

CLÁUDIA SILVEIRA TONDOWSKI

**PADRÕES MULTIGERACIONAIS DE VIOLÊNCIA
FAMILIAR ASSOCIADA AO ABUSO DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS: UM ESTUDO COM GENOGRAMA**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para
a obtenção do título de Mestre em Ciências

São Paulo
2008

CLÁUDIA SILVEIRA TONDOWSKI

**PADRÕES MULTIGERACIONAIS DE VIOLÊNCIA
FAMILIAR ASSOCIADA AO ABUSO DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS: UM ESTUDO COM GENOGRAMA**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para
a obtenção do título de Mestre em Ciências

ORIENTADORA:

Profª Drª ANA REGINA NOTO

CO-ORIENTADORA:

Profª Drª ZILA VAN DER MEER SANCHEZ

São Paulo

2008

Tondowski, Cláudia Silveira

Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: Um estudo com genograma. / Cláudia Silveira Tondowski. - São Paulo, 2008.

xxi, 96.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Multigenerational patterns of family violence associated with alcoholic beverages: a genogram study.

1. Abuso de Álcool.
2. Violência Familiar.
3. Família.
4. Genograma.
5. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

CLÁUDIA SILVEIRA TONDOWSKI

**PADRÕES MULTIGERACIONAIS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR ASSOCIADA
AO ABUSO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS: UM ESTUDO COM GENOGRAMA**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Olivier Sudbrack

Prof^a. Dr^a. Marina Pereira Gomes

Aprovada em: 20/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA

Chefe de Departamento:

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação:

Maria Gabriela Menezes de Oliveira

Esta tese foi realizada no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina -, Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas (DIMESAD), com o apoio financeiro da *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP, bolsa de Mestrado, processo 06/58585-0; Auxílio à Pesquisa processo 02/11918-4) e com o apoio institucional do *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas* (CEBRID) e da *Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia* (AFIP).

Ao Dico, meu amor, que me incentivou, acreditou em mim e, com seu carinho e bom humor, compartilhou comigo os momentos de alegrias, as conquistas, e ajudou a tornar meus dias e meu caminho mais plenos.

*À minha família de origem, que me ensinou a enfrentar a vida e contribuiu
para que eu me tornasse quem sou.*

À Ana Regina Noto, minha orientadora, que com seu carinho, cuidado e dedicação, foi capaz de me acolher e orientar em questões acadêmicas e pessoais, que se dispôs a dividir comigo os momentos de angústia, de alegria e descobertas.

A todas as pessoas que se dispuseram a dividir sua história comigo e enriqueceram tanto meu trabalho e minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Zila van der Meer Sanchez**, minha co-orientadora e amiga, pela paciência e dedicação com que ajudou a conduzir meu trabalho e pelas longas conversas em momentos de angústia e alegria.

À **Eroy Silva**, por dividir comigo seu riquíssimo conhecimento em terapia familiar e genograma, e pela enorme contribuição, além dos divertidíssimos momentos de descontração que me proporcionou.

À **Yone Moura**, amiga querida, pelos indispensáveis cafés no fim da tarde, pelas palavras amigas em todos os momentos, pela companhia e enorme contribuição.

À **Marcinha Pimenta**, por estar sempre por perto, com seu jeito doce e sua capacidade de me compreender apenas com um olhar.

Ao **Arlton Martins Fonseca**, meu amigo e companheiro de estudo, pelas longas horas de trabalho e seu jeito sempre confiante, que me ajudou em muitos momentos.

Aos amigos e **companheiros de pós-graduação**, Andréa (Deinha), Laisa, Laura, Luciana, Luzinha Abeid, Melina, Michaela, Tatiana, Tharcila, Thiago e Vânia por dividirem esse momento comigo e por sua amizade, que tornou minha jornada muito mais rica e agradável.

Aos queridos **amigos do CEBRID**, Claudinha, Danilo, Emérita e Murilo, pelas agradabilíssimas horas de estudo, o apoio, os momentos de descontração compartilhados e por sua presença constante que foi sempre tão encorajadora.

Aos **amigos da UDED** (Unidade de Dependência de Drogas), Prof^a Dr^a Denise De Micheli, Iracema, Bia, Keith, Beth, Mara, Marcia, Ana Maria, por viabilizarem a execução de parte do trabalho, e pela atenção e carinho de sempre!

À Prof^a Dr^a **Maria Lucia O. S. Formigoni**, por estar sempre pronta a ajudar quem bater à porta da sua sala, com atenção e competência indiscutíveis, e pela contribuição ao trabalho.

Ao Prof. Dr. **José Carlos Fernandes Galduróz**, por ter me recebido sempre tão prontamente todas as vezes que o procurei, por compartilhar seu conhecimento e pela contribuição ao trabalho.

À Prof^a Dr^a **Solange A. Nappo**, pelo sorriso e atenção com que sempre me recebeu, pela disponibilidade para discutir e compartilhar seu conhecimento e pela contribuição ao trabalho.

Ao **Prof Carlini** por estar sempre disposto a dividir seu conhecimento e experiência com quem o procurar.

Aos **funcionários do CEBRID**, Marlene, Jane, Mara, Pat, Aline, Marcia e Herbert por estarem sempre dispostos a ajudar a todos, com alegria e competência, e pelas deliciosas conversas!

À **Nereide** e à **Cris**, por permitirem, com sua competência, dedicação e paciência, que nosso trabalho se concretize. Sem vocês, sem dúvida, tudo ficaria muito mais difícil!

Aos **funcionários do Departamento**, da secretaria, serviço de apoio e portaria, que estão sempre prontos a ajudar ou simplesmente oferecer um sorriso!

Às **entrevistadoras** que compuseram a equipe durante o projeto inicial: Laisa, Laura, Melina, Marcia, Paula e Vanessa.

À **FAPESP** pelo apoio financeiro, que permitiu que eu me dedicasse ao mestrado.

*Sim, sou eu mesmo, tal qual resultei de tudo,
Espécie de acessório ou sobressalente próprio,
Arredores irregulares da minha emoção sincera,
Sou eu aqui em mim, sou eu.*

*Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou.
Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me forma.
Quanto amei ou deixei de amar é a mesma saudade em mim.*

*E, ao mesmo tempo, a impressão, um pouco inconsequente,
Como de um sonho formado sobre realidades mistas,
De me ter deixado, a mim, num banco de carro elétrico,
Para ser encontrado pelo acaso de quem se lhe ir sentar em
cima.*

*E, ao mesmo tempo, a impressão, um pouco longínqua,
Como de um sonho que se quer lembrar na penumbra a que se
acorda,
De haver melhor em mim do que eu.*

Sim, ao mesmo tempo, a impressão, um pouco dolorosa,

*Como de um acordar sem sonhos para um dia de muitos
credores,*

De haver falhado tudo como tropeçar no capacho,

De haver embrulhado tudo como a mala sem as escovas,

De haver substituído qualquer coisa a mim algures na vida.

Baste! É a impressão um tanto ou quanto metafísica,

*Como o sol pela última vez sobre a janela da casa a
abandonar,*

*De que mais vale ser criança que querer compreender o
mundo -*

A impressão de pão com manteiga e brinquedos

De um grande sossego sem Jardins de Prosérpina,

*De uma boa vontade para com a vida encostada de testa à
janela,*

Num ver chover com som lá fora

E não as lágrimas mortas de custar a engolir.

Baste, sim baste! Sou eu mesmo, o trocado,

O emissário ser carta nem credenciais,

O palhaço sem riso, o bobo com o grande fato de outro,

A quem têm as campainhas da cabeça

Como chocalhos pequenos de uma servidão em cima.

Sou eu mesmo, que remédio!...

Fernando Pessoa - Álvaro de Campos (6-8-1931).

Lista de abreviaturas

AA - Alcoólicos Anônimos

AV - Abuso/dependência de álcool e violência familiar

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GABA - Ácido Gama-aminobutírico

5-HIAA - Ácido 5-hidroxi-indol-acético

5-HT - 5 hidroxi-triptamina (serotonina)

OMS - Organização Mundial da Saúde

SNC - Sistema nervoso central

UDED - Unidade de Dependência de Drogas

UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

WHO - World Health Organization

Resumo

INTRODUÇÃO: Embora cerca de metade dos casos de violência familiar aconteçam em situações de uso de bebidas alcoólicas, são raros os estudos sobre padrões familiares da associação entre esses dois fenômenos. O objetivo deste trabalho foi estudar os padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, por meio do genograma de autores e vítimas desse tipo de violência. **METODOLOGIA:** A amostra foi intencional, composta (até a saturação teórica) por 23 vítimas e 19 agressores com histórico multigeracional de violência associada ao álcool. Foram realizadas entrevistas individuais e anônimas, para a construção do genograma de três gerações, e aplicação de um roteiro com foco no tipo de violência, padrão de consumo de álcool, relações e crenças familiares. O conteúdo das entrevistas foi gravado e submetido a uma análise de conteúdo. **RESULTADOS:** A análise dos genogramas indicou a preponderância de casos de abuso/dependência de álcool e violência (AV), como comportamentos associados, bem como mostrou a ocorrência de padrões multigeracionais envolvendo a associação álcool-violência (AV), sendo os mais freqüentes por linha direta de parentesco (pai/filho) e por meio de casamento. Foi possível observar vários aspectos das relações familiares reproduzidos ao longo das gerações, como o tipo de violência, etapas do ciclo vital familiar e reação à violência. Crenças familiares, como a de que o álcool causa ou justifica a violência, e sobre a indissolubilidade do casamento, parecem minimizar a responsabilidade de agressor e favorecer a reincidência da violência por prolongado período de tempo. **CONCLUSÕES:** Os resultados confirmam a reprodução multigeracional

da violência familiar associada ao abuso de bebidas, com influência de aspectos culturais, crenças e valores familiares. Concluiu-se a importância de estratégias de intervenção para prevenir a repetição multigeracional do comportamento.

