 a	2ª série c.	Autônoma	51 a	nenhuma	Autônomo	Viúva
FA M6	30 a	3ª série c.	Desempregada	32 a	1º grau c.	Desempregado	Amasiado
FA M7	41 a	4ª série c.	Desempregada	41 a	3ª série c.	Autônomo	Separados
FA M8	39 a	1º grau c.	Do lar	38 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FA M9	42 a	5ª série c.	Empregada	42 a	4ª série c.	Empregado	Separados
FA M10	43 a	4ª série c.	Autônoma	51 a	nenhuma	Autônomo	Viúva
FNA M1	51 a	7ª série c.	Empregada	42 a	4ª série c.	Autônomo	Solteira
FNA M2	40 a	1º grau c.	Do lar	40 a	2º grau c.	Empregado	Casados
FNA M3	36 a	2º grau c.	Empregada	38 a	4ª série c.	Empregado	Casados
FNA M4	40 a	1º grau c.	Do lar	43 a	5ª série c.	Empregado	Casados
FNA M5	50 a	5ª série c.	Do lar	48 a	4ª série c.	Empregado	Casados
FNA M6	26 a	5ª série c.	Autônoma	29 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FNA M7	33 a	2º grau i.	Do lar	34 a	2º grau i.	Empregado	Casados
FNA M8	38 a	4ª série c.	Do lar	40 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FNA M9	33 a	6ª série c.	Do lar	35 a	4ª série c.	Autônomo	Casados
FNAM10	35 a	4ª série c.	Do lar	38 a	2º grau i.	Empregado	Casados

Quadro 2- Características dos pais dos sujeitos

Para efeito de empareamento dos grupos comparou-se a idade dos pais e das mães utilizando o teste U Mann Witney. Os resultados mostraram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto para os meninos quanto para as meninas, bem como para FA (filhos de alcoolistas) e FNA (filhos de não-alcoolistas). Quanto à escolaridade, os pais e as mães dos meninos FNA (filhos de não-alcoolistas) apresentaram um nível de escolaridade maior do que os pais e as mães dos meninos FA (filhos de alcoolistas). Para as meninas, tanto FA (filhas de alcoolistas) quanto FNA (filhas de não-alcoolistas), não houve diferenças estatisticamente significativas no nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil dos pais, considerou-se a presença do pai na família, independente do estado civil (legal) em que os casais se encontravam. Os pais foram divididos em dois grupos para análises estatísticas através do teste exato de Fisher. Pais que vivem juntos (casados, amasiados) e pais que não vivem juntos (separados, solteiros e viúvos). Os resultados não apontaram diferenças estatísticas significativas no que diz respeito à presença do pai na família.

No que se refere à ocupação dos pais, ela foi dividida em três categorias – desempregado, autônomo e empregado – para as mães, além dessas, foi incluída mais uma categoria - do lar. Considerou-se autônomo aquele profissional que assume trabalhos de maneira esporádica (“bicos”), que não possuía vínculo empregatício, sendo que os pais que possuíam ocupações normalmente denominadas como autônomas, mas que possuíam negócios próprios, foram denominados como empregados. A intenção da denominação mais simplificada foi com a intenção de diferenciar pais que, mantinham ocupações esporádicas, como autônomos, daqueles pais que apesar de não terem vínculo empregatício, mantinham uma ocupação fixa. Quanto à categoria desempregado, foram considerados aqueles pais que estavam sem trabalhar há mais de um mês.

Os resultados mostraram que os pais de FA (filhos de alcoolistas), tanto meninos quanto meninas, têm mais ocupações autônomas (sendo 16 autônomos, 2 empregados e 2 desempregados), enquanto os pais de FNA (filhos de não-alcoolistas) apresentavam-se no mercado de trabalho com vínculos empregatícios (16 empregados e 8 autônomos). Quanto às mães, tanto dos meninos quanto das meninas, do grupo FA (filhos de alcoolistas), a maioria não trabalhava fora (11 mães), algumas estavam desempregadas na ocasião (3 mães), das que trabalhavam 3 possuíam vínculo empregatício e 3 eram autônomas.

Em relação ao histórico familiar de alcoolismo, consideramos uma história familiar positiva aquela família que apresentasse pelo menos um parente de primeiro ou segundo grau que apresentasse história de internação psiquiátrica em decorrência do uso de álcool, e/ou apresentasse um CAGE positivo. Os dados referentes à história familiar de alcoolismo das mães e dos pais são apresentados nos Quadro 3 e Quadro 4, respectivamente.

Sujeito	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	FA	FNA	FA	FNA
1	Pai	Não	Pai	Não
2	Pai	Pai e irmão	Pai e irmão	Não
3	Não	Não	Não	Não
4	Pai e irmão	Não	Avô, pai e sobr.	Não
5	Irmão	Não	Pai e irmã	Não
6	Não	Não	Pai e irmão	Pai e irmão
7	Pai	Não	Pai e 3 irmãos dos 4	Não
8	Pai	Não	Não	Não
9	Pai e irmão	Pai e irm. mãe	Pai e irmão	Não
10	Pai	Não	Filho mais velho	Não

Quadro 3- Histórico de alcoolismo familiar das mães das crianças

Com relação ao histórico de alcoolismo das mães, os dados, mostrados no Quadro 3, revelam que 80% das mães dos filhos de alcoolistas apresentavam história positiva para alcoolismo contra 15% dos filhos de não-alcoolistas.

Sujeito	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	FA	FNA	FA	FNA
1	Pai	Pai	Pai, Mãe e irmão	Não
2	Pai e irmão	Pai e irmão	Pai e irmão	Não
3	Pai (adotivo)	Não	Pai e irmão	Não
4	Pai	Não	Pai e irmãos	Não
5	Pai e irmão	Não	Pai	Irmão
6	Pai	Não	Pai e irmãos	Avôs e tios
7	Pai, tios e irmãos	Não	Pai, irmãos	Irmãos
8	Pai, tios e irmãos	Não	Pai	Não
9	Pai, tios e irmão	Não	Pai e irmão	Irmão
10	Pai	Não	Não	Irmão

Quadro 4 - Histórico de alcoolismo familiar dos pais das crianças

Os resultados relativos à história familiar, positiva ou negativa, para alcoolismo na família dos pais das crianças, mostrados no Quadro 4, revelaram que 90% dos pais alcoolistas apresentavam história familiar positiva para alcoolismo, sendo somente uma família do grupo dos meninos filhos de alcoolistas com história familiar negativa. Para os pais não-alcoolistas 35% mostraram história familiar positiva para alcoolismo.

5.3 Instrumento para coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a seleção dos participantes e para avaliação das crianças conforme descrição a seguir.

5.3.1. Roteiro de investigação familiar

Esse instrumento foi elaborado com o objetivo de avaliar o histórico e as condições de saúde atual da criança, da mãe e do pai, tendo em vista os critérios para inclusão dos sujeitos. Nos pais, além dos problemas de saúde, foram investigados a existência de problemas psiquiátricos e o abuso e/ou dependência de álcool na família. Para as crianças foi investigada história de hospitalização por ferimento na cabeça; se já havia recebido diagnóstico médico devido a algum problema de saúde.

Roteiro para entrevista com as mães

Foi elaborado um questionário para as mães das crianças do grupo controle, por meio do qual foram obtidas informações referentes à identificação da mãe, do nível socio-econômico familiar, além de investigar problemas com o uso de álcool por elas e também pelos pais. Para tanto, esse instrumento foi dividido em três partes:

- **Roteiro de identificação da mãe.** Esse roteiro compreende as questões de 1 a 6 (Apêndice- A).
- **CAGE** - A sigla resulta de Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener, palavras chaves que compõem cada uma das quatro (04) questões desse questionário. Proposto por Ewing e Rouse (1970), traduzido e validado para o Brasil por Masur e Monteiro (1983), esse instrumento proporcionou a identificação de problemas com uso de álcool. As questões foram distribuídas de modo não consecutivo dentro do instrumento, aplicado individualmente, conforme sugestões dos autores,

para facilitar os depoimentos pessoais, diminuindo o número de resultados falsos-negativos obtidos na entrevista. Considera-se CAGE positivo para problemas com uso de álcool quando duas ou mais respostas forem positivas (Apêndice-A questões 15,17,19,21).

- **CCSEB** - O Critério de Classificação Sócio-econômica Brasil é um instrumento que possibilita, de forma confiável, estabelecer parâmetros de renda familiar de cada classe social brasileira – A, B, C, D ou E. Composto por um sistema de pontuação baseia-se na posse de bens de consumo duráveis, grau de escolaridade e condições de moradia, dados que permitem avaliar em qual das cinco classes econômicas a família se enquadra (Apêndice- A questões 7 e 9).

5.3.2. Instrumentos para avaliar as crianças

5.3.2.1 Teste do desenho da figura humana

Esse teste consiste em que o avaliando desenha a figura de uma pessoa. Foi padronizado para aplicação em crianças brasileiras por Hutz e Antoniazzi (1995), e possibilita a avaliação de variáveis da personalidade, indicadores evolutivos, emocionais e psicopatológicos das crianças.

A análise dos dados foi realizada segundo normas propostas por Koppitz (1968). Foi feita análise cognitiva e dos indicadores emocionais, qualitativa e quantitativamente.

5.3.2.2 Escala comportamental infantil A2 de Rutter

A escala é composta de trinta e seis (36) itens, distribuídos em três tópicos: problemas de saúde, hábitos, afirmações comportamentais, proporcionando avaliação de problemas emocionais e comportamentais. Esse instrumento foi traduzido e adaptado por Graminha (1994), e os resultados foram analisados conforme instruções da autora.