Palavras chave: abuso de álcool, violência familiar, família, genograma, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Sumário

Dedicatória -----	vi
Agradecimentos -----	x
Lista de abreviaturas -----	xvi
Resumo -----	xvii
1. Introdução -----	01
1.1. Família e padrões multigeracionais -----	02
1.2. Genograma -----	04
1.3. Família e consumo de álcool -----	05
1.3.1. Abuso e dependência do álcool -----	07
1.3.2. Farmacologia e neurobiologia do álcool -----	09
1.4. Violência familiar -----	10
1.4.1. Bases biológicas da violência -----	14
1.5. Epidemiologia da violência associada ao consumo de álcool -----	15
1.6. Transmissão multigeracional dos comportamentos de abuso de álcool e violência -----	16
2. Objetivos -----	18
3. Metodologia -----	20
3.1. Considerações sobre o projeto inicial -----	21
3.2. Amostra -----	23
3.2.1. Critérios de inclusão na amostra -----	23
3.2.2. Obtenção e tamanho da amostra -----	24
3.3. Genograma e entrevistas semi-estruturadas -----	25
3.4. Análise dos dados -----	26
3.4.1. Análise do genograma -----	26

3.4.2. Análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas -----	27
3.5. Consistência interna dos dados -----	29
3.6. Ética -----	29
4. Resultados -----	30
4.1. Análise dos genogramas -----	31
4.1.1. Padrão em linha direta de parentesco -----	32
4.1.2. Padrão de casamentos(s) -----	33
4.1.3. Outros padrões: irmãos, re-casamentos -----	34
4.1.4. Padrões menos freqüentes -----	34
4.2. Análise das entrevistas -----	35
4.2.1. Consumo de álcool -----	35
4.2.2. Violência familiar -----	37
4.2.3. Reação dos familiares à violência -----	41
4.2.4. Estágios do ciclo vital familiar -----	42
4.2.5. Possibilidade de romper o padrão -----	43
4.2.6. Crenças -----	44
4.2.7. Procura por ajuda para interromper a relação AV -----	49
5. Discussão -----	51
5.1. Ocorrência de casos e padrões multigeracionais -----	52
5.2. Relações familiares e repetição multigeracional -----	55
5.3. Crenças familiares e transmissão multigeracional -----	59
5.4. Alternativas para romper o padrão multigeracional: prevenção e tratamento -----	61
5.5. Limitações do estudo -----	63
5.6. Considerações finais e perspectivas para futuras pesquisas -----	64
6. Conclusões -----	67

7. Anexos -----	70
8. Referências -----	82
9. Abstract -----	95

1. Introdução

1.1. Família e padrões multigeracionais

Embora existam muitas definições de **família**, é comum a referência deste grupo como o primeiro ao qual o ser humano pertence. De acordo com a Teoria Geral dos Sistemas, a família é considerada como um **sistema**, ou seja, um grupo de pessoas que estão ligadas por laços biológicos, legais, culturais e/ou emocionais, e que têm história e perspectiva de futuro comuns. Essas pessoas constituem um sistema de relações significativas, no qual seus membros são **interdependentes**, ou seja, a mudança de comportamento/funcionamento em um membro repercute nos demais e no sistema familiar como um todo (McGoldrick et al 2008; Cerveny, 1994; Seixas, 1992).

O termo **família de origem** inclui o indivíduo, seus pais e avós, numa ascendência progressiva. As novas famílias, que se formam a partir de uniões nas gerações mais recentes, são denominadas **famílias constituídas**. Estas recebem forte influência dos valores, crenças, normas, vínculos e relações estabelecidas ao longo dessas gerações anteriores, que constituem o **legado familiar** (Krom, 2000; Cerveny, 1994).

As famílias constituídas tendem a repetir alguns padrões de comportamento de sua família de origem, isto é, o que acontece em uma geração freqüentemente se repete na seguinte. Assim, um estilo particular de funcionamento ou de lidar com problemas pode ser transmitido de geração em geração. Estes são denominados **padrões multigeracionais** (McGoldrick, 2008).

Por outro lado, a família, quando pensada num contexto mais amplo, também recebe influência de fatores externos, como por exemplo, fatores culturais, históricos, econômicos e sociais (McGoldrick et al 2008; Krom, 2000; Cerveny, 1994; Bowen, 1978). Dessa forma, o processo de transmissão multigeracional sofre influência dos constantes avanços tecnológicos e culturais, os quais propiciam diferenciações entre pais e filhos. A maneira como os filhos atribuem significado a essas novas perspectivas pode interferir no processo de transmissão do legado familiar. Apesar dessas diferenciações, um aspecto central do conceito de transmissão multigeracional é que a raiz dos problemas mais sérios, assim como os recursos utilizados pela família para lidar com os problemas, são questões que tendem a atravessar gerações (Bowen, 1978).

Cada família apresenta particularidades em relação à sua cultura, aos padrões multigeracionais, aos recursos disponíveis para enfrentar situações de crise, bem como a suas crenças e mitos (Rezende et al, 2003). **Crenças** são convicções íntimas que dão sentido à experiência vivida, lentes através das quais enxergamos o mundo (Walsh, 2003). **Mitos familiares** são conjuntos de crenças partilhados pela família, os quais são formados a partir de sua história e dão origem aos significados que família atribui à vida. Uma das principais funções do mito é o de preservar o legado familiar. Apesar da diversidade de mitos familiares, um dos mais comuns é, por exemplo, o mito da “união familiar”, o qual favorece a coesão entre os membros da família (Krom, 2000; Cerveny, 1994, Andolfi & Angelo, 1989).

1.2. Genograma

Padrões multigeracionais de comportamento podem ser estudados a partir de diversas técnicas, entre as quais o genograma. Esse instrumento é um diagrama, semelhante a uma árvore genealógica, que permite retratar a estrutura familiar, seus padrões de relacionamentos, manutenção de conflitos, bem como reunir dados de sua história e dos indivíduos que a compõem. É, portanto, uma forma gráfica de apresentar informações que permite uma rápida apreensão de complexos padrões familiares e a reflexão de como questões clínicas podem estar ligadas à evolução de problemas e da própria família ao longo do tempo (ver exemplo no anexo 3). A entrevista na qual o genograma é construído pode (e, de preferência, deve) incluir mais de um membro da família, de modo a proporcionar uma visão mais ampla da estrutura e da dinâmica familiar (McGoldrick et al, 2008; Athayde & Gil, 2005).

Esse instrumento tem sido apontado como útil na abordagem familiar, tanto na clínica quanto para pesquisa. Através dele é possível identificar datas, nomes, fatos marcantes e papéis desempenhados por membros da família. Além disso, por incluir dados de várias gerações, permite observar e compreender a transmissão de comportamentos, valores e crenças entre as gerações (Athayde, & Gil, 2005; Helling, & Stover, 2005; Watts, & Shrader, 1998).

O genograma é considerado um bom instrumento para coleta de dados ao longo de entrevistas em profundidade. A organização gráfica da estrutura e dinâmica familiar, ao longo da entrevista, permite uma boa interação

entre entrevistador e entrevistado, além de encorajar este último a contar sua história. Essa riqueza de dados favorece a análise qualitativa da história multigeracional da família (McGoldrick et al, 2008; Helling & Stover, 2005).

O instrumento também possibilita a quantificação de elementos da história familiar e, dessa forma, possui propriedades psicométricas. É possível, portanto, utilizá-lo para estudar a estrutura e o funcionamento familiar, nas perspectivas de pesquisa quantitativa e qualitativa (McGoldrick et al, 2008; Wimbush & Peters, 2000; Fuller et al, 2003; Watts & Shrader, 1998).

1.3. Família e consumo de álcool

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento amplamente difundido na cultura e nas famílias brasileiras. Dados do levantamento domiciliar realizado pelo Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) nas 108 cidades brasileiras com mais de duzentos mil habitantes, no ano de 2005 apontam que 74,6% das pessoas com idade entre 12 e 65 anos já fizeram uso de álcool na vida. A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, numa proporção homens: mulheres de 3:1 (Carlini et al, 2007).

Em relação à etiologia da dependência de álcool, é consenso que inúmeros fatores biológicos, psicológicos e culturais exercem influência tanto para a gênese, quanto para sua manutenção (Formigoni, 2001; WHO, 2000).

Inúmeros estudos com base familiar utilizando gêmeos e filhos adotivos têm demonstrado que características genéticas favorecem a vulnerabilidade à dependência (Hesselbrock et al, 2005; Ball, 2004; Schuckit et al, 2000; WHO, 2000). Apesar desse conhecimento, identificar genes específicos envolvidos no alcoolismo tem sido um desafio, pois não há um padrão mendeliano claro. Contudo, uma revisão da literatura dos últimos vinte anos mostra que recentes avanços tecnológicos e na pesquisa genética molecular permitiram identificar sítios genéticos e estruturas neuronais que podem aumentar a compreensão de como variações genéticas e mecanismos neurobiológicos influenciam o comportamento de dependência dos seres humanos (Ducci & Goldman, 2008).

Estudos também relatam que fatores de risco psicossociais, como a convivência de crianças com pais dependentes de álcool, podem interferir no desenvolvimento infantil e aumentar a vulnerabilidade ao alcoolismo (Figlie et al, 2004; Johnson & Leff, 1999).

Além disso, é possível pensar o abuso/dependência de álcool como um legado familiar, uma vez que esse fenômeno permeia diversas fases do ciclo vital familiar (como, por exemplo, casamento, nascimento dos filhos, mudanças de residência, desemprego, aposentadoria, entre outras), altera a dinâmica da relação entre os membros da família e pode, inclusive, causar um impacto multigeracional (Krestan & Bepko, 1995; Wolin et al, 1980). Dessa forma, o abuso/dependência pode ser compreendido como um padrão familiar, ou seja, um modo particular da família lidar com problemas que se perpetua ao longo das gerações (McGoldrick et al, 1999).

1.3.1. Abuso e dependência do álcool

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (APA, 1994), para que o uso de substâncias de um indivíduo seja considerado **abusivo**, deve ser cumprido algum dos seguintes critérios:

1. *Consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância.*
2. *Uso recorrente em situações nas quais isto representa um perigo físico.*
3. *Uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, na escola ou em casa.*
4. *Problemas recorrentes relacionados a questões legais.*

Já para que um indivíduo seja considerado **dependente** de determinada substância, de acordo com o DSM-IV (APA, 1994), deve haver um padrão mal-adaptativo de uso, que leve a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios em qualquer momento num período de doze meses:

1. *Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:*
 - a) *Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;*

b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

a) Síndrome de abstinência característica para a substância;

b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

3. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

4. A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

5. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

6. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.

7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ela.

1.3.2. Farmacologia e neurobiologia do álcool

O consumo de álcool provoca efeitos distintos, que aparecem em duas fases: uma estimulante, quando ingerido em doses baixas, e outra depressora, quando há um aumento da dose. É o denominado efeito bifásico do álcool. A intensidade dos efeitos varia segundo características pessoais, como peso, hábito de beber, fatores hormonais, genéticos e ambientais. Na fase estimulante, os principais efeitos são: euforia, verborragia, desinibição e sensação de prazer. Já na fase depressora são: lentificação dos reflexos, sonolência, prejuízo da capacidade de raciocínio e concentração, náusea, vômitos, insuficiência respiratória, podendo chegar ao estado de coma e até à morte. Algumas pessoas têm maior sensibilidade ao álcool e, como consequência, podem não experimentar a fase estimulante e sentir apenas os efeitos desagradáveis (Formigoni et al, 2007; Carlini et al, 2001; Pohorecky, 1977).