Cada item da escala consiste numa afirmação breve sobre o comportamento da criança, devendo a mãe indicar a frequência em que ocorria tal comportamento, o grau de severidade e a extensão em que a afirmação se aplicava (Apêndice- B).

Para obtenção da pontuação da escala, considera-se valor zero (0) a resposta negativa; valor um (1) a resposta que marcava ocorrência ocasional ou moderada do problema; valor dois (2) a resposta que registrava a frequência ou a intensidade do problema. Assim, o resultado máximo que uma criança poderá obter é setenta e dois (72) pontos, sendo que uma pontuação acima de dezesseis (16), indicará que aquela criança necessitará de atendimento psicológico ou psiquiátrico segundo os pais.

5.3.3. Aspectos éticos

O presente estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido à avaliação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Após a aprovação do estudo, foi solicitado aos pais ou responsáveis pelas crianças o consentimento para a participação delas na pesquisa, obedecendo à Resolução nº 196/96 sobre pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil: MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) (Apêndice- C).

5.4 Procedimento

Após a seleção dos sujeitos do grupo FA (filhos de alcoolistas) e FNA (filhos de não-alcoolistas), a pesquisadora entrou em contato com as mães, através de visita domiciliar e marcou dia e hora para a aplicação dos testes.

A aplicação dos testes foi realizada em dois momentos, que serão descritos a seguir:

1º momento- Escala Comportamental de Rutter A2: no início da entrevista com a mãe, foram apresentados os instrumentos e feita a leitura do termo de consentimento (Apêndice - D). Em seguida, solicitou-se a ela que assinasse o termo de consentimento. Depois do consentimento, foi pedido para a mãe responder algumas questões. A duração da entrevista foi em torno de 15 minutos.

2º momento- Desenho da figura humana: esse instrumento foi aplicado por uma psicóloga, conforme as recomendações técnicas. Nos primeiros minutos a psicóloga conversou com as crianças para estabelecer “rapport”, solicitando o nome de cada uma, sua idade e escolaridade. Em seguida, a avaliadora explicou o objetivo do estudo e posteriormente solicitou as crianças que desenhassem uma figura humana, o melhor que elas pudessem. O trabalho foi realizado em grupos de cinco crianças, sendo algumas filhas de alcoolistas e outras do grupo controle, em uma sala cedida pela direção do SENAC, escolhido para facilitar o acesso para todas as mães e por garantir uma maior privacidade para as crianças. A psicóloga tinha conhecimento sobre o assunto que estava sendo pesquisado, mas não podia identificar a qual grupo as crianças pertenciam.

5.4.1 Procedimento de análise dos dados

A análise da escala comportamental A2 de Rutter (Graminha, 1994) e do teste do desenho da figura humana foi realizada por duas psicólogas experientes na tarefa, mas ingênuas quanto às condições das crianças, filhas de alcoolistas e de não-alcoolistas.

Os dados de cada instrumento foram submetidos a tratamento estatístico, visando à comparação entre crianças FA (filhas de alcoolistas) e FNA (filhas de não-alcoolistas). Foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos:

- **Teste U de Mann-Witney** – Teste estatístico não-paramétrico para amostras independentes que possibilita a comparação entre os resultados totais e parciais de FA (filhos de alcoolistas) e FNA (filhos de não-alcoolistas) na escala comportamental A2 de Rutter e no desenho da figura humana (DFH) que foram considerados estatisticamente significantes todos os resultados com probabilidade igual ou inferior a 0,05.
- **Teste exato de Fisher** – teste estatístico não-paramétrico para amostras independentes que possibilita a comparação de distribuições dos sujeitos nas categorias classificatórias de seus desempenhos nos dois instrumentos, considerando estatisticamente significativo todo o resultado com probabilidade igual ou inferior a 0,05.
- **Teste de correlação de pontos de Kendall** – foram comparados os escores brutos obtidos no desenho da figura humana (DFH) na escala emocional com os escores totais obtidos na avaliação feita pelos pais (escala comportamental A2 de Rutter).

6. RESULTADOS

Os resultados foram organizados de forma a facilitar a leitura. Primeiramente serão apresentados os resultados do teste do desenho da figura humana e a seguir os dados referentes à escala comportamental infantil A2 de Rutter.

6.1. Teste do desenho da figura humana (DFH)

Os escores obtidos na escala evolutiva do desenho da figura humana foram comparados considerando os grupos de filhos de alcoolistas (FA) e filhos de não-alcoolistas (FNA). Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, considerando-se $\alpha=0,05$. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. Isso equivale a dizer que as crianças não diferem quanto ao aspecto cognitivo avaliado.

A seguir, são apresentadas as distribuições dos sujeitos dos dois grupos com relação aos percentis da escala evolutiva do teste do desenho da figura humana.

Tabela 1-Distribuição dos sujeitos dos dois grupos nos percentis da escala evolutiva do teste do desenho da figura humana.

Percentis	FA		FNA		Total	
	F	P	F	P	F	P
< 25	03	.15	03	.15	06	.15
$25 \leq P \leq 75$	14	.70	15	.75	29	.72
> 75	03	.15	02	.10	05	.12
Total	20	1.00	20	1.00	40	.99

Utilizando-se o teste exato de Fisher e considerando-se $\alpha =0,05$, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos ($p=0,3557$). Isso significa que os dois grupos distribuíram-se de forma semelhante nas classificações, segundo os percentis.

Com relação à avaliação da escala emocional do teste desenho da figura humana (DFH), verificou-se que o grupo de crianças de filhos de alcoolistas (FA) apresentou mais sinais emocionais ($p < 0,02$).

Os dados de distribuição dos sujeitos dos dois grupos, quanto aos percentis da escala emocional do teste do desenho da figura humana (DFH), são mostrados na tabela abaixo.

Tabela 2- Distribuição dos sujeitos dos dois grupos quanto aos percentis da escala emocional do desenho da figura humana.

Percentis	FA		FNA		Total	
	F	P	F	P	F	P
< 25	07	.35	04	.20	11	.27
$25 \leq P \leq 75$	13	.65	14	.70	27	.67
> 75	0	.0	02	.10	02	.5
Total	20	1.00	20	1.00	40	.99

Comparando-se a distribuição dos sujeitos dos dois grupos, através do Teste Exato de Fisher, nos extremos dos percentis não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,19231$).

Utilizando-se o teste U de Mann-Whitney, procedeu-se à comparação entre os grupos conforme o sexo das crianças.

Comparação	Feminino N1=10 e N2= 10	Masculino N1=10 e N2 =10	Total (N1e N2= 20) N1=20 e N2=20
FA x FNA	FA > FNA*	n.s	FA > FNA **

Quadro 5 - Comparações dos resultados obtidos na escala emocional do teste do desenho da figura humana; segundo o agrupamento por gênero e no total.

* $p < 0,05$

** $p < 0,02$

Verificou-se que as meninas filhas de alcoolistas (FA) apresentaram mais sinais emocionais que as meninas filhas de não-alcoolistas (FNA). Em relação aos meninos não foram encontradas diferenças significativas. Considerando-se os dois grupos de filhos de alcoolistas (FA) e de filhos de não-alcoolistas (FNA) como um todo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, possivelmente porque o resultado das meninas interferiu nos resultados como um todo.

Com relação à análise qualitativa do desenho da figura humana (DFH) dos filhos de alcoolistas, selecionando-se os indicadores emocionais que apareceram com uma frequência acima de cinco (25%), foram encontrados dois sinais: figura pequena e braços curtos. Considerando-se seu significado psicológico, segundo a avaliação de Koppiz (1968), pode-se apontar as seguintes características psicológicas dessas crianças: auto-estima baixa, timidez, retraimento, insegurança, sinais de depressão e dificuldade de relacionamento, sendo que somente as meninas revelaram sinais de dificuldade de relacionamento. Isto é, as meninas, nos indicadores emocionais, apresentaram-se em desvantagem aos meninos, pois, além de auto-estima baixa elas, mostraram dificuldade de relacionamento.

6.2 Escala comportamental infantil A2 de Rutter - (ECI)

Os escores obtidos na escala comportamental infantil A2 de Rutter pelos sujeitos dos dois grupos, utilizando-se o teste U de Mann-Whitney, considerando-se $\alpha=0,05$, revelaram que as crianças filhas de alcoolistas (FA) apresentaram mais problemas de comportamento comparadas as crianças filhas de não-alcoolistas (FNA).

Comparando-se os dois grupos em relação a cada um os três fatores da escala comportamental infantil A2 de Rutter (saúde, hábitos e afirmações comportamentais),

verificou-se que as crianças filhas de alcoolistas (FA) apresentaram escores mais altos nas subescalas de comportamento e de saúde. As diferenças encontradas alcançaram significância estatística. Isso equivale a dizer que as crianças filhas de alcoolistas (FA) apresentaram mais problemas de saúde e de comportamento que as crianças filhas de não-alcoolistas (FNA). Esses dados estão sintetizados no Quadro 6.

Fatores da ECI	FA (N= 20) FNA (N=20)
Problemas de Saúde	FA > FNA*
Hábitos	n.s
Afir. comportamentais	FA > FNA **
Escore Total	FA > FNA**

Quadro 6 - Escala comportamental infantil A2 de Rutter, comparação de FA e FNA

Teste U de Mann-Whitney

*p = 0,05

** p < 0,001

Segundo as mães das crianças filhas de alcoolistas (FA), elas mostram-se mais impacientes e irrequietas, irritam-se mais rapidamente “perdendo as estribeiras”, são mais acanhadas e tímidas e mais apegadas a suas mães, quando comparadas às filhas de não-alcoolistas (FNA).

A comparação entre os grupos, considerando-se o gênero da criança é exibida no quadro abaixo.