O mecanismo de ação do álcool não é específico, uma vez que pode gerar efeitos em ampla gama de sistemas de neurotransmissores. Tanto as ações da intoxicação aguda, quanto os efeitos crônicos como tolerância e abstinência, continuam sem ser totalmente compreendidos.

Contudo, o álcool, como droga de abuso, age principalmente sobre as vias mesolímbicas e outras estruturas cerebrais, como núcleo *accumbens* e área tegmentar ventral, as quais fazem parte do denominado sistema de recompensa cerebral. Diversos estudos sugerem que o álcool atua na ampliação da neurotransmissão dos receptores GABA-A (inibitória) e também

na redução da neurotransmissão do receptor do glutamato N-metil-d-aspartato (NMDA) (excitatória). Isto é, a ação do álcool amplia a inibição e reduz a excitação, o que possibilita que seja classificado como depressor do Sistema nervoso central (SNC). O reforço parece ser mediado pelos efeitos que alterações no GABA e no glutamato exercem na liberação de dopamina no sistema dopaminérgico mesolímbico (Formigoni et al, 2007; Stahl, 2000).

Há estudos que relacionam as propriedades farmacológicas do álcool e sua ação nos sistemas de neurotransmissores com o comportamento agressivo. A hipótese é que a intoxicação por álcool afeta determinadas áreas do cérebro responsáveis pela inibição do controle de comportamentos mais primitivos, entre eles o agressivo. Além disso, a capacidade cognitiva também fica prejudicada, o que rebaixa a capacidade do indivíduo compreender situações e processar informações (Chermack & Giancola, 1997).

Os comportamentos agressivos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, quando ocorrem em contextos sociais, podem caracterizar situações de violência. As mais frequentes são as comunitárias e familiares (WHO, 2004).

1.4. Violência familiar

A ***violência familiar*** é definida como “*todo ato ou omissão cometida por um membro da família em uma posição de poder, independente de onde ocorra, que prejudique o bem-estar físico ou a integridade psicológica,*

ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família” (Shrader & Sagot, 2000, p. 10). Esse tema, que antes era tratado como uma questão exclusivamente de segurança, passou nas últimas décadas a ser debatido no campo da saúde e, inclusive, é atualmente considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo todo (Klostermann & Fals-Stewart, 2006; WHO, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência como um fenômeno passível de prevenção e, em sua resolução WHA49.25, recomenda prioridade na abordagem das questões relacionadas à violência, levantando a necessidade de avaliar sua magnitude e suas conseqüências (WHO, 2002).

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), a violência pode ser dividida em três tipos:

1. Auto-dirigida - infligida pelo próprio indivíduo, subdivide-se em suicídio (ideação ou de fato) e auto-mutilação;
2. Interpessoal - infligida por outro indivíduo ou pequeno grupo de pessoas, subdivide-se em:
 - a) Familiar e entre casais (intimate partner violence - IPV) - infligida por cônjuge ou companheiro;
 - b) Comunitária - acontece entre pessoas que podem ou não se conhecer, geralmente fora do ambiente doméstico;
3. Coletiva - é infligida por grandes grupos de pessoas, pelo Estado. Subdivide-se em:
 - a) Social - cometida principalmente por crime organizado, grupos terroristas;

- b) Política - inclui guerras e conflitos violentos;
- c) Econômica - inclui principalmente ataques de grupos motivados por ganhos econômicos, falta de acesso a serviços essenciais e atos semelhantes cometidos por grupos com diferentes motivos.

Em relação à natureza da violência, podem ser destacadas quatro grandes categorias (WHO, 2002):

- Física;
- Sexual;
- Psicológica;
- Privação ou negligência.

Violência física - Ocorre quando alguém em uma situação de poder inflige ou tenta infligir qualquer dano intencional através de força física ou alguma arma, que possa ou não induzir ferimentos externos, internos ou ambos, ou ser prejudicial à auto-estima do indivíduo. São atos cometidos com o objetivo de exercer controle sobre alguém. Tapas, socos, chutes, estrangulamento, atirar objetos, destruição de bens materiais e danos causados a animais de estimação, além de castigos repetidos, mesmo que não sejam severos, são considerados violência física (Shrader & Sagot, 2000; Smith, 2000; Strauss et al, 1996).

Violência sexual - Nesta categoria são incluídas as agressões sexuais, que servem como estratégias de dominação da vítima, como por

exemplo, o uso de força física, coerção ou intimidação psicológica que leve alguém a manter relação ou outro tipo de interação sexual contra sua vontade. Intercurso sexual vaginal, anal ou oral indesejados, abuso sexual infantil, incesto, toques, insinuações e relações emocionais sexualizadas, insistência (sem uso de força) para manter relações sexuais, exposição a material pornográfico, relação sexual forçada diante de outras pessoas (inclusive dos filhos) são considerados violência sexual (Shrader & Sagot, 2000; Smith, 2000; Strauss et al, 1996).

Violência psicológica - Qualquer ato ou omissão que prejudique ou tente prejudicar a auto-estima de alguém, sua identidade ou desenvolvimento. Esta categoria inclui insultos, humilhação, escândalos, chantagem, isolamento da vítima, rejeição, manipulação ameaças, exploração, entre outras, que podem ser verbais ou não (Shrader & Sagot, 2000; Smith, 2000; Strauss et al, 1996).

A **negligência ou privação** diz respeito à falha dos pais em proporcionar o desenvolvimento dos filhos nas áreas de saúde (física e/ou emocional/psicológica), educação, nutrição, além da garantia de condições seguras de vida. Negligência e pobreza são questões bastante distintas, pois esse tipo de violência pode ocorrer em famílias de diferentes condições sócio-econômicas (WHO, 2002).

1.4.1. Bases biológicas da violência

Estudos tanto com animais, quanto com seres humanos têm demonstrado que o aumento dos níveis de dopamina e testosterona, bem como a diminuição da concentração de serotonina (5-HT) e seu principal metabólito (5-HIAA), podem contribuir com o aumento da resposta de comportamento agressivo (Caramaschi et al, 2007; Clotfelter et al, 2007; Birger et al, 2003; George et al, 2001).

Pesquisas com base familiar também têm demonstrado que existe uma correlação genética-ambiente que favorece o desenvolvimento de comportamento agressivo. Além disso, há evidências de que experiências individuais de agressividade podem ser influenciadas por propensões genéticas (Cordeiro et al, 2007; Koenen, 2005).

Outro fator que também pode influenciar no comportamento agressivo é o consumo de álcool. Este atua em diversos sistemas de neurotransmissores, como o dopaminérgico, noradrenérgico e serotoninérgico, de tal modo que pode haver alterações na modulação do humor e, conseqüentemente, do comportamento agressivo (Tracy & Coccaro, 1997; Chermack & Giancola, 1997).

1.5. Epidemiologia da violência associada ao consumo de álcool

Diversos estudos têm evidenciado a importante associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e situações de violência interpessoal (Thompson & Kingree, 2006; Lipsky et al, 2005; Murphy et al, 2005; Brookoff et al, 1997). No Brasil foram realizados dois levantamentos domiciliares. No primeiro, foram pesquisados 2.362 domicílios do Estado de São Paulo e, dentre esses domicílios, em 773 (32,7%) foram informados casos de violência familiar e, em metade (52%) o agressor estava sob efeito de bebidas alcoólicas (Noto et al, 2004). O segundo levantamento teve abrangência nacional e verificou que, dentre os 7.939 domicílios pesquisados, em 2.750 (34,6%) houve casos de violência e, destes, em 42% o agressor estava alcoolizado (Fonseca et al, no prelo, 2008).

Em outro trabalho brasileiro, realizado por Duarte & Carlini-Cotrim (2000), através da análise de processos dos Tribunais do Júri de Curitiba, foi encontrado que 58,9% dos agressores e 53,6% das vítimas estavam sob efeito do álcool no momento da ocorrência.

A violência associada ao abuso de bebidas alcoólicas ocorre em diferentes contextos e, embora os assaltos e as brigas de ruas e de bares ganhem maior visibilidade, os estudos mostram que a violência que ocorre em ambiente familiar também apresenta importante associação como o álcool (Caetano et al, 2001; Brockoff et al, 1997). Vale salientar que, embora a violência familiar seja menos evidente por envolver questões como a negação e o segredo, esse tipo de violência representa um dos principais problemas

médico-legais (Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Panuzio et al, 2006; Smith, 2000; Minayo & Souza, 1999; Azevedo & Guerra, 1998).

Além disso, o número de doses de álcool consumidas parece aumentar o risco de violência entre casais (Bell et al, 2006; Thompson & Kingree, 2006; O'Leary & Schumacher, 2003). De acordo com O'Leary e Schumacher (2003), quando o agressor ingere cinco ou mais doses, há maior probabilidade de ocorrerem episódios mais graves de violência entre casais (IPV).

Embora seja consenso a existência de relação entre consumo de álcool e violência familiar, ainda há muita controvérsia sobre como isso acontece (Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Mears, 2003; Leonard, 2001). São raros os estudos qualitativos que abordam a co-ocorrência desses dois comportamentos.

1.6. Transmissão multigeracional dos comportamentos de abuso de álcool e violência

Estudos sobre o abuso/dependência de álcool e agressividade isolados confirmam a transmissão multigeracional de padrões de ambos os comportamentos.

Existem evidências de que o fato de crianças presenciarem atos de violência entre os pais pode ser um fator de risco importante para a perpetuação da violência nos relacionamentos interpessoais na vida adulta. De

certa forma, padrões disfuncionais de comportamento são aprendidos na família de origem (Craft & Serovich, 2005; Malin et al, 2002). Além disso, como foi mencionado anteriormente, também existe influência de componentes biológicos no comportamento agressivo.

Em relação ao abuso de substâncias, a literatura sugere que esse comportamento possa ser favorecido por uma combinação de fatores de risco aos quais as crianças são expostas (Johnson & Left, 1999). Além da genética e outros fatores biológicos, a transmissão multigeracional parece envolver aspectos do desenvolvimento como, por exemplo, a identificação dos jovens com figuras de referência (Breunlin, Schwartz, & Kune-Karrer, 2000; Bowen, 1978).

Dessa forma, embora haja evidências de padrões multigeracionais para comportamentos isolados de uso abusivo de álcool e violência, faltam estudos sobre a transmissão multigeracional da associação dos dois comportamentos, ou seja, violência familiar associada ao abuso de álcool (Irons, & Schneider, 1997).

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

O presente projeto teve por objetivo estudar os padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, por meio da análise do genograma de três gerações, de autores e de vítimas desse tipo de violência.

2.2. Objetivos específicos:

1. Avaliar a ocorrência da associação dos dois fenômenos estudados, ao longo de três gerações em linha direta de parentesco (pais – filhos – avós).
2. Descrever padrões multigeracionais da associação (abuso de álcool, tipo de violência e características gerais dos familiares envolvidos nas situações).
3. Compreender as crenças, valores e mitos familiares que permeiam a ocorrência dos padrões multigeracionais da associação entre a violência e o abuso de álcool.

3. Metodologia

3.1. Considerações sobre o projeto inicial

O presente estudo teve como ponto de partida um projeto anterior: "Consumo de psicotrópicos associado a situações de violência familiar: um estudo no município de São Paulo", que foi aprovado e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, sob o registro: 02/11918-4). Sendo assim, algumas etapas do estudo foram realizadas nesse projeto inicial.

Em um primeiro momento desse projeto inicial (fase I), foi realizado um mapeamento dos serviços relacionados à violência familiar existentes no município de São Paulo. Foram mapeados e visitados 32 serviços de assistência a casos de violência familiar (identificados por meio da técnica da bola de neve¹), muitos dos quais voltados predominantemente à violência contra a mulher: 9 Delegacias da Mulher, 17 serviços de apoio psicossocial e jurídico (na maioria ONGs) e 6 serviços vinculados a hospitais, ambulatórios e Postos de Saúde.

Em um segundo momento (fase II), foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com key-informants (KIs) (Patton, 1990). O key-informant (KI) ou informante-chave é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações (Rizzini et al, 1999; WHO, 1994). Nesse sentido, foram buscadas pessoas com experiência no acompanhamento de casos de violência familiar e/ou de dependência química, que preenchessem os seguintes critérios

¹ Técnica da bola de neve é aquela na qual um entrevistado indica outras pessoas que tenham uma história semelhante à sua, rica em informação para o estudo (Patton, 1990).

de inclusão: a) pelo menos cinco anos de experiência em atendimento com foco nos casos de interesse para o estudo; b) boa capacidade de descrever, de forma crítica e contextualizada, os aspectos essenciais do tema em estudo.

Foram identificados e entrevistados 18 informantes: médicos, psicólogos, assistentes sociais, policiais, advogados, membros de grupos de auto-ajuda (coordenadores ou pessoas que estivessem no grupo há pelo menos cinco anos). Foi solicitado aos KIs que respondessem sobre o seu conhecimento pessoal a respeito do contexto geral da violência associada ao uso de álcool e outras drogas. As informações obtidas deram suporte para a construção do roteiro de entrevista (**Anexo 1**) para a fase subsequente (fase III), a qual envolveu entrevistas com indivíduos com histórico pessoal de violência familiar associada ao uso de álcool. Os KIs também foram solicitados a indicar essas pessoas para compor a amostra da fase III.

As três fases foram realizadas por uma equipe de seis entrevistadores treinados e acompanhados em supervisão semanal com os coordenadores do estudo. Todos os procedimentos e dados coletados foram registrados e armazenados em um banco de dados, com o objetivo de possibilitar futuras pesquisas.

O presente estudo inicia-se nesse contexto maior, com o roteiro de entrevista e o processo de composição amostral iniciados num momento anterior.

3.2. Amostra

Foi composta uma amostra de caráter intencional por critérios, isto é, foram buscados indivíduos que preenchessem critérios (especificados no item 3.2.1) que possibilitassem riqueza de informação para a compreensão da questão estudada (Patton, 1990). Para ampliar a diversidade de casos, neste estudo houve uma complementação da amostra, com realização de novas entrevistas. Foram buscados agressores e vítimas de ambos os sexos, de diferentes classes sociais e que apresentassem diferentes padrões de violência associada ao abuso de álcool.

3.2.1. Critérios de inclusão na amostra

Foram incluídos vítimas e/ ou autores de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, que tivessem vivenciado no mínimo cinco episódios de violência associada ao abuso de álcool. Além disso, deveriam ter histórico de violência associada ao álcool em pelo menos mais uma das gerações familiares pesquisadas (ascendente ou descendente). Os entrevistados deveriam ser maiores de 18 anos e não apresentar nenhum comprometimento cognitivo e/ ou psiquiátrico evidente, que pudesse prejudicar a qualidade do conteúdo da entrevista.

3.2.2. Obtenção e tamanho da amostra

O processo de composição amostral foi realizado por técnicas múltiplas: 1) através de convites via mídia (em especial na Rádio Globo e jornais de bairro); 2) cartazes em instituições (mapeadas na fase I do projeto inicial); 3) indicação de conhecidos e/ou de usuários de serviços de apoio psicossocial e de saúde, como Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente e outros grupos de ajuda mútua; Santa Casa; Hospital Água Funda; Casa Eliane Gramond; Ambulatórios Especializados em Dependência (UNIAD e UDED) da UNIFESP; Pró-Mulher; Casa de Isabel; Núcleo Assistencial para Gestantes.

O silêncio, a negação e o preconceito que envolve o tema violência dificultam a indicação de pessoas para a entrevista, principalmente de agressores e de pessoas das classes sócio-econômicas de maior poder aquisitivo. Isto impossibilitou a utilização da técnica de amostragem por bola de neve (Patton, 1990). Dessa forma, os familiares entrevistados foram recrutados/indicados em um processo de muita lentidão.

Na complementação amostral realizada especificamente para o presente estudo, foram buscados novos casos para análise/confirmação da saturação teórica necessária para definir o tamanho amostral. Dessa forma, o tamanho da amostra foi definido de modo a garantir que fosse alcançado o ponto de saturação teórica, isto é, a inclusão de novos participantes foi suspensa no momento em que os dados obtidos passaram a ser redundantes e apresentar poucas informações novas (Fontanella et al, 2008; Patton, 1990). Vale destacar que as entrevistas realizadas no período deste projeto confirmaram a validade das anteriores para compor a amostra, pois, apesar do

estudo anterior não ter os aspectos multigeracionais como foco principal, foram obtidas informações semelhantes, de forma a chegar à saturação teórica.

A partir desses procedimentos, a amostra foi composta por 42 pessoas, das quais 23 foram classificadas como vítimas e 19 como autores de violência familiar associada ao álcool, incluídas em um grupo ou outro de acordo com seu autoconceito.

3.3. Genograma e entrevistas semi-estruturadas

Os dados foram coletados por meio de um único encontro com cada participante, durante o qual foi inicialmente construído o genograma familiar seguido de uma entrevista semi-estruturada em profundidade (**Anexo 1**). As entrevistas foram individuais, anônimas e realizadas em locais neutros² para garantir o sigilo das informações obtidas. Os entrevistados tomaram ciência dos objetivos do projeto e confirmaram sua participação assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo 2**). Cada entrevista, com duração aproximada de duas horas foi gravada na sua totalidade e posteriormente transcrita literalmente, para permitir a análise do conteúdo (Rizzini et al, 1999).

O genograma (**Anexo 3**) foi desenhado manualmente com a colaboração de cada entrevistado e incluiu três gerações de sua família. A partir do genograma foram feitas perguntas sobre quais pessoas da família poderiam

² A maioria das entrevistas foi realizada no Ambulatório de Pesquisa Clínica do Departamento de Psicobiologia ou na Unidade de Dependência de Drogas (UDED); as demais ocorreram nos serviços de atenção à violência e/ou dependência química, como Hospitais, Ambulatórios e Grupos de AA.

ser consideradas violentas (sempre a partir do referencial do entrevistado) ou que tivessem padrão de uso abusivo de álcool/drogas. Também foram investigadas as crenças a respeito da associação entre álcool e violência.

Durante a entrevista, foram abordados ainda outros aspectos como o tipo de violência, momento do ciclo vital familiar, reação diante da violência, padrão de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, sentimentos e comportamentos relacionados à associação álcool-violência, a procura por ajuda em serviços de saúde e/ ou segurança, características pessoais dos familiares e outros temas trazidos pelos próprios entrevistados. Esta é uma das principais vantagens da entrevista semi-estruturada, pois permite que assuntos não eleitos previamente sejam investigados à medida que emergem, o que enriquece o relato e, conseqüentemente, a possibilidade de compreensão do tema em suas múltiplas dimensões (Smith & Eatough, 2006).

3.4. Análise dos dados

3.4.1. Análise do genograma

Cada genograma (N=42) foi inserido num software específico (GenoPro) visando a padronização dos elementos gráficos (McGoldrick et al, 2008). Foram utilizadas cores para identificar os casos de interesse deste estudo (violência, abuso de álcool e associação dos dois comportamentos), de modo a favorecer a análise dos padrões multigeracionais em cada família. Os indivíduos que apresentaram padrão de associação dos comportamentos de abuso de álcool e violência (AV) foram identificados com a cor vermelha;

aqueles que apresentaram apenas o comportamento violento, com a cor amarela e, os indivíduos que faziam uso abusivo de álcool de forma isolada, foram identificados com a cor verde (um exemplo está apresentado no Anexo 3). Buscou-se, portanto, uma visão geral das famílias, a quantificação de casos, a identificação de padrões relacionais da associação álcool-violência e oscilações do comportamento AV nos diferentes estágios do ciclo vital familiar, como casamentos, nascimentos, desemprego, mortes (esses e outros eventos importantes foram anotados em cada genograma).

Para a análise dos genogramas foi conduzido um processo semelhante ao da análise do conteúdo (descrito a seguir): todos os genogramas foram cuidadosamente observados, de modo a ser possível agrupá-los em categorias de princípio interpretativo (McGodrick et al, 1999).

3.4.2. Análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas

Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise do conteúdo. Foi feita uma primeira leitura flutuante das entrevistas, com o intuito de ganhar familiaridade com o discurso de vítimas e autores de violência. Posteriormente, os relatos foram lidos e relidos, com o intuito de identificar e evidenciar os aspectos multigeracionais, bem como os temas recorrentes (Bardin, 2004, Turato, 2003).

A partir do conteúdo das entrevistas foram separados grandes temas (tipo de violência, uso de álcool, dinâmica familiar e crenças), presentes em praticamente todos os relatos e, num segundo momento, criadas categorias

que permitissem a análise dos conteúdos multigeracionais e as crenças associadas a eles. Foram analisadas as categorias presentes na maioria das entrevistas: consumo de álcool, violência familiar, momento do ciclo vital familiar, reação à violência, possibilidade de romper o padrão AV, crenças e procura por ajuda para romper a relação AV. Para representar cada categoria de análise, foram selecionados trechos de entrevista com conteúdo necessário para a compreensão da mesma.