Fatores da ECI	Meninos		Meninas	
	FA(N=10)	FNA(N=10)	FA(N=10)	FNA(N=10)
Problemas de Saúde	n.s		n.s	
Hábitos	n.s		n.s	
Afir. comportamentais	n.s		FA > FNA**	
Total	FA > FNA*		FA > FNA*	

Quadro 7 – Escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI) comparações entre gênero

*p < 0,025

** p < 0,001

Na comparação entre meninos filhos de alcoolistas (FA) e meninos filhos de não-alcoolistas (FNA), quanto aos fatores da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Para as meninas,

apenas no fator comportamental verificam-se diferenças significativas entre filhas de alcoolistas (FA) e filhas de não-alcoolistas (FNA). Segundo as mães, essas meninas são irrequietas e mais impacientes, irritam-se rapidamente “perdendo as estribeiras” e são muito agarradas a suas mães.

Contudo, no escore total, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Tais resultados sugerem que, do ponto de vista de identificação de problemas de comportamento, relatados pelas mães, as crianças filhas de pais alcoolistas, de ambos os sexos, tenderam a apresentar mais problemas de comportamento. Entretanto deve-se considerar que as meninas parecem evidenciar mais sinais de problemas comportamentais, interferindo assim no resultado do grupo como um todo.

Buscando-se, ainda, verificar como ficaria a distribuição dos sujeitos dos dois grupos considerando-se o escore de corte igual a 16 (critério para identificação de problemas comportamentais), os resultados demonstram que as crianças filhas de alcoolistas (FA) apresentaram mais problemas de comportamento.

Na tabela abaixo estão os resultados dessa distribuição, segundo o gênero dos sujeitos.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos, segundo o gênero, nas categorias, nos escores acima e abaixo de 16 (pontuação de corte para problemas comportamentais), da escala comportamental de Rutter.

Sujeitos		<16		≥ 16	
		F	P	F	P
Feminino	FA	04	.40	06	.60
	FNA	09	.90	01	.10
	Total	13	.65	07	.35
Masculino	FA	05	.50	05	.50
	FNA	08	.80	02	.20
	Total	13	.65	07	.35

Os dados da tabela mostram que os meninos tendem a distribuir-se igualmente com relação aos escores de corte (teste exato de Fisher=0,17492). As meninas filhas de alcoolistas (FA), no entanto, tendem a apresentar escores mais altos, indicativos de problemas comportamentais, que as meninas filhas de não-alcoolistas (FNA) (teste exato de Fisher, $p=0,002864$).

Quanto à análise das descrições comportamentais mais utilizadas pelas mães para falar de seus filhos foram verificados aquelas respostas que foram mais freqüentes, ou seja, valor acima de quatro, (25%). Para os filhos de alcoolistas do sexo masculino apareceram as seguintes características: criança impaciente, irritável, agitada, agarrada à mãe e acanhada. Para os meninos filhos de não-alcoolistas: ser irritável e ser agarrado à mãe foram as respostas mais freqüentes. Para as meninas filhas de alcoolistas: agitadas, impacientes, briguentas, irritáveis, desobedientes e agarradas à mãe. E para as filhas de não-alcoolistas somente ser agarrada à mãe.

Quanto à indicação dos problemas, segundo a classificação da escala comportamental de Rutter, resultado igual e acima de 16 foram apontados pelas mães um menino e uma menina filhos de alcoolistas com comportamento anti-social. E para comportamento neurótico foi apontado um menino e duas meninas. Observa-se pelos dados que, com relação ao gênero das crianças, não houve diferença. Mas as crianças filhas de alcoolistas foram identificadas pelas mães com mais problemas de comportamento, cinco crianças, e três filhos de não-alcoolistas (comportamento neurótico um menino e uma menina e um menino com comportamento anti-social).

Finalmente buscou-se verificar se havia associação entre os resultados das avaliações emocionais do teste do desenho da figura humana (DFH) e da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI).

Não se verificou associação entre os escores emocionais do teste do desenho da figura humana (DFH) e os escores totais da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI) ($p=0,3446$) utilizando-se o coeficiente de correlação de postos de Kendall, com um valor de $\alpha= 0,05$. O mesmo foi obtido para a associação entre os escores emocionais e o escore de comportamentos da escala comportamental infantil (ECI), ($p=0,1112$).

As avaliações colhidas através do teste do desenho da figura humana (DFH), desenhos produzidos pela própria criança e as avaliações feitas pelas mães na escala comportamental A2 de Rutter tenderam a não estar associados.

Porém, realizando-se uma avaliação exploratória de caso a caso, para verificar se houve convergência entre a avaliação feita pela mãe e a avaliação emocional feita por meio da análise do desenho produzido pela própria criança, pode-se observar os seguintes resultados: proporcionalmente, verifica-se uma menor convergência na indicação de problemas, especialmente entre filhos de não-alcoolistas, indicando somente um caso (5%) e cinco caso clínicos para filhos de alcoolistas (dois meninos e três meninas, 25%). Na identificação de ausência de problemas filhos de não-alcoolistas houve mais convergência entre as avaliações das mães e as dos filhos. Entre filhos de alcoolistas, houve, ainda, maior divergência entre as duas avaliações que para os filhos de não-alcoolistas, em termos proporcionais.

7. DISCUSSÃO

Muitas pesquisas têm sido realizadas com a finalidade de entender as causas e as conseqüências do alcoolismo. Recentemente, pesquisadores têm desenvolvido estudos

sob um novo foco de análise: avaliar a saúde mental dos filhos de alcoolistas, já que têm sido apontados como população de risco para o desenvolvimento de dependência química e de distúrbios psicológicos. A literatura tem apontado que, além dos fatores de risco biológicos que predisõem os filhos de alcoolistas ao desenvolvimento da dependência química, algumas características psicológicas podem torná-los mais vulneráveis. História familiar de alcoolismo multiplica o risco da criança para quatro ou cinco vezes de se tornar um alcoolista no futuro para ambos os sexos (Goodwin,1985). As características psicológicas como impulsividade, baixa tolerância à frustração, depressão, agressividade, timidez, retraimento, dificuldade em adaptar-se às mudanças e comportamento anti-social têm sido citadas como precursores para o uso de drogas (Knop et al 1984; Lerner:Vicary,1984; Barnes; Welte, 1986; Mylant et al, 2002).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar filhos de alcoolistas em comparação com filhos de não-alcoolistas nos domínios cognitivo, emocional e comportamental.

Em conformidade com as pesquisas realizadas na área, os resultados revelaram que filhos de alcoolistas apresentaram desvantagens nos aspectos emocionais e comportamentais comparados aos filhos de não-alcoolistas (García, 1990; Cuijpers et al.,1999; Mylant et al., 2002). A análise dos dados mostrou algumas particularidades que a seguir serão discutidas.

Com relação ao domínio cognitivo avaliado no teste do desenho da figura humana, a maioria das crianças de ambos os grupos apresentaram desempenho de acordo com o esperado para suas idades. Esses dados apontam que a maior parte das crianças da amostra apresentaram capacidade cognitiva preservada. Porém, mesmo entre os filhos de não-alcoolistas e de alcoolistas, as crianças revelaram níveis intelectuais levemente abaixo da média, isto é, nos dois grupos as crianças distribuem-se igualmente. Esse achado

diverge do que foi encontrado por Sher (1991), que obteve resultados que demonstravam que filhos de alcoolistas apresentaram déficit cognitivo.

No aspecto emocional, ao comparar-se os dois grupos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas. Além disso, verificou-se que, quando comparados separadamente segundo o gênero, as crianças do sexo feminino, filhas de alcoolistas (FA), apresentaram mais sinais emocionais que as meninas filhas de não-alcoolistas (FNA). O que significa que meninas filhas de alcoolistas apresentaram mais dificuldades emocionais que meninas filhas de não-alcoolistas. Provavelmente os resultados das meninas interferiram nos resultados do grupo como um todo.

Na avaliação qualitativa, observando os significados psicológicos referentes aos indicadores emocionais, foi possível apontar algumas características de filhos de alcoolistas, da amostra: timidez, insegurança, retraimento, sinais de depressão, auto-estima baixa e dificuldade de relacionamento.

O perfil psicológico das crianças filhas de alcoolistas, observado neste estudo, confirma dados de outras pesquisas que apontam que filhos de alcoolistas têm mais problemas de comportamento, são tímidos, inseguros, dependentes, têm tendência à depressão e dificuldade de confiar nos outros e, conseqüentemente, dificuldades de relacionamento (Cork, 1979; Deustsch, 1982; Cormillot, 1992; Mylant et al, 2002).

É importante ressaltar que, na presente pesquisa, esse perfil psicológico foi encontrado mais nas meninas que nos meninos. Berkowitz e Perkins (1988), apontam que filhos de pais alcoolistas do sexo feminino apresentam mais sintomas psicopatológicos que filhos do sexo masculino. Sugerem que o gênero dos filhos pode interagir com o gênero do pai alcoolista, filhos de alcoolistas manifestam mais sintomas psicopatológicos quando têm pais abusadores de álcool que são do sexo oposto do que sendo do mesmo sexo. Mas essa hipótese não foi comprovada no estudo de Belliveau e Stoppard (1995), que não

observaram diferença estatisticamente significativa quando compararam os resultados segundo o gênero dos filhos de pais alcoolistas com o dos pais não-alcoolistas.

Porém Krestan e Bepko (1995) afirmam que o gênero e a ordem de nascimento são aspectos que devem ser observados como fatores que afetam a forma dos filhos responderem a essa situação de estresse. O autor cita que principalmente as mulheres desenvolvem um padrão de super-responsabilidade se tornando as cuidadoras emocionais em suas famílias. Esse dado sugere que meninos e meninas podem responder de forma diferente ao alcoolismo paterno, já que as mulheres geralmente são educadas para se envolverem mais com as situações emocionais da família. E explica, em parte, os dados do presente estudo, no qual as meninas apresentaram mais dificuldades emocionais. Pode-se supor que esteja ocorrendo, no presente caso, um envolvimento maior das meninas com os problemas do alcoolismo paterno, no qual elas estejam desenvolvendo o papel de “cuidadoras” , provavelmente por terem estabelecido um relacionamento mais próximo com a mãe.

O referencial teórico da psicanálise também ajuda a entender melhor esta questão. Essa teoria aponta que, mais ou menos a partir dos sete anos de idade, o filho identifica-se com o pai do mesmo sexo, ou seja, a menina identifica-se com a mãe e o menino com o pai. Através desse processo, os meninos aprendem com o modelo do pai como é ser homem e as meninas aprendem com a mãe como é ser mulher. Pode-se levantar a hipótese que, através do processo de identificação entre mãe e filha, as mães poderiam estar projetando nas meninas sentimentos que elas têm vivido devido à situação do alcoolismo de seus esposos e as filhas, por outro lado, poderiam estar absorvendo essas atitudes através do modelo de suas mães.

West e Prinz (1987) apontam resultados de pesquisas em que os filhos de alcoolistas têm mostrado sintomas de ansiedade e depressão, ambos considerados

problemas internalizados, concluindo que esses sinais emocionais foram consistentemente associados com alcoolismo parental. Esses achados confirmam os dados da presente pesquisa, na qual as crianças filhas de alcoolistas, principalmente as meninas, apresentaram mais problemas internalizados, sinais de ansiedade e depressão.

Quanto ao aspecto comportamental, avaliado através da escala comportamental infantil de Rutter, composta das subescalas de *Saúde, Hábitos e Afirmações comportamentais*, obteve-se o seguinte dado, considerando os resultados nas subescalas, apenas em *Saúde* e afirmações comportamentais verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de crianças. Na subescala *Hábitos*, que avalia a aquisição de comportamentos relacionados aos aspectos de regulação fisiológica, sono, alimentação, digestão-eliminação, linguagem, regulação social (não roubar, não falar mentira), e auto-regulação (tiques e roer unha), as crianças de ambos os grupos apresentaram comportamentos conforme o esperado para sua idade cronológica e fase de desenvolvimento; isso equivale a dizer que essas crianças, no decorrer do seu desenvolvimento, não demonstraram dificuldades na aquisição e aprendizado de comportamentos básicos para sua interação social e não apresentaram comportamento anti-social. Mas na subescala Comportamento as análises dos resultados mostraram que crianças filhas de alcoolistas (FA) apresentaram mais problemas de comportamento comparadas às crianças filhas de não-alcoolistas (FNA) e essa diferença alcançou significância estatística. Esses dados estão de acordo com as pesquisas que avaliaram o comportamento de crianças filhas de alcoolistas (Miller; Lang, 1977; Cormillot, 1992; Mylant et al. 2002).

Considerando-se uma análise segundo o gênero, as meninas filhas de alcoolistas revelaram mais problemas de comportamento que as meninas filhas de não-alcoolistas, segundo a percepção das mães. Elas também apontaram que as meninas filhas

de alcoolistas são agitadas, impacientes, briguentas, irritáveis, desobedientes e agarradas à mãe. E as mães dos meninos filhos de alcoolistas os descreveram como impacientes, irritáveis, agitados e agarrados à mãe.

Na avaliação realizada pelas mães, deve-se considerar que alguns aspectos pessoais podem ter interferido na percepção dos comportamentos que elas fizeram de seus filhos. Por exemplo, muitas esposas de alcoolistas apresentam depressão, o que pode contribuir para a realização de uma análise distorcida dos comportamentos de seus filhos, enxergando problema onde não há ou o contrário, não percebendo problema onde existe.

Na análise estatística realizada para detectar se houve convergência entre os indicadores emocionais, apresentados nos desenhos das crianças e na avaliação comportamental, realizada pelas mães, os resultados revelaram que as análises tenderam a não estar associadas. Porém, realizando-se uma avaliação exploratória de caso a caso, pôde-se observar o seguinte resultado: proporcionalmente, verificou-se uma menor convergência na indicação de problemas, especialmente entre filhos de não-alcoolistas. Na identificação de ausência de problemas, entre filhos de não-alcoolistas, houve mais convergência entre as avaliações das mães e as dos filhos. E entre filhos de alcoolistas houve, ainda, maior divergência entre as duas avaliações que para os filhos de não-alcoolistas, em termos proporcionais. Conclui-se que, embora algumas mães possam ser mais sensíveis em identificar fragilidades em seus filhos, coincidentes com a produção de sinais indicativos dessas fragilidades pela própria criança, (detectadas no desenho da figura humana) uma parcela considerável não é sensível ou está enxergando problemas onde eles parecem não existir. Pode-se inferir, desse achado, que outros aspectos não focalizados neste estudo de forma direta, como a sobrecarga da mãe em relação aos problemas decorrentes do alcoolismo do marido, no caso dos filhos de alcoolistas, e outras variáveis, no caso dos filhos de não-alcoolistas, estariam interferindo na percepção que as mães têm

de seus filhos. Ainda assim, as mães de filhos de alcoolistas parecem mostrar uma sensibilidade maior em relação a seus filhos, pois revelaram maior convergência para indicar problemas em suas crianças quando as crianças também exibiram, através de seus desenhos, sinais de problemas emocionais. Esses dados mostram um aspecto positivo, no contexto dessas famílias alcoolistas, pois se as mães estão atentas às reações emocionais e comportamentais dos seus filhos, elas podem estar mais abertas para procurar ajuda para suas crianças. Esse aspecto poderia ser considerado um fator de proteção para as crianças à medida que essas ações contribuem para a diminuição do seu sofrimento.

Um aspecto que chama atenção é que tanto as mães de filhos de alcoolistas como as mães de filhos de não-alcoolistas os descreveram como sendo agarrados à mãe, ou seja, crianças dependentes das mães. Fazendo uma análise qualitativa e correlacionando o significado dos indicadores emocionais com as descrições comportamentais das crianças filhas de alcoolista, pode-se inferir que as características psicológicas de timidez, retraimento e insegurança possivelmente contribuem para elas sejam agarradas às mães. Pode-se pensar na hipótese de que as mães não tenham tempo e disposição psicológica para atender às necessidades das crianças ou de que as mães sejam super-protetoras, podendo assim estar moldando essa dependência e insegurança nos filhos. É importante lembrar que a dependência poderá ser um fator dificultador para o aprendizado de algumas habilidades importantes na resolução dos conflitos. Algumas pesquisas apontam que filhos de alcoolistas desenvolvem menos estratégias efetivas para lidar com situações de estresse e absorvem modelos de negação, de afastamento e de evitação de conflitos (Cork, 1979; Silva, 2002; Hall; Webster, 2002). Outro aspecto apontado pelas mães é a irritabilidade das crianças, revelando que elas apresentam baixa tolerância a frustrações, confirmando a sua dificuldade no enfrentamento de conflitos. Segundo a percepção das mães, essas crianças são briguentas e desobedientes. Porém, para entender esses comportamentos, é necessário

ter mais dados sobre o relacionamento familiar e as práticas educacionais adotadas pelos pais, assuntos não enfocados neste estudo.

Pode-se apontar algumas limitações e dificuldades na realização do presente estudo; uma delas foi na escolha dos sujeitos. Procurou-se emparelhar os dois grupos estudados, considerando algumas características, como escolaridade, idade das crianças (9 a 12 anos) e nível sócio-econômico. Porém não foi possível controlar as variáveis sócio-econômica e escolaridade dos pais. Apesar de estudarem na mesma escola, viverem no mesmo bairro, as crianças filhas de não-alcoolistas vinham de famílias em que a escolaridade e o nível sócio-econômico era superior quando comparadas às famílias com pais alcoolistas. Essas variáveis podem ter interferido nos resultados apresentados pelas crianças, vindo a somar-se como mais uma variável negativa para o resultado das crianças filhas de alcoolistas.

De acordo com Sameroff (1990) e Rutter (1980), a combinação de múltiplas variáveis de risco interferem negativamente no desenvolvimento das crianças, potencializando os efeitos negativos. Vários tipos de estressores ocorrem em elevada taxa nas famílias de alcoolistas, incluindo divórcio, conflito familiar, psicopatologia dos pais, abuso de substâncias, envolvimento dos pais em crime, pobreza, abuso físico e negligência, que poderiam potencializar os efeitos adversos do alcoolismo (Miller; Lang, 1977, Moos; Billings, 1982).

Portanto, associar as conseqüências negativas do desenvolvimento infantil somente ao alcoolismo parental, é simplificar a realidade em que outros fatores estão presentes variando o grau e a combinação. O alcoolismo é um fenômeno multifatorial em que fatores sociais, familiares e culturais estão presentes. Relacionar os prejuízos do desenvolvimento infantil somente ao alcoolismo paterno é uma análise simplista do

alcoolismo e do desenvolvimento infantil, deixando de correlacionar as variáveis ambientais e individuais presentes na problemática.