Os entrevistados foram identificados por um código alfa-numérico, sendo que a primeira letra corresponde ao grupo no qual o indivíduo foi incluído (V= vítima; A= agressor), seguida da indicação do gênero (F=feminino; M= masculino) e um número que informa a idade do entrevistado. Quando um entrevistado tinha a mesma idade de outro, para que não houvesse repetição de códigos, foi adicionada uma letra minúscula ao final da identificação para diferenciá-los (Por exemplo: VF50a, VF50b).

Com base na Teoria Geral dos Sistemas, buscou-se a interpretação das crenças, valores e normas familiares que contribuem para manter a relação que apresenta padrão de comportamento álcool-violência (McGoldrick et al, 2008; Breunlin et al, 2000; Krom, 2000; Cerveny, 1994; Andolfi & Angelo, 1989; Bowen 1978).

Para tanto, durante a leitura de cada entrevista foi utilizado o processo de dupla interpretação (ou dupla hermenêutica), no qual a realidade como se apresenta e é significada pelo indivíduo é o alvo de interesse do pesquisador que, por sua vez, busca um sentido daquela realidade, interpreta-a. Dessa forma, existe um diálogo entre o que o entrevistado diz e é capaz de

perceber com as contribuições que o pesquisador pode fazer para alcançar maior compreensão do fenômeno estudado (Smith & Eatough, 2006; Minayo, 1993).

3.5. Consistência interna dos dados

O uso de técnicas múltiplas de coleta e análise dos dados, como o genograma e a entrevista; a articulação dos dados obtidos com a Teoria Geral dos Sistemas e as discussões entre as pesquisadoras contribuíram para que se constituísse o processo denominado triangulação. Este, segundo Patton (1990), confere força ao estudo, pois a diversidade de fontes de dados, de pesquisadores envolvidos e de métodos de análise contribui para aumentar sua consistência interna.

3.6. Ética

O presente trabalho foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP: 0386/07) (**Anexo 4**).

4. Resultados

Dentre os 42 entrevistados, 23 eram vítimas (20 mulheres e 03 homens) e 19 agressores (17 homens e 02 mulheres), com idade entre 18 e 62 anos. A classificação como vítima ou agressor foi estabelecida de acordo com o autoconceito do entrevistado, pois, em muitos casos, seria difícil definir os papéis dos envolvidos nos episódios de violência. O mesmo aconteceu para a determinação da classe social, em relação à qual não houve diferenças entre vítimas e agressores, e foi obtida a seguinte distribuição da amostra: classe A=2; B=2; C=24 e D=14.

4.1. Análise dos genogramas

Os 42 genogramas analisados incluíram 890 familiares dos entrevistados (média de 21 familiares por genograma), entre as quais 100 crianças (0 a 12 anos) e 790 adolescentes e adultos (maiores de 12 anos). Entre as pessoas com idade superior a 12 anos, 310 (39%) apresentaram pelo menos um dos comportamentos estudados, sendo 42 casos com histórico de violência; 92 com abuso de álcool/drogas; 176 com os dois comportamentos associados. Os genogramas de vítimas e agressores apresentaram freqüências semelhantes em relação a esses históricos.

Embora as famílias estudadas tenham apresentado predomínio de pessoas com associação de comportamento de abuso de álcool e violência (AV), na grande maioria dos genogramas (N=40) também foram observados familiares com pelo menos um desses comportamentos isolados (violência ou abuso de álcool/drogas).

Foi possível observar vários padrões de AV multigeracionais, entretanto dois foram mais freqüentes. Um deles foi a repetição do comportamento AV em linha direta de parentesco, ou seja, pai/mãe – filho(a) (**Figura 1**) e o outro por meio do casamento (**Figura 2**).

4.1.1. Padrão em linha direta de parentesco

A repetição do comportamento AV em linha direta de parentesco, ou seja, pai/mãe – filho(a) (**Figura 1**) apareceu em 34 genogramas. Entre os 19 agressores, 18 (95%) apresentaram esse padrão, todos eles em referência a seus próprios pais e/ou filhos. Apenas um agressor não apresentou esse padrão.

Em relação à questão de gênero, foram observadas algumas peculiaridades. O padrão paterno pai/filho foi observado em 27 genogramas e pai/filha em 11. O padrão materno foi menos freqüente, sendo mãe/filha em 03 famílias e um único caso de mãe/filho. Vale ressaltar que algumas famílias apresentaram repetição tanto de padrão paterno quanto materno.

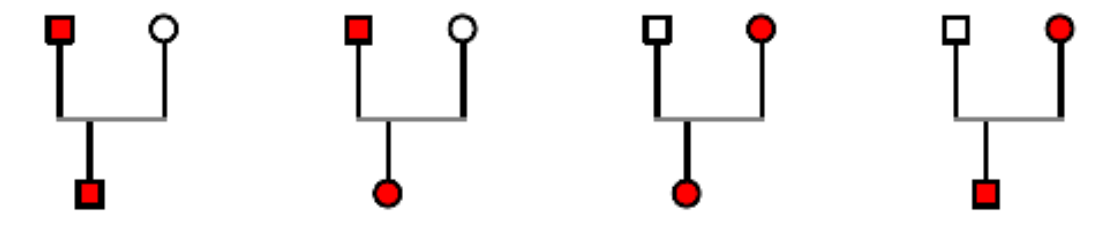


Figura 1 – Padrão de repetição de comportamento AV em linha direta de parentesco: comportamento apresentado por um dos pais e repetido por um dos(as) filhos(as).

4.1.2. Padrão de casamento(s)

O outro padrão de repetição multigeracional muito freqüente foi por meio do casamento (N=24), ou seja, filhas de pais com comportamento AV que se casaram com homens com semelhante comportamento. Dentre os 23 genogramas de vítimas, foram observadas 18 (78%) famílias com esse histórico (**Figura 2**), sendo 06 com mais de duas ocorrências nas três gerações estudadas.

Não foi observado qualquer caso de filho de mãe ou pai AV (que não reproduzisse o referido padrão em linha direta de parentesco) casado com esposa AV. Apenas a mulher apresentou repetição por meio do casamento.

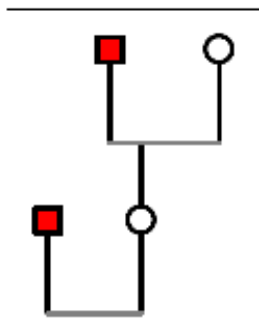


Figura 2 – Padrão de repetição de comportamento AV por meio de casamento: mulher, com pai de comportamento AV, que estabelece casamento com marido de comportamento semelhante.

Em 14 (33%) genogramas ocorreram os dois padrões principais (**Figura 1 e Figura 2**) simultaneamente.

4.1.3. Outros padrões: irmãos, re-casamentos

Embora com menor frequência, foram observados outros padrões de repetição multigeracional, alguns dos quais apresentados na **Figura 3**. Sete (17%) genogramas apresentaram casos de mulheres com duas a três uniões/casamentos com companheiros de comportamento AV. A frequência de homens que apresentaram esse mesmo tipo de repetição foi de apenas dois genogramas (5%), sendo que, em ambos os casos, esses homens também apresentaram comportamento AV. Ocorreram ainda seis (14%) casos de mulheres cujos irmãos apresentavam um dos comportamentos estudados (Violência e/ou abuso de álcool/drogas) e que se casaram com homens de comportamento AV.

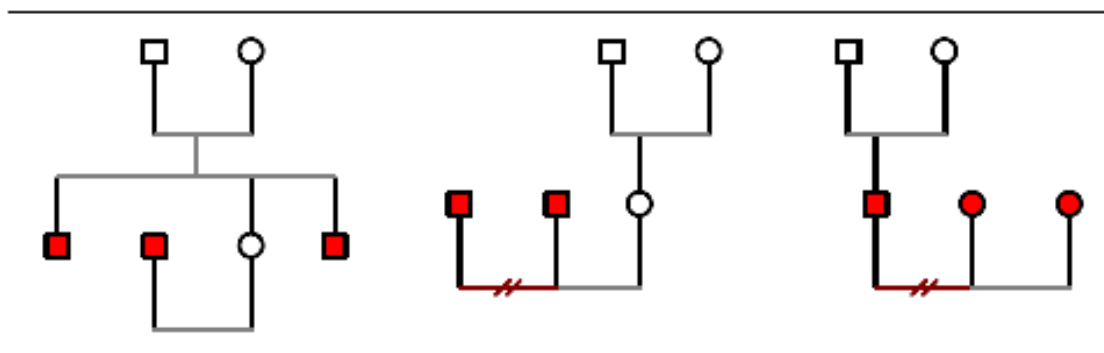


Figura 3 – Outros padrões de repetição de comportamento AV: irmãos e re-casamentos.

4.1.4. Padrões menos freqüentes

Alguns padrões, embora menos freqüentes, merecem considerações. Foi observado um núcleo familiar em que todos os membros apresentaram padrão AV: pai, mãe e os cinco filhos (**Figura 4**).

Foram observados dois pares de irmãos gêmeos (com idade superior a 12 anos) neste estudo. Em um deles, composto por dois homens, ambos apresentaram comportamento AV. Já no outro, formado por um homem e uma mulher, apenas o homem apresentou repetição da associação AV.

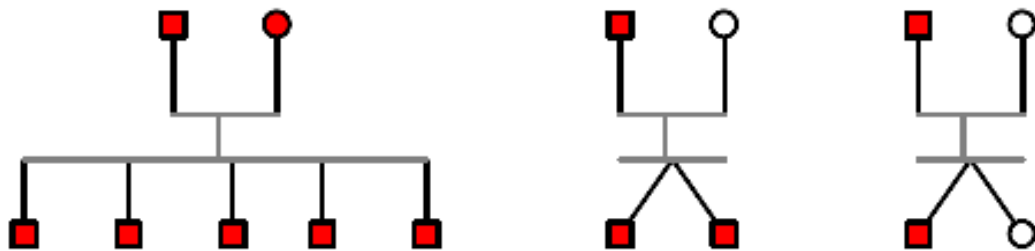


Figura 4 - Padrões menos freqüentes de repetição de comportamento AV: todo o núcleo familiar e pares de gêmeos.

4.2. Análise das entrevistas

A partir dos relatos dos 42 entrevistados foi possível identificar com mais detalhes os padrões multigeracionais de violência associada ao abuso de álcool/drogas.