Algumas pesquisas vêm demonstrando que algumas crianças, mesmo vivendo em ambiente de risco, conseguem desenvolver algumas habilidades que as ajudam na diminuição das conseqüências negativas provocadas por esse ambiente (Horowitz, 1987, Masten; Coatsworth, 1998). Rutter (1987) chamou essa capacidade de o indivíduo desenvolver ou possuir, habilidades para enfrentar o estresse e resolvê-lo, de resiliência. As variações na qualidade ou habilidades das crianças são muito importantes, pois tornam algumas crianças altamente vulneráveis ao estresse da infância, enquanto outras são protegidas das piores conseqüências. O autor identificou algumas variáveis ambientais e individuais que protegem as crianças dos efeitos adversos dessas situações, denominado de fatores de proteção. Cada criança nasce com alguns fatores de proteção, com inteligência brilhante, boa coordenação, um temperamento fácil ou um adorável sorriso, que tendem a deixá-la mais resistente diante do estresse.

Por exemplo, na maioria das crianças do presente estudo, foram observadas algumas variáveis que podem ser consideradas fatores de proteção, como desempenho cognitivo dentro da média, comportamentos de regulação fisiológica (sono, alimentação, digestão-eliminação) adequados, bom desenvolvimento na área da linguagem e não mostraram indicadores de comportamento anti-social (não roubar, não falar mentira) como habilidades que estas crianças desenvolveram, mesmo expostas a situação de risco (alcoolismo paterno).

O resultado da avaliação cognitiva aponta outro limite encontrado na presente pesquisa. Os dados divergiram de outras pesquisas que demonstraram déficit cognitivo em filhos de alcoolistas. Provavelmente tal divergência se deve às variações dos instrumentos utilizados para a mensuração dessa variável. No presente trabalho, o nível cognitivo foi

avaliado de uma forma ampla, através dos indicadores evolutivos do teste do desenho da figura humana, não sendo utilizados outros testes de nível intelectual para realizar a correlação, o que provavelmente influenciou os resultados.

Ressalta-se, ainda, que os dados desta pesquisa são limitados à generalização, sobretudo em função do número pequeno dos sujeitos dos grupos estudados. A avaliação dessas crianças focalizou somente três áreas (cognitiva, emocional e comportamental) o que limitou também o entendimento de algumas questões levantadas na análise. Por exemplo, com relação à questão de gênero apontada na presente pesquisa, meninas filhas de alcoolistas são mais vulneráveis para o desenvolvimento de desordens emocionais que os meninos. É necessário ampliar as áreas de habilidades avaliadas para ter mais dados que possam explicar essa variável. As pesquisas trazem dados contraditórios quanto à questão de gênero: ao referir-se aos filhos de alcoolistas, sugere-se que novas pesquisas explorem a questão para poder identificar as variáveis que podem estar influenciando esse fenômeno. Os aspectos relacionais vêm sendo apontados para explicar essas diferenças nas manifestações das doenças psiquiátricas: os homens são educados para se envolverem em atividades sociais (trabalho e colegas) ou seja, para o mundo externo, e as mulheres são educadas para desempenharem papéis de cuidadoras, ou seja, mais voltadas para os relacionamentos familiares. Portanto, meninos e meninas reagem diferentemente e são educados de modo também diferente, o que provavelmente influencia na forma de enfrentar situações familiares estressantes e na sua saúde mental.

Logo, não se têm dados da presente pesquisa que possam justificar o resultado que apontou as meninas como sendo mais vulneráveis às dificuldades psicológicas, porém não se pode negar que as características psicológicas das meninas: timidez, insegurança, dificuldade de manter contato com os demais e os problemas de comportamentos percebidos pelas mães, como irritabilidade, impaciência, briguenta e desobediência podem

predispô-las ao desenvolvimento da dependência química. Conforme aponta a literatura, baixa tolerância à frustração, retraimento, timidez e crianças com temperamento difícil são características associadas aos jovens que fizeram uso de drogas (Knop et al., 1984; Lener; Vicary, 1984; Mylant, 2002). Ou elas podem estabelecer relacionamentos com alcoolistas, repetindo assim a história de suas mães, em que 80% tinham pais alcoolistas e casaram com alcoolistas, conforme mostra o histórico familiar. O jovem adulto que tem em sua família de origem história de alcoolismo tende a tornar-se um alcoolista, assumindo assim uma posição pseudodiferenciada; ele ou ela pode perpetuar um papel familiar de funcionamento super-responsável e casar com um alcoolista; ou pode simplesmente romper emocionalmente com a família ou ser vítima de incesto ou abuso físico (Black, 1982; Herman; Hirschman 1981; Kempe; Helfer, 1972).

A falta de dados, como práticas educacionais adotadas pelos pais, a prevalência ou não de conflitos familiares (divórcios, separações), o vínculo entre pais e filhos, a ordem de nascimento da criança que foi avaliada, presença ou não de violência física, a duração do alcoolismo, a fase do ciclo vital da família também limitou algumas conclusões da pesquisa.

West e Prinz (1987) sugerem que estudos longitudinais ajudariam a esclarecer algumas questões como as origens e causas da psicopatologia em crianças, a interação entre a idade da criança e o tipo de psicopatologia e o diferente impacto do pai alcoolista nas diferenças de gênero e idades.

Conclui-se que, apesar das limitações do estudo, a presente pesquisa confirmou outros estudos que afirmam que filhos de alcoolistas têm sido identificados com problemas de comportamento e conflitos intrapsíquicos. Conforme Mylant et al. (2002), comprovou-se que ter pais alcoolistas é um dos fatores de risco para jovens terem problemas de

comportamento. Essa pesquisa também sugere outros caminhos no tratamento e prevenção da problemática do alcoolismo.

Os resultados indicam que as crianças filhas de alcoolistas necessitam ser incluídas no tratamento do alcoolismo, geralmente centralizado no usuário. Os profissionais de saúde mental, responsáveis pelo atendimento e tratamento do alcoolista, devem considerar as crianças filhas de alcoolista, não só devido aos prejuízos que elas têm em decorrência do alcoolismo paterno, mas também para evitar que futuramente elas venham desenvolver dependência química.

Essas questões despertam em nós, profissionais de saúde mental, o desafio da criação de programas preventivos que desenvolvam competência nas crianças filhas de alcoolistas, que possam protegê-las dos possíveis danos causados por esse ambiente estressante ou que estejam voltados à diminuição dos fatores de risco, identificados nessa população. Por exemplo, desenvolver estratégias que possam auxiliar, principalmente essas meninas, na diminuição da timidez e no aprendizado de habilidades de coping, diminuindo seu sofrimento e o risco de elas fazerem uso de drogas ou de casarem com alcoolistas, interrompendo o circuito - filhas de alcoolistas, casamento com alcoolistas - percebido na história familiar de suas mães.

Hawkins et al.(1992) afirmam que a abordagem centrada nos fatores de risco busca prevenir o abuso das drogas através da eliminação, redução ou mudanças dos seus precursores. Portanto, quanto mais desenvolvermos pesquisas que possam identificar claramente os fatores de risco ligados ao uso de drogas, mais chance os profissionais de saúde mental terão de desenvolver programas de prevenção mais eficazes na erradicação da dependência química.

Pode-se apontar algumas intervenções que poderão ter a função protetora para essa população, como programa de orientações educacionais para os pais com o objetivo

de auxiliá-los a retomarem o cuidado de seus filhos e a organizarem sua família, grupo terapêutico com crianças filhas de alcoolistas, terapia familiar, programas escolares especificamente para essas crianças e sua inclusão no tratamento do alcoolismo. Programas de prevenção e tratamento precoce nessa população são ações que contribuem para a diminuição do índice de alcoolismo, já que tal população foi identificada como sendo vulnerável para desenvolver alcoolismo.

Este estudo instiga, também, a realização de outros estudos nos quais sejam centralizadas as relações familiares e interpessoais, enfocando as diferenças de gênero, para coletar mais dados que possam explicar as diferenças aqui percebidas.

Portanto, o estudo sobre os efeitos do alcoolismo parental no desenvolvimento mental infantil, ou no funcionamento psicológico das crianças traz grande contribuição para o entendimento e a prevenção da psicopatologia infantil e para o desenvolvimento de programas de prevenção no uso de drogas.

Os pais são as principais referências para as crianças, os primeiros educadores. A forma como os pais se relacionam com as crianças é fundamental para sua saúde mental, podendo algumas formas de relacionamento trazer sérios prejuízos para o desenvolvimento infantil (Ajuriaguerra; Marcelli, 1986).

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA J. de & MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Tradução Alceu Edir Filman. Porto Alegre, 2 ed.: Artes Médicas, 1986, 454 p.

BANDEIRA, D. R. & HUTZ, C. S. A contribuição dos testes Desenho da figura humana, Bender e Raven na predição do rendimento escolar na primeira série. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.10, p.59-72, 1994.

BARNES, G. M.; WELTE, J.W. Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. **Journal of Studies on alcohol**, New Jersey, v.47, n°.1, p.53-62, 1986.

BEE, Hellen. **A criança em desenvolvimento**, Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

_____. **O Ciclo Vital**, Tradução Regina Garcez, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

BELLIVEAU J. M.; STOPPORD J. M. Parental alcohol abuse and gender as precictors of Psychopathology in adult children of alcoholics. **Addictive Behaviors**, Brunswick, v.20 n°5, p.619-25, 1995.

BELSKY, J. STEINBERG, L. & DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. **Child Development**, v.62, p.647-670, 1991.

BORDIN, I. A. S., MARI, e CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CCBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP – APAL**, v.17, n.2, p. 55-66, 1995.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BURIOLLA, M. F. & MARQUES, M. B. Fatores causadores e integrantes de violência contra crianças. **Psico-USP**, Bragança Paulista, v.4, n.1, p. 57-75, Jan/Jun. 1999.

BUCK, J. The HTP Test. *Jornal of Clinical Psychology*. 14 (2): p.151-59, 1948.

BLACK C. **It will never happen to me**. Colorado: MAC. 1982

_____. Children of Alcoholics. **Alcohol Health and Res. World Fall**, v.1 23-27, 1979.

_____; BUCKY S.; PADILLA S. W. The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an Alcoholics. **The international Journal of the addictions**, California, v.21, n.2, p.213-231, 1986.

BRY, B.H., MCKEON, P. & PANDINA, R. J. Extent of drug use as a function of number of risk factors. **Journal of Abnormal Psychology**, v.91, p.273-279, 1982.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade.** Petrópolis,17.ed: Vozes, 1987.

CARMICHAEL, L. **Manual de psicologia da criança: volume 1 bases biológicas do desenvolvimento.** Trad. Paul H. Musser. São Paulo: EPU, 1975. 450p.

CERMARK, T.; BROWN, S. International group therapy with adult children of alcoholics. **Int. J.Group Psych. Ther.**, v.32, p.375-389, 1982.

CHASSIN, L.; ROGOSCH, F.; BARREIRA, M. Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. **Journal of Abnormal Psychology**, v.100, p. 449-63, 1991.

COOPER, J. E. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Referência. Rápida-Organização Mundial da Saúde. Tradução Gabriela Baldisserotto. Porto alegre, Artes Médicas, 1997. 404p.

CORMILLOT, A. **Beber e no beber: Esa es la cuestion?** Buenos Aires: Paidos, 1992.

CORK, R.M. *The Forgotten Children: A study of Children with Alcoholic Parents*. Toronto: Alcoholism Foundation of Ontario, 1969. Cited In: EL-BUEBLY; D. ORFORD. On being the offspring of an alcoholic: Update. **Alcohol Clin. Exp. Res**, Toronto, v. 3, p.148-57, 1979.

CUARÓN R. (1998). "Evaluación de las actitudes en hijos de padres alcohólicos. Tesis. UIC. Mexico. In: ROCHA, D. "Efectos del Alcoholismo en los hijos". Liber Addictus Mexico, 2000. n.19 Los niños ante la adicción. Disponible em: [http: www.addictus.com/repport19.htm](http://www.addictus.com/repport19.htm) . Acesso em 20 set. 2003.

CUIJPERS, P. LANGENDOEN, Y., BIJL, R.V. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. **Addiction**, California, v. 94, n. 10, p.1489-502, 1999.

DEUTSCH, C. **Broken Bottles, Broken Dreams**. New York: Teachers College Press, Columbia University, 1982.

EDSON, A. A gota que transborda. **Revista Família Cristã**, São Paulo, Ed. Abril, v.67 n.783, p.32-36, 2001.

ERIKSON, E.H. **Childhood and society**. New York: Norton, 1963.

EWING, J.A., Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. **Journal of the American Medical Association**, v.257, p.1905-1901, 1984.

FILHO, A.N. de. **Epidemiologia das desordens mentais na infância no Brasil**. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1985.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E.A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras, CEBRID, 1997.

GARCÍA M. (1990). “Autocepto y locus de control en hijos de padres alcohólicos. Estudio comparativo”. Tesis. UIC. Mexico. In: ROCHA D. “Efectos del Alcoholismo en los hijos”. Liber Addictus (serial online), 2000, n.19, Los niños ante la adicción. Disponível em: <http://www.addictus.com/repport49.htm>. Acessado em : 6 set. 2003.

GOODNOUGH, F. L. **Test de inteligência infantil**. Buenos Aires: Paidós, 1951.

GOODNOUGH, F. L. **Measurement of intelligent by drawings**. New York: World Book, C., 1926.

GOODWIN, D. W. Alcoholism and genetics: the sins of the fathers. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.42, p. 171-4, 1985.

GRAMINHA, S. S. V. Escala Comportamental Infantil Rutter A2. Estudos de Adaptação e Fidedignidade. **Estudos de Psicologia**, Natal v.11, n.3 p.34-42, 1994.

HALL, C. W. & WEBSTER, R-E. Traumatic symptomatology, characteristics of adult children of alcoholics. **Journal of Drug- Education**, v.32, n.3, p.199-211, 2002.

HAMMER, E.F. **La proyección en el encuadre clínico em test projectivos gráficos.** Buenos Aires: Paidós, 1969.

HAVIGHURST, R. J. **Developmental tasks and education.** New York: David McKay, 1972.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F.; MILLER, J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, v.112, n.1, p.64-105, 1992.

HILL, E., GANER, G. & GOMES, W. Uma análise semiótica- fenomenológica das mensagens auto-reflexivos de filhos adultos de alcoolistas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.11, n.1, p.93-115,1998.

HOROWITZ, F. D. **Exploring developmental theories:** Toward a structural/behavioral model of development. Hillsdale: NJ: Erlbaum, 1987.

HERMAN, J. L.; HIRSCHMAN, L. **Father-daughter incest.** Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1981.

HUTZ, C. S.; ANTONIAZZI, A. S. O desenvolvimento do desenho da figura humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: normas para avaliação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.3-18, 1995.

JACOB,; LEONARD, Psychosocial functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers and control fathers. **Journal of Studies on Alcohol**, New Jersey, v.47, n.5, p.373-80, 1986.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA . Testes psicológicos. Brasília: CFP, ano XVIII, n.77, fevereiro 2004. Suplemento especial.

KEMPE, H. **Helping the battered child and his family**. New York: Lippincott, 1972.

KRESTAN, J. M.A.; BEPKO, C. M.S.W. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B. MCGOLDRICK, M.e col. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.415-439.

KNOP, J.; et. Al. Danish prospective study of young males at high risk for alcoholism. In: GOODWIN, D. W.; DUSEN, U.; TEASDALLE, T.W.; MEDNICK, S.A. **Longitudinal Research in alcoholism**. Boston: Nijhoff, 1984, p.107-122.

KOPPITZ E. M. **Psychological evolution of children's human figure drawings**. New York; Grune Stration, 1968.

LERNER, J. V.; VICARY, J. R. Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study. **Jornal of Drug Education**, v.14, p.1-8, 1984.

MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure: a method of personality investigation.** Springfield, III: C. Thomas, 1949.

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

MARQUES S.L., PASIAN S. R., FRANCO M.A. P., PANOSSO I. R., VIANA A. B., OLIVEIRA D. A., Fidedignidade do sistema Goodenough de avaliação cognitiva: uma visão do contexto atual. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7,nº 1, p.57-64, 2002.

MARSDEN, D. & OWENS, D. The Jerkyl and Hyde marriage. New Soc. London, may 8, p.333-5, 1975. In: WILSON, C.; ORFORD, J. Children of alcoholics: report of a preliminary study and comments on the literature. **J. Stud. Alcohol**, New Jersey, v.39, p.121-142, 1978.

MASTEN A. A.; COATSWORTH, J. D. Development of competence in Favorable and Unfavorable Environments. **American Psychologist**, Minnesota, v.53 n. 2 p.205-220, fev., 1998.

MERIKANGAS, K. R. et al. Depressives with secondary alcoholism: Psychiatric disorders in offspring. **Journal of studies on Alcohol**, v. 46, p. 199-204, 1985.

MILLER; LANG Children of alcoholics: A 20-Year longitudinal study. **Social Work Research and Abstracts**, v.13, p. 23-29, 1977.

MOREIRA, A. A. A. **O espaço do desenho: A educação do educador.** São Paulo, 2.ed., Loyola, 1987.

MOOS, R.; BILLINGS, A. Children of alcoholics during the recovery process: alcoholic and matched control families. **Addictive Behaviors**, Brunswick, v.7, p.155-63, 1982.

MULDER, R.T. Alcoholism and personality. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Australian, v.36, n.1, p. 44-50, 2002.

MYLANT, M., IDE, B., CUEVAS, E., MEELHAN M., Adolescent children of alcoholics: vulnerable or resilient? **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v.8, n.2, p.57-64, 2002.

PROJETO CONHECER-UNESP-Universidade Estadual de São Paulo. Introdução à problemática do álcool, 2002. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/conhecer/apostilas/problematICA2.html>>. Acesso em :20 de fev. 2004.

RAMON, F. V. Disfunción en el ciclo familiar: Abuso del alcohol y sus consecuencias en la familia. **Acta Psicol. Amer. Latina**, v. 34, n.3, p.223-229, 1988.

RUTTER, D.R, & DURKIN, K. Psychosocial Resilience and Protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association**, New York, v.57, p.316-331, 1987.

RUTTER, M. **Changing youth in a changing society** Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1980.

SARTI, M. H. C. Estudo normativo dos itens evolutivos e indicadores emocionais de Koppitz, e índice de ansiedade de Handler, em desenhos da figura humana de escolares de Ribeirão Preto. (1999) 286f. Tese de Doutorado- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

_____ REIS. C.G., JACQUEMIN A., Dados preliminares da avaliação do desenho da figura humana (DFH) através da técnica de Koppitz (1968), para os indicadores emocionais (IM), nível de maturidade mental (NMM), e da técnica de Handler (1967), para os indicadores de ansiedade (IA), em escolares de 7 a 12 anos, da rede pública de ensino em Ribeirão Preto. In: ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE RORSCHACH, Sociedade Brasileira de Rorschach, **Programa e Resumos**, Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Rorschach, p.79, 1996.

SAMEROFF, A. J. Neo-environmental perspectives on developmental theory. In: HODAPP, R. M.; BURACK, J. A.; ZIGLER, E.; **Issues in the developmental approach to mental retardation** . New York, Cambridge, p.93-111, 1990.

SEILHAMER, R. A. & JACOB, T. A family factors and adjustment of children of alcoholics: In: WINDLE, M; SEARLES, J. S. **Children of alcoholics: Critical Perspectives**, New York: Guilford Press, p.168-186, 1990.