4.2.1. Consumo de álcool

Apesar do critério de inclusão para o estudo ter sido a existência de violência associada ao abuso de álcool, em todos os casos estudados os entrevistados relataram comportamentos que sugerem dependência de álcool/

drogas por parte do agressor (de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM - IV), como ilustrado a seguir:

"Todo o dinheiro que ele [o pai] ganhou ele gastou em bar e pinga" (VF50a).

"Ele [o marido] chegou a ficar sem comer, não tomava mais banho (...) ele se entregou à bebida" (VF50b).

"Antes era prazer, né? [beber] No começo tudo é farra, tudo é festa, só que com o tempo começou a causar problema com a família, com a minha esposa, com os filhos. Eu passava praticamente o dia inteiro no bar" (AM59).

"Meu pai morreu de cirrose, porque ele bebia muito" (AF26).

4.2.1.a. Aspectos multigeracionais do abuso de álcool

Os entrevistados relataram semelhanças dos padrões de consumo de álcool/ drogas entre pessoas de diferentes gerações da família.

*"Meu pai sempre bebeu, ele bebia dois litros de **pinga** por dia" (AF26, geração 1).*

*"Eu bebo e é assim mesmo... você toma um copo de **pinga** hoje, amanhã você já vai querer dois, três". (AF26, geração 2).*

Também foram observadas semelhanças entre familiares de uma mesma geração:

"Meu pai morreu de cirrose, porque ele bebia muito e usava muita droga. Meu tio [paterno] também já morreu, de cirrose também" (AF26).

4.2.2. Violência familiar

Foram categorizados diferentes tipos de violência, como ilustrado no **Quadro 1**. Chamou especial atenção o fato de que, exceto em raros casos, os entrevistados relataram uma multiplicidade de atos agressivos em um único episódio. Isto é, em praticamente todas as entrevistas foram citados dois ou mais tipos de violência acontecendo concomitantemente.

É importante ressaltar que as categorias foram criadas a partir do relato dos entrevistados e suas percepções/interpretações a respeito do fenômeno.

Quadro 1 – Categorias de análise do tipo de violência, com a frequência de entrevistas que apresentaram tal conteúdo.

TIPO DE VIOLÊNCIA	EXEMPLOS	FREQÜÊNCIA (N)
<u>1. Física</u>		39
1.1. Sem arma	"Ele [o marido] me dava murro, pontapé!" (VF62).	39
1.1.a. Com arma	"Meu irmão pegou uma faca (...) dessas tipo peixeira e enfiou nele [no outro irmão]" (VF45).	26
<u>2. Sexual</u>	"Ele [o marido] me forçou a ter relação com ele, porque eu não queria" (VF49).	09
<u>3. Psicológica</u>		42
3.1. Verbal	"Ela [a mãe] gosta de gritar, berrar, fazer escândalo" (VF24a).	15
3.1.a. Discussão	"Eles [os pais] discutiam muito" (AF29).	25
3.1.b. Insultos	"Ele [o pai] ofendia, chamava minha mãe e a gente [ela e a irmã] de prostituta" (VF50a).	28

3.1.c. Humilhação	"Ele [o marido] falava um monte de desaforo, me humilhava" (VF34a).	12
3.1.d. Ameaça	"Ele [o marido] falava pra mim: eu não vou te matar de pancada, nem de tiro. Eu vou te matar aos poucos!" (VF48).	14
3.2. Negligência	"Ele [o pai] me levou no jogo de futebol e me esqueceu" (AM28).	12
3.3. Testemunhada	"Eu briguei na frente do meu filho" (AM37).	10
3.4. Traição	"Eu descobri que ele [o marido] tinha uma amante na mesma rua" (VF50b).	15
<u>4. Patrimonial</u>	"Eu chegava louco em casa e quebrava tudo" (AM43).	24
<u>5. Suicídio</u>		06
5.1. De fato	"Ele [o irmão] era depressivo, bebia (...) ele se enforcou" (VF58).	02
5.2. Tentativa e/ou pensamentos	"Eu pensei, eu vou me matar (...) peguei até uma faca, mas meu filho chegou" (VF49).	06

A multiplicidade de atos violentos pode ser observada nos trechos a seguir:

"Se eu estivesse vendo televisão com as crianças, ele [o marido] chegava e desligava a televisão, **cortava os fios da televisão**; se eu estivesse tomando banho, ele **desligava a chave elétrica**, entrava no banheiro e começava a me **agredir [fisicamente]** e tudo isso **na frente das crianças**" (VF50b).

"Ele [o pai] queria **mandar na casa**. Ele chegava do bar, a gente estava vendo televisão, ele desligava, queria por todo mundo pra dormir, **quebrava tudo dentro de casa, batia muito na gente**" (AM30).

*"Ele [o marido] já vinha me **bater**, ele quase queria me matar. E depois queria ter **relação**" (VF58).*

4.2.2.a. Circularidade dos papéis na violência familiar

Em muitos casos foi difícil definir qual o papel desempenhado pelos envolvidos nos episódios de violência. Foi observada uma alternância de papéis entre vítimas e agressores:

"Ele [o marido] passou a me agredir verbalmente e fisicamente (...) eu já machuquei ele (...) ele tem um corte no braço, porque eu estava com uma faquinha na mão e ele me tirou do sério (...) mas era sempre eu que ia pra cima dele" (VF34b).

"Eu agredi ela [a esposa], eu me senti no direito, (...) porque ela já marcou meu braço, já cortou meu dedo, já me deu garrafada" (AM36).

"O meu marido me batia, mas eu também batia (...) era tipo uns tapas um no outro" (AF31).

A violência testemunhada foi uma categoria mencionada por 10 entrevistados (24%) e quase sempre envolveu crianças. Essas podem não ter sido vítimas diretas, mas estavam presentes nos episódios agressivos.

"Ela [a esposa] me deu uma porrada que eu fiquei contando até dez pra ver se não devolvia, né? (...) Daí eu peguei e devolvi. Dei uns quatro tapão (SIC) e ela saiu correndo com meu filho no colo. Eu peguei meu filho e falei: 'ó meu, você

está vendo? Homem não pode bater em mulher, mas mulher também não pode bater em homem. Ela me bateu e apanhou porque me bateu primeiro!” (AM37).

4.4.2.b. Aspectos multigeracionais da violência

Vários aspectos da violência familiar reproduziram-se ao longo das gerações. Foram observadas características semelhantes, como o tipo de violência, o uso de armas, o tipo de ferimento, as partes do corpo atingidas. Os relatos a seguir exemplificam essas repetições de padrões:

*“Ela [mãe] deu uma **facada** nele [pai] e cortou a perna dele (...) eles começaram a discutir, ele começou a bater nela, ela pegou uma faca e machucou a perna e o **braço** dele e os dois foram pro **hospital**”* (AM33, geração 1).

*“Daí ela [a esposa] já começou assim a bater em mim. Daí eu já dei uma porrada nela, não no rosto, no **braço**. Daí ela pegou a faca e veio pra cima de mim. Ela me deu uma **facada** e eu levei **36 pontos por dentro e 16 por fora**”* (AM33, geração 2).

*“Ele [o pai] **batia**. Ela [a mãe] até hoje tem problema na **boca** (dentadura). E ele **quebrava a casa inteira**”. (VF42, geração 1).*

*“Ele [o marido] deu um **murro** na minha **cara**, estourou tudinho (...) eu até desisti de comprar as coisas em casa, porque cada vez que eu comprava, ele vinha e **quebrava de novo**”* (VF42, geração 2).

4.2.3. Reação dos familiares à violência

Foram observadas diferentes possibilidades de reação das vítimas no momento da agressão. Alguns entrevistados relataram mais de um tipo de reação envolvendo as mesmas pessoas (vítima e agressor) em momentos diferentes.

A maioria dos entrevistados relatou reação de fuga da vítima em relação ao seu agressor (N=28).

*"Cada vez que ele batia, eu **fugia**, porque senão ele me matava!"* (VF58).

Em outros casos (N=18), a vítima revidou, através de reação verbal ou física.

*"Quando ele [o marido] vinha pra cima (...) eu **revidava**. Se ele me desse um tapa, eu dava outro; se ele socasse a minha cara, eu jogava qualquer coisa em cima dele"* (VF24a).

Também houve relatos (N=12), nos quais a vítima não esboçou nenhuma reação.

*"A primeira vez que ele [o marido] bateu, eu **nem reagi**"* (VF50b).

4.2.3.a. Aspectos multigeracionais da reação à violência.

Os relatos sobre a reação (ou ausência de reação) diante da violência mostraram a reprodução de determinados comportamentos como estratégia para lidar com as situações violentas ao longo das gerações.

*“A minha mãe fica quieta, não fala **nada**”.* (VF23a, geração 2).

*“Minha avó não fazia **nada** também, como a minha mãe”.* (VF23a, geração 1).

4.2.4. Estágios do ciclo vital familiar

Os entrevistados relataram o aumento da violência e/ ou do abuso de álcool em momentos específicos do ciclo vital familiar, como por exemplo, desemprego e gestação.

*“Quando ele [o pai] **perdeu o emprego**, o beber começou a ficar muito **problemático**”* (VF50a).

*“Quando ele [o marido] **perdeu o emprego** foi que piorou [a violência]. Ele começou a se envolver mais na bebida e ficar agressivo comigo e com as crianças”* (VF48).

*“Depois que eu **engravid**e a primeira vez a gente [ela e o marido] passou a brigar muito”* (VF34b).

*“Eu tinha uma **carreira belíssima** e foi tudo **pro brejo** (...) aí eu comecei a beber cada vez mais”* (AM58).

4.2.4.a. Aspectos multigeracionais dos estágios do ciclo vital familiar

Além da repetição de fatos e comportamentos, verificou-se a também a ocorrência de exacerbação do comportamento AV em determinados estágios do ciclo vital familiar de forma semelhante nas duas gerações estudadas, como gestação, nascimento de filhos, mudanças de residência e desemprego. O conteúdo das entrevistas mostra como essas etapas foram semelhantes nas gerações:

*“Ele [o pai] era alcoólatra! (...) ela [a mãe] teve nove filhos com ele [o pai]... e apanhava [durante a gestação], agüentava e **vinha fazendo filho**” (VF58, geração 1).*

*“com um mês de casada eu já comecei a apanhar dele (...) tive quatro **gravidez, só na base da pancada**” (VF58, geração 2).*

4.2.5. Possibilidade de romper o padrão

Foi possível observar a baixa percepção de estratégias por parte das vítimas para romper o padrão de relação estabelecido com seu agressor.

4.2.5.a. Morte

Em seis casos (14%), a morte de um dos envolvidos foi apresentada como a única solução possível.

*“Eu pensava (...) só vou me livrar quando **eu morrer** e foi assim que eu vivi e muitas vezes eu ficava pedindo, torcendo que acontecesse o pior com ele [o marido] pra **ele não voltar mais...** Meu Deus!” (VF50b).*

*“Pra minha mãe ser feliz meu pai tem que **morrer**” (VF23a).*

4.2.5.b. Re-casamentos/uniões

Em sete famílias (17%) foram observados casos (seis mulheres e um homem) de pessoas que romperam o casamento com companheiro(a) de comportamento AV, mas estabeleceram outra(s) uniões/ casamentos com pessoas de comportamento semelhante.

*“Aí ele começou a me **agredir**, colocar a faca no meu pescoço querendo me matar”. (VF24b, 1º marido).*

*“Aí quando eu estava saindo da festa ele me segurou querendo me bater. E ele me bateu, me deu uma **surra**”. (VF24b, 2º marido).*

4.2.6. Crenças

4.2.6.a. Sobre a repetição do padrão de violência associada ao álcool

Foram relatadas algumas crenças familiares que parecem contribuir para manter uma relação e para reproduzir situações de violência familiar, muitas das quais ligadas às questões de gênero ou à indissolubilidade do casamento:

"Isto [a violência] já vem de geração de família: o homem bebe e a mulher apanha". (VF24b).

"A minha família toda é daquela que casou pra vida toda (...) não separa. Apanha na cara, mas está ali. E comigo não ia ser diferente!" (VF34b).

"Olha, ela [a esposa] já vem de uma família bem curtida de álcool, entendeu, foi por isso que ela não se separou. Porque dois irmãos dela eram alcoólatras e violentos, entendeu?" (AM59).

4.2.6.b. Sobre os motivos para a manutenção da relação AV

Os entrevistados apresentaram um conjunto de fatores para explicar o motivo das vítimas/esposas permanecerem na união apesar do comportamento AV. Alguns (26%) destacaram o amor:

"Um amor bandido! (...) o amor que eu tenho por ele... ele tem um lado bom, ele sabe me cativar" (VF24a).

Outros (17%), a busca de união familiar:

"Eu pensava em ir embora, mas tinha os meus filhos. Eu fiquei por esse motivo, porque eu não ia abandonar os meus filhos" (VF48).

Foi mencionada ainda a tentativa de resgate do familiar que apresenta o comportamento mencionado (14%):

*"Eu sempre tive **esperança** que ele [o marido] ia **mudar**" (VF34).*

*"Ela [a esposa] tinha perseverança, porque com quase vinte anos de casamento, ela sempre **lutou pra que eu parasse de beber**" (AM56).*

Além desses motivos, o medo foi outro fator que pareceu influenciar a decisão das vítimas de permanecerem ao lado de seus agressores. Oito vítimas (35%) relataram que não se separavam porque tinham medo de que seu parceiro não aceitasse o fato e tentasse matá-las.

*"Será que ele [o marido] vai fazer realmente o que ele falou? Será que ele vai mesmo me matar se de repente eu for embora e tirar os meus filhos dele? Será que eu vou morrer realmente? (...) Como eu vou saber? Quem vai me proteger? (...) O que me segurou foi o **medo da morte**" (VF24b).*

*"Eu tinha um **medo** de sair dessa relação [com o marido] (...) eu achava que **ele podia me matar**" (VF24a).*

Muitos entrevistados disseram que a vítima era a principal provedora da casa. Contudo, a dependência financeira foi citada como um obstáculo para o rompimento da relação em 9,5% dos casos.

*"A minha mãe tinha que aceitar [a violência do marido] (...) porque ele sempre trabalhou e **não deixava faltar nada pros meus irmãos**" (AM37).*

4.2.6.c. Sobre a relação álcool-violência

Outra crença que pode ser observada foi sobre a associação álcool-violência. Trinta e cinco entrevistados (83%) relataram que percebem o álcool como sendo a causa da violência.

*“O meu avô era muito agressivo **porque ele bebia**. Ele bebia e batia muito na minha avó” (VF23a).*

Nove (21%) disseram que o álcool simplesmente atuaria como facilitador, uma vez que já existiria uma predisposição ao comportamento violento.

*“O álcool **potencializa** e aflora o instinto ruim dos seres humanos” (VM45).*

Houve ainda dois relatos (5%) nos quais o álcool apareceu como uma desculpa utilizada para minimizar a responsabilidade dos agressores em episódios de violência.

*“Nas duas vezes que ele [o namorado] me bateu ele tinha bebido, mas (...) **eu não diria que isso alterou o comportamento dele**” (VF25).*

Em alguns casos, a mesma pessoa demonstrou crenças diferentes sobre a associação álcool-violência, dependendo de qual membro da família estava envolvido. Apesar disso, muitos entrevistados utilizaram a mesma

crença para explicar a associação dos comportamentos de duas ou mais gerações de suas famílias.

*“Meu pai já chegou bêbado (...) aí já veio e deu um murro na minha cara (...) e o **causador** de tudo? Foi a bebida!”* (AM37, geração 1).

*“Quer dizer, foram três brigas feias que eu tive com ela [a esposa], mas **por causa** da bebida, entendeu?”* (AM37, geração 2).

4.2.6.d. Sobre a transmissão multigeracional

Os entrevistados ainda expuseram suas crenças a respeito da transmissão multigeracional do padrão AV, o que para eles seria o motivo da reprodução desse comportamento em sua família. Foi possível identificar duas categorias principais: genética e modelo/aprendizagem.

Para alguns, a questão hereditária/genética seria determinante:

*“Minha mãe nunca usou [álcool]. Minha mãe usava muito calmante, pra dormir. Talvez seja essa dependência química que **ela passou pra mim** (...) e eu acho que **eu herdei** essa violência, que meu pai era um cara daqueles severos”* (AM59).

*“Não sei se estou certa... talvez possa ser carga **genética**”* (VF50b).

Outros entrevistados atribuíram a responsabilidade da repetição de padrão à convivência e ao modelo paterno/ materno, como pode ser observado nos trechos a seguir:

*"A violência dele [do pai] (...) isto talvez tenha até me... me familiarizado mais a ser assim desse jeito [violento], né? Talvez eu tenha me **acostumado** a viver assim!"* (AM37).

*"O meu pai bebeu, foi agressivo com a minha mãe, conseqüentemente meu irmão foi uma pessoa agressiva também, **porque ele viu meu pai sendo agressivo com a minha mãe**"* (VF23b).

*"A gente só dá aquilo que tem, aquilo que recebeu! **Eu só tinha recebido pancada e violência (...)** eu bati muito nos meus filhos"* (VF58).

4.2.7. Procura por ajuda para interromper a relação AV

Vinte e cinco entrevistados (60%) disseram já ter procurado algum tipo de ajuda. Destes, a grande maioria (86%) buscou uma solução para o problema do abuso/ dependência de álcool/ drogas, seja em serviços de saúde, grupos de ajuda mútua (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos) ou em instituições religiosas.

*"Eu procurei ajuda (...) por causa do meu **alcoolismo** (...) eu fazia **psicoterapia**"* (AM51).

*"Eu passava com **psiquiatra** (...) porque o meu **alcoolismo** foi bravo (...) eu comecei a tomar antidepressivos e a freqüentar **Alcoólicos Anônimos**" (AM33).*

*"Eu tinha procurado um meio de **me livrar dela [da bebida]**, mas eu só consegui depois que eu passei a ser **evangélico**" (AM50).*

*"O primeiro tratamento [para o **alcoolismo**] que eu fiz foi em **centro de umbanda** (...) mas o único tratamento que me salvou mesmo foi o **AA**" (AM43).*

Em relação à violência, os únicos tipos de ajuda mencionados foram a polícia e a Justiça, procurados por algum membro da família de 13 entrevistados (31%).

*"Eu chamei a **polícia** uma vez **para acalmar os ânimos dele [do filho]**, aí ele ficou um pouco mais calmo" (VF42).*

5. Discussão

5.1. Ocorrência de casos e padrões multigeracionais

Neste estudo foi observado que, nas diferentes gerações das famílias dos entrevistados, houve uma considerável proporção de casos de abuso de álcool (com relatos sugestivos de dependência) e de comportamento agressivo, a maioria dos quais com os dois comportamentos associados.

A freqüência do abuso/dependência de álcool (34%) entre os 790 familiares maiores de doze anos, independente da associação com violência, foi superior ao observado em estudos populacionais brasileiros. No estudo domiciliar nacional realizado pelo CEBRID no ano de 2005, a prevalência foi de 12,3% para dependência de álcool (Carlini et al, 2007). Esse dado sugere que as famílias estudadas diferem da população geral, na medida em que apresentam proporção cerca de três vezes maior de casos de abuso/dependência.

No entanto, o dado que mais chama atenção neste estudo é a preponderante parcela de casos de abuso/dependência em associação com comportamento violento (AV). Apesar de ter sido critério de inclusão a presença da associação AV em pelo menos duas gerações, o número de familiares com esse comportamento foi muito acima do esperado (em 42 entrevistas foram citadas 176 pessoas AV, mais que o dobro estipulado pelo critério mínimo - 84). Além disso, a freqüência de casos associados AV superou a ocorrência de casos com um desses comportamentos isolados (92 para abuso/dependência e 42 para violência). Essa preponderância de comportamentos associados AV sugere que não se trata de uma ocorrência casual, mas de um padrão peculiar às famílias estudadas.

Além disso, esse dado vem ao encontro do conceito de padrões multigeracionais (McGoldrick, 2008), o qual considera que as famílias constituídas tendem a repetir alguns padrões de comportamento de suas famílias de origem. Reforça também a concepção da família como um sistema, o qual deve ser compreendido como um todo, e não seus membros isoladamente (Seixas, 1992). Segundo Cerveny (1994), quando se trata de compreender repetição de padrões interacionais, é importante ampliar o sistema familiar para além da família nuclear (pais/filhos), de modo a poder abranger o contexto multigeracional.

Várias outras hipóteses podem ser consideradas para explicar a alta recorrência de casos AV nessas famílias. A genética é uma delas, uma vez que diversos trabalhos confirmam a existência loci genéticos que, associados a fatores ambientais modulam a vulnerabilidade individual ao desenvolvimento do alcoolismo e do comportamento agressivo (Ducci, Goldman, 2008; Cordeiro et al , 2007; Koenen, 2005; Dick et al , 2006; Jaffee et al, 2005).

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, seria possível utilizar a herança genética como uma alternativa para explicar parte dos casos, ou seja, aqueles nos quais a transmissão multigeracional do padrão de associação álcool-violência acontece em linha direta de parentesco (filhos-pais-avós). Contudo, essa hipótese não contemplaria os casos nos quais a repetição do padrão AV se dá por meio do casamento, ou seja, quando filhas de pais com comportamento AV se casam com homens de comportamento semelhante.

Diante das informações obtidas nas entrevistas, é possível supor que, nos casos de filhas de pais AV casadas com maridos AV, possa existir uma identificação em relação à figura masculina de referência, ao modelo de homem concebido pela família de origem. Para Cerveny (1994), seria muito restrito conceber a repetição de padrões apenas como resultado do modelo paterno; isto porque, o núcleo familiar está inserido em um sistema mais amplo e é nesse contexto que acontece a transmissão multigeracional. Nesse sentido, talvez a cultura familiar e/ou a identificação do provável parceiro com o modelo de homem que essas mulheres têm em sua família de origem possam favorecer o estabelecimento de relações com o mesmo tipo de padrão de comportamento disfuncional. As relações conjugais estão contextualizadas dentro de um sistema maior, no qual se incluem a família extensa (além do núcleo pais/filhos) e as gerações anteriores. Nesse sentido, a forma como são construídas as relações no casamento tem como base o legado familiar e/ou a busca de reparações deste. Necessidades parcialmente insatisfeitas da família de origem podem servir de alicerce para novas constituições familiares, nas quais se repete o processo vivido anteriormente com novas figuras de referência: os cônjuges (Andolfi & Angelo, 1989).

Segundo Boszormenyi-Nagy (1983), os matrimônios e as aventuras amorosas podem ser utilizados (mesmo que inconscientemente) para reforçar um compromisso de lealdade com a família de origem. Contudo, se forem levadas em conta as lealdades com gerações precedentes, a própria repetição do comportamento AV em linha direta de parentesco merece atenção, pois, de maneira semelhante às vítimas entrevistadas, os agressores fazem

parte de um sistema familiar e, conseqüentemente são envolvidos pela cultura e as relações subjacentes à família de origem. De acordo com McGoldrick et al (2008), as famílias tendem a repetir padrões de comportamento, isto é, o que acontece em uma geração freqüentemente se repete na seguinte. Assim, um estilo particular de funcionamento ou de lidar com problemas pode ser passado de geração em geração.

5.2. Relações familiares e repetição multigeracional

Outro aspecto relevante deste estudo é que, além do comportamento AV, algumas peculiaridades dessa associação também permeiam as relações ao longo de diferentes gerações familiares. Foram identificados como padrões multigeracionais de relações familiares: a multiplicidade dos tipos de violência (com ou sem o uso de armas), a dificuldade para definir os papéis de vítima e agressor durante os episódios violentos e os estágios do ciclo vital familiar em que há exacerbação do comportamento AV.

Cada grupo familiar estudado, ao longo de suas gerações, apresentou particularidades na forma de manifestação da violência. Em algumas famílias foi repetido uso de armas, como facas, em suas diferentes gerações. Outras famílias apresentaram repetições de violência sexual, enquanto em outras famílias prevaleceram socos, tapas, etc. A violência psicológica também foi peculiaridade de alguns grupos familiares. Apesar das marcantes diferenças entre as famílias estudadas, com suas particularidades

intrafamiliares, nenhuma delas apresentou um único tipo de violência associada ao consumo de álcool. Essa multiplicidade dos tipos de violência é confirmada em outros estudos sobre o tema (Fonseca et al, no prelo, 2008; Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Thompson & Kingree, 2006; Fals-Stewart et al., 2003; Testa et al, 2003; Jewkes, 2002; Murphy et al, 2005). Contudo, nenhum deles abordou o enfoque multigeracional para a questão e, dessa forma, as repetições geracionais observadas neste estudo representam novas perspectivas na compreensão desse fenômeno.

Sobre a dificuldade para definir os papéis de vítima e agressor nos episódios de violência familiar, os dados encontrados no presente estudo também estão de acordo com a literatura existente (Houry et al, 2006). Para Zuma (2004), existe diferença entre um ato violento e um processo violento. O primeiro acontece num momento específico, no qual há vítima, agressor e, possivelmente, testemunhas. Já o processo violento, é um *continuum* presente nas interações familiares, no qual todos os envolvidos têm responsabilidade e participação. Nesse sentido, há uma confirmação da interdependência dos membros da família, pois o comportamento/funcionamento de um deles repercute no sistema como um todo (McGoldrick et al, 2008; Cerveny, 1994).

Em relação a determinados estágios do ciclo vital familiar nos quais acontece repetição da associação AV, pode haver conexões multigeracionais entre eventos marcantes (casamento, gestação, nascimento, separação, mudanças de residência, desemprego, morte) que favoreçam o desenvolvimento de certos padrões emocionais e de comportamento. Estes indicam momentos de maior estresse familiar, que podem vir a ser entendidos

como legados familiares e ser transmitidos às gerações seguintes (McGoldrick et al,1999; Carter & McGoldrick, 1995).

Além disso, a violência testemunhada por crianças é outro aspecto que merece ser considerado para a compreensão da repetição de comportamentos. Por meio da observação e aprendizado, os comportamentos testemunhados podem ser entendidos pela criança como uma maneira possível de se relacionar em família e lidar com conflitos. Neste estudo, foram mencionados vários casos de crianças que presenciaram episódios de violência associada ao álcool. A maneira como os pais (ou figuras de referência) enfrentam e/ou resolvem dificuldades serve como modelo, e permite à criança aprender determinados comportamentos, além da forma como devem expressar seus sentimentos. Esses modelos de padrões interacionais são oferecidos às gerações atuais pelas anteriores, através da comunicação, das regras, dos mitos, das hierarquias, das seqüências e da afetividade (Cervený, 1994; Andolfi & Angelo, 1989).

Segundo Bowen (1978), a transmissão multigeracional ocorre em diferentes níveis, desde a aprendizagem consciente até as emoções e comportamentos automáticos e inconscientes. Essas informações transmitidas relacional e geneticamente contribuem para a formação do indivíduo. Entretanto, a maioria dos entrevistados não foi capaz de perceber que o comportamento AV era um padrão multigeracional em suas famílias. Os acontecimentos podem permear diferentes gerações familiares, contudo não necessariamente de forma exatamente igual. Essa repetição pode acontecer de

modo quase irreconhecível para os membros do sistema familiar, o que dificulta que a reprodução de comportamentos seja percebida (Breunlin et al, 2000).

Partindo do princípio de que muitas famílias sequer percebem a repetição de comportamentos e a forte influência dos legados familiares, um dos maiores desafios é que as antigas relações possam ser reconhecidas e integradas com equilíbrio às novas. À medida que as influências das antigas gerações forem identificadas pelas novas gerações, poderá haver mais ou menos recursos para enfrentar tal desafio (Krom, 2000).

A partir dessa perspectiva, foi possível identificar a dificuldade de romper a relação de padrão AV entre as famílias estudadas, o que pode estar relacionado à maneira como cada um percebe a repetição de padrão e lida com o legado familiar e com as expectativas da família em relação a si. Dessa forma, a entrevistada que afirma que em sua família "*os homens bebem e as mulheres apanham*" pode sentir-se compelida a reproduzir esse padrão em seu casamento, de modo a ser leal à cultura de sua família de origem. Pois, segundo Boszormenyi-Nagy (1983), os compromissos de lealdade são como vínculos resistentes que, embora imperceptíveis, garantem o sentimento de identificação e pertencimento ao grupo familiar. Haveria, então, um impedimento para romper o padrão, pois isso poderia implicar num sentimento de traição, ou até em certa perda da identidade, uma vez que deixariam de existir figuras de referência em quem se espelhar, um grupo ao qual pertencer.

No entanto, além de compreender como acontece a repetição de padrões multigeracionais, é importante entender como a relação com comportamento AV se mantém. Neste sentido, para McGoldrick et al (1999), a

história familiar e os padrões de relacionamento contribuem para a compreensão de como um comportamento disfuncional pode ter surgido para preservar ou para prevenir algum padrão relacional, ou para proteger algum legado de gerações anteriores. Muitas mulheres citadas nas entrevistas deste trabalho eram financeiramente independentes de seus parceiros e não se separavam de seus parceiros devido ao fato de acreditarem que ainda havia amor (26%), porque buscavam manter a união familiar (17%), por desejarem ajudar seus agressores e salvá-los da dependência (14%), ou ainda por medo (35%).

5.3. Crenças familiares e transmissão multigeracional

No presente estudo, foi possível observar algumas crenças familiares. Entre elas, chamou especial atenção a crença sobre o consumo de álcool ser causa ou justificativa para a violência familiar.

Diante disso, é possível pensar que a crença sobre a associação AV seja um dos pilares que sustentam a relação, isto porque, quando o álcool é percebido como causa da violência, o comportamento agressivo deixa de ser atribuído àquele que o comete, o que foi observado em muitas entrevistas. Desse modo, pode haver maior tolerância às agressões, uma vez que o agressor é visto como um homem bom, cujo único problema é a bebida. Para Leonard (2002), o álcool relacionado à violência pode diminuir o impacto desta na satisfação conjugal, pois quando a violência é atribuída ao álcool, a vítima é capaz de manter uma visão mais positiva de seu casamento. Não foi raro o

relato nas entrevistas de que o agressor era um ótimo pai para as crianças, um bom marido e que o único problema da família era a bebida. Nesses casos, o abuso/dependência do álcool e a violência podem ser entendidos como fatores que contribuem para a homeostase do sistema familiar, isto é, para um processo auto-regulador que mantém a estabilidade desse sistema e protege-o de possíveis mudanças no padrão de relacionamento já estabelecido (Cervený, 1994; Seixas, 1992). Quando a principal função das crenças passa a ser a homeostase do sistema familiar, pode haver uma repetição estereotipada dos problemas relacionais (Andoli & Angelo, 1989).

Outro aspecto relacionado à crença de que o álcool leva à violência é o longo tempo de convivência do casal, o que propicia a alta reincidência de episódios de violência familiar (Fonseca et al no prelo; Klosterman & Fals-Stewart, 2006; Jewkes, 2002; Leonard, 2001; Irons & Schneider, 1997). Neste estudo foi observado que, em alguns casos, os casais permaneceram juntos por mais de vinte anos. Em 14% das entrevistas a única possibilidade percebida para romper a relação era a morte de um dos parceiros e, em 17% as vítimas conseguiam se separar de um agressor, mas estabeleciam novamente