SILVA, RIBEIRO I. **Alcoolismo e abusos de substâncias psicoativas tratamento, prevenção e educação.** São Paulo: Vetor, 2000.

SILVA, M. R. S. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSÉN, I. MARCON, S. S., SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença,** Maringá, Eduem, 2002.

SILVARES, E. F. M. O papel preventivo das Clínicas Escola de Psicologia em seu atendimento a crianças. **Teoria em Psicologia,** v.2, p.87-97, 1993.

SCANNICKY – MYLANT, M. L. The process of coping among young adult children of alcoholics. **Issues in Mental Health Nursing,** Washington, v.11, n.2, p.125-139, 1990.

SHER, K. J. et al. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology,** v.100, p.427-448, 1991.

VIEIRA, J. L & VELLOSO, B. Movidos a álcool. **Revista Época,** São Paulo, Ed. Globo, nº. 241, p.50-54, 2002.

_____. FERNANDES, N. A grande Ressaca. **Revista Época,** São Paulo, Ed. Globo, n.241, p.55-57, 2002.

WEST, M. O. & PRINS, R. J. Parental alcoholism and childhood psychopathology. **Psychological Bulletin,** v.102, p. 204-218, 1987.

WILSON, C.; ORFORD, J. children of alcoholics: Report of a preliminary study and comments on the literature. **Journal Studies Alcohol**, New Jersey, v.39, p.121-142, 1978.

WOODSIDE, M. Children of alcoholic parents: Inherited and psychosocial influences. **Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation**, v.5, p.531-537, 1983.

ZANOTI-JERONYMO, D. V. Autoconceito, desempenho escolar e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. (2003) 86f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

APÊNDICE – A:

Roteiro de identificação da mãe (questões de 1 a 6)
Perg. Do instrumento CAGE (questões 15,17,19,21)
Critério de classificação sócio-econômico (questões 7 a 9)

QUESTIONÁRIO

1. Nome: _____ Idade: _____ anos.
2. Cor: () amarelo () branco () Moreno () negro
3. Estado civil atual:
() solteira () casada () viúva () amasiada () outro
4. Religião: () católica () protestante () evangélica () espírita
5. Você pratica sua religião? () sim () não
6. Ocupação: _____
7. Nível educacional:
() 3º grau completo () 3º grau incompleto () 2º grau completo () 2º grau incompleto () 1º grau completo () 1º grau incompleto () nenhuma escolaridade
8. Qual é aproximadamente sua renda familiar?
() menos de 1 salário mínimo () de 1 a 5 salários mínimos () de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 salários mínimos () não sei
9. Condições de moradia;
- a) Casa: () própria () alugada () cedida () individual
() coletiva () madeira () alvenaria
- b) Quantos cômodos possui a casa? _____
- c) Possui energia elétrica? () sim () não
- d) Possui saneamento básico? () água encanada () esgoto encanado
- e) Possui banheiro? () sim () não () quantos
() Vaso sanitário () fossa sanitária
() individual () coletivo
- f) Quantas pessoas moram na casa? ()
- g) Qual destes itens você possui?

	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Automóvel					
Empregada doméstica					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete					
Geladeira					
Freezer					

10. Você já experimentou, pelo menos uma vez na vida cigarro?

- sim não não sei
 fumante não fumante

11. Você já experimentou, pelo menos uma vez na vida bebida alcoólica sem orientação médica ou outro profissional?

- sim não não sei

12. Você considera seus hábitos alimentares saudáveis?

- sim não Explique
-

13. Você tem ou já teve algum problema de saúde?

- sim não qual? _____

14. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarro ou parar de fumar?

- sim não

15. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

- sim não

16. As pessoas o aborrecem porque criticam os eu modo de fumar?

- sim não

17. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

- sim não

18. você se sente culpado pela maneira com que costuma fumar?

- sim não

19. Você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

- sim não

20. Você costuma fumar pela manhã para diminuir o nervosismo?

- sim não

21. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo?

- sim não

APÊNDICE – B:

Escala comportamental infantil A2 de Rutter

Questionário para ser preenchido pelos pais

Nome da criança _____ Data de nascimento: _____ Sexo _____
 Escola _____ Série _____
 Endereço: _____
 Profissão do pai: _____ Escolaridade do pai: _____
 Profissão da mãe: _____ Escolaridade da mãe: _____

Como preencher o questionário

O questionário pergunta sobre vários tipos de comportamento que a maioria das crianças apresentam em algumas ocasiões. Por favor, dê as respostas, conforme seu filho tem sido durante os últimos 12 meses.

Problemas de saúde

Abaixo está uma lista de pequenos problemas de saúde que a maioria das crianças têm em algumas ocasiões. Por favor, diga-nos com que frequência cada um desses problemas ocorre com seu filho, fazendo uma cruz no círculo correto.

	Nunca	Ocasional. Mas ñ chega a ocorrer 1 Veiz p. semana	Pelo menos uma vez por semana	Apenas p. uso do docente
A Tem queixas de dores de cabeça.....	()	()	()	()
B. Tem dor de estômago ou vômito.....	()	()	()	()
C. Asma ou crises respiratórias.....	()	()	()	()
D. Faz xixi na cama ou nas calças.....	()	()	()	()
E. Faz coco na roupa.....	()	()	()	()
F. Fica mal humorado e nervoso (isto é, fica irritado, Grita e perde completamente o humor).....	()	()	()	()
G. Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola	()	()	()	()
H. “Mata” ou enforca aula.....	()	()	()	()

HÁBITOS. Por favor, coloque uma cruz no círculo da resposta correta.

- I. Ele (ela) gagueja?.....() Não () Sim moderadamente () Sim severamente
- II. Há alguma outra dificuldade com a fala além da gagueira? () Não () Sim moderada () Sim severa
 Se sim, por favor descreva a dificuldade.....

- III. Ele (ela) costuma roubar ou então pegar coisas dos outros às escondidas? () Não () Sim moderada () Sim severa

Se sim (ocasionalmente ou freqüentemente), o que ele costuma pegar?

- Coisas pequenas como canetas, doces, brinquedos, pequenas quantidades de dinheiro, etc.
 Coisas grandes
 Tanto coisas pequenas como grandes

Ele pega as coisas:

- Na sua própria casa
 Em outros lugares
 Tanto em cãs como em outros lugares

ele costuma pegar essas coisas:

- Sozinho, sem ajuda de ninguém
 Junto com outras crianças ou adultos
 Algumas vezes sozinho, algumas vezes com o outras pessoas

IV. Há qualquer dificuldade de alimentação? Não Sim moderada Sim severa

Se sim como é?

- “Faz onda “ e “fica enrolando” para comer
 não come o suficiente
 come em excesso
 outra, por favor descreva.....

V. Há qualquer dificuldade com o sono? Não Sim moderada Sim severa

Se sim, marque quais são:

- Tem dificuldade para ir dormir Range os dentes enquanto dorme
 Tem dificuldade em pegar no sono Anda dormindo
 Tem dificuldade para acordar cedo de manhã Tem pesadelos(sonhos que perturbam)
 Acorda durante a noite Tem medo de escuridão
 Fala dormindo De madrugada fica muito agitado, assustado,
 Bate a cabeça enquanto dorme gritando de pavor

outra, por favor descreva:

VI. A criança tem medo de alguma coisa (de algum..... Não Sim moderada Sim severa
 objeto, pessoa ou situação?)

Se sim, por favor descreva:

VII. A criança apresenta algum movimento repetitivo

do corpo ou do rosto ou tem tiques?..... Não Sim moderadamente Sim severamente

Se sim, quais?

- Piscar os olhos
 Repuxar a cabeça
 Repuxar a boca
 Contornar o nariz
 Contornar o braço
 Outro, por favor descreva:

Abaixo está uma série de descrições de comportamentos apresentados muitas vezes pelas crianças. Diante de cada afirmação tem três colunas- Não se aplica, Se aplica um pouco com certeza. Se seu filho (ou filha) categoricamente apresenta o comportamento descrito pela afirmação , coloque uma cruz no círculo embaixo do “Se aplica com certeza”. Se ele (ou ela) apresenta o comportamento descrito pela afirmação mas em grau menor freqüentemente, coloque uma cruz sob “Se aplica em pouco”. “Se, conforme você está ciente,s eu filho não apresenta o comportamento, coloque uma cruz embaixo de “Não se aplica”.

Por favor coloque uma cruz diante de cada afirmação

AFIRMAÇÃO	Não se aplica	Se aplica um pouco	Se aplica com certeza	Apenas uso doc.
1. Muito agitado, tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo.....()	()	()	()	()
2. Criança impaciente, irriquieta.....()	()	()	()	()
3. Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros... ()	()	()	()	()
4. Briga freqüentemente ou é extremamente briguento com outras crianças()	()	()	()	()
5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças....()	()	()	()	()
6. Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo.....()	()	()	()	()
7. Tende a ser uma criança fechada- um tanto solitária.....()	()	()	()	()
8. Irritável. Rapidamente “perde as estribeiras”.....()	()	()	()	()
9. Freqüentemente a criança parece estar tristonha, infeliz ou angustiada.....()	()	()	()	()
10. Chupa freqüentemente os dedos.....()	()	()	()	()
11. Roe freqüentemente as unhas ou os dedos.....()	()	()	()	()
12. Muitas vezes é desobediente.....()	()	()	()	()
13. Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos (isto é, fica muito pouco tempo ligado em uma atividade).....()	()	()	()	()
14. Tende a ter medo ou receio de coisas ou sit. Novas.....()	()	()	()	()
15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular....()	()	()	()	()
16. Muitas vezes fala mentira.....()	()	()	()	()
17. Maltrata outras crianças.....()	()	()	()	()
18. Fala palavrões , nomes feios.....()	()	()	()	()
19. É uma çç. m. agarrada à mãe e que tenta manter-se s.p.da mãe.()	()	()	()	()
20. Fica acanhada , tímida e se retrai na pres. Pessoas p. conh. ()	()	()	()	()
21. É uma criança insegura a que n. t. confiança em si mesma.()	()	()	()	()
a. Existem outros problemas.....() Não				() Sim
Se “sim”, quais?				
b. A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico?.....() Não				() Sim
c. Os senhores consideram que seu (sua) filho (a) está necessitando de atendimento psicológico ou psiquiátrico.....() Não				() Sim

Assinatura : Sr. Sra.....

APÊNDICE – C:

Documento de Aprovação do comitê de ética em pesquisa da escola de enfermagem de Ribeirão Preto



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0074/2003

Ribeirão Preto, 03 de junho de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 51ª Reunião Extraordinária, realizada em 28 de maio de 2003.

Protocolo: n° 0366/2003

Projeto: Maturidade Emocional e Avaliação Comportamental de Crianças Filhas de Alcoolistas

Pesquisadores: ANA MARIA PIMENTA CARVALHO (Orientadora)

JOSEANE DE SOUZA (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Maria Suly Aguiar
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof.ª Dr.ª Ana Maria Pimenta de Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

APÊNDICE – D:

Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Meu nome é Joseane de Souza, sou psicóloga, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, pretendo realizar a pesquisa fazendo uma nova análise dos questionários respondidos pelo senhor(a) e pelos desenhos realizados pelo seu (sua) filhos (a), que foram parte do estudo de Daniela D. Z. Jeronymo realizado entre 2001 e 2002. Aquele estudo tinha como objetivo conhecer as crianças que convivem com o problema do alcoolismo do pai em relação a como se comportam no dia-a-dia e quais são suas reações emocionais.

Este objetivo é mantido no presente estudo, entretanto a análise que irá ser feita é mais elaborada, mais detalhada do que a que foi feita no estudo anterior. Para este estudo volto a solicitar sua autorização para utilizar o material que foi produzido pelo senhor (a) e pro seu (a) filhos(a).

Lembro que não haverá nenhuma nova solicitação para o senhor (a) e seu (a) filhos(a) responderem nenhum questionário ou entrevista. Assim não haverá custo, nem prejuízo na sua participação. Peço então sua autorização para utilizar o material coletado e que está arquivado co a Profa. Daniela V. Z. Jeronymo. Informo que o senhor (a) não é obrigado a participar da pesquisa.

Caso queira entrar em contato comigo, após a realização do estudo ou a qualquer momento, para solicitar esclarecimento aí está o número do meu telefone: 624-1812. Meu endereço é R. Sorocaba nº 465, Bairro Bonsucesso- Guarapuava – PR.

Considerando as questões acima:

Eu, _____

responsável por, _____

Autorizo a utilização dos questionários respondidos por mim e dos desenhos que foram feitos pro meu filho (a) para o presente estudo.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do coordenador: _____

Assinatura da criança: _____

Data: _____

APÊNDICE – E:

Tabelas referentes aos resultados

1.Desenho da Figura Humana

Tabela 1. Mostra os resultados obtidos pelos sujeitos dos dois grupos em termos de média, desvio padrão, mediana, amplitude de variação.

Tabela.1 Resultados dos dois grupos na escala evolutiva do DFH

Sujeitos	Média	Desvio padrão	Mediana	Amplitude de Variação
FA	18,7	2,27	19	14-23
FNA	18,95	2,30	19	15-22

Dados descritivos relacionados aos escores brutos da Escala Emocional do DFH, são exibidos na tabela 2.

Tabela.2 Resultados dos grupos na escala emocional do DFH

Sujeitos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Amplitude de variação

FA	17,9	2,10	18	14-22
FNA	19,1	2,49	19,5	15-23

Quadro 1. Síntese da incidência dos Indicadores emocionais dos grupos de FA e FNA.

Indicadores emocionais	FA			FNA		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1. Interg. pobre das partes	0	2	2	0	0	0
2. Sombreamento do rosto	1	0	1	1	0	1
3. Som. Corpo e membros	1	0	1	1	0	1
4. Som. Das mãos/pescoço	0	0	0	1	0	1
5. Assimetria grosseira	3	1	4	3	2	5
6. Figura inclinada	1	0	1	0	0	0
7. Figura pequena	4	4	8	3	2	5
8. Figura grande	0	0	0	0	1	1
9. Transparência	2	0	2	2	0	2
10 Cabeça grande	4	10	14	4	9	13
11. Olhos cruzados	0	2	2	0	0	0
12. Dentes	0	1	1	0	0	0
13. Braços curtos	0	8	8	0	2	2
14. Braços compridos	1	1	2	1	1	2
15. Braços colados	2	2	4	2	0	2
16. Mãos grandes	1	0	1	1	0	1
17. Mãos cortadas	1	0	1	1	1	2
18. Pernas fechadas	2	1	3	2	1	3
19. Genitais	0	0	0	0	0	0
20. Figura monstruosa	1	0	1	1	0	1
21 Três ou mais fig. desenhadas	1	0	1	1	0	1
22. Nuvens	0	0	0	0	0	0

Total	25	32	57	24	19	43
-------	----	----	----	----	----	----

2. Tabelas da Escala Comportamental de Rutter A2

Os dados descritivos relacionados da Escala Comportamental de Rutter A2 são exibidos na tabela 3.

Tabela.3 Distribuição da comparação dos sujeitos FA e FNA dos escores totais da Escala comportamental de Rutter A2

Sujeitos	Mediana	Amplitude de variação	Média	Desvio Padrão
FA	16,5	10-39	19,5	8,25
FNA	8	3-28	10,05	5,96

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos FA e FNA segundo Escala Comportamental de Rutter A2.

Sujeitos	ECI/Fatores	Média	Desvio padrão	Mediana	Ampl. Var.
FA	Saúde	2,3	1,45	2	0-5
	Hábitos	1,95	1,50	2	0-4
	Comportam.	15,25	7,44	14	5-31
	Total	19,5	8,25	16,5	10-39
FNA	Saúde	1,55	1,28	1	0-4
	Hábitos	1,5	1,50	1	0-5
	Comportam.	7,0	4,60	6	1-19
	Total	10,05	5,96	8	3-28

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos dos dois grupos em relação aos escores brutos da Escala Comportamental de Rutter A2

Escore brutos	< 16		≥ 16		Total	
	F	P	F	P	F	P
FA	09	.45	11	.55	20	1.00
FNA	17	.85	03	.15	20	1.00
Total	26	.75	14	.25	40	1.00

Tabela 6: Correlação dos resultados do Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) entre os resultados da Escala Infantil de Rutter A2.

Crianças	Convergência				Divergência			
	Rutter ≥ 16		Rutter < 16		Rutter ≥ 16		Rutter > 16	
	DFH-P < 25		DFH 25 < P < 75		DFH 25 < P < 75		DFH - P < 25	
	Masc.	Femin.	Masc.	Femin.	Masc.	Femin.	Masc.	Femin.
FA	02	03	06	03	02	03	0	01
Porcentagem	10%	15%	30%	15%	10%	15%	0%	5%
FNA	01	0	06	07	01	01	02	02
Porcentagem	5%	0%	30%	35%	5%	5%	10%	10%
Total	03	03	12	10	03	04	02	03

Avaliações são proporcionalmente convergentes. Mães de crianças filhas de alcoolistas identificaram mais problemas nos filhos do que as FNA. Mães de FA percebem mais

problemas do é exibido nos desenhos ao contrário das mães dos filhos de não-alcoolistas que as crianças demonstraram mais problemas e as mães identificam menos. FNA na ausência de problemas tem mais convergência.

Tabela 7 - Respostas das mães na sub-escala comportamento relativos às alternativas “aplica-se com certeza”.

Sub-escala Comportamental	Masculino		TOTAL	Feminino		TOTAL
	FA	FNA		FA	FNA	
1. Muito agitado, dific. Permanecer sentado por muito tempo	07	03	10	04	0	04
2. Cç. Impaciente, irrequieta	06	02	08	05	0	05
3. Muitas v. destroe suas próprias coisas com os outros	02	01	03	02	0	02
4. Briga freq. ou é extrem. briguento	0	0	0	04	0	04
5. Não é uma criança m. querida pelas outras	0	0	0	0	0	0
6. Fica facil. Preocupado com tudo	02	02	04	03	02	05
7. Tente a ser criança fechada um tanto solitária	01	0	01	0	01	01
8. Irritável. Rapidamente perde as estribeiras	04	04	08	06	01	07
9. Freq. a criança parece tristonha, nf./ angustiada	0	0	0	0	0	0
10. Chupa freqüentemente os dedos	01	0	01	0	0	0
11. Roe freqüentemente as unhas ou os dedos	03	01	04	03	01	04
12. Muitas vezes é desobediente	02	02	04	05	0	05
13. Não consegue permanecer na atividade por + tempo	03	03	06	02	0	02
14. Tem medo ou receio de coisas novas ou situações	01	01	02	02	0	02
15. Cç. dificel comp. Ou muito particular	0	0	0	03	0	03
16. Muitas vezes fala mentira	01	0	01	02	0	02
17. Maltrata outras crianças	0	0	0	01	0	01
18. Fala palavrões, nome feio	02	0	02	03	0	03
19. É uma criança muito agarrada à mãe	05	07	12	08	04	12
20. Acanhada, tímida e se retrai	06	02	08	03	01	04
21. Criança insegura que não tem confiança em si	03	02	05	03	01	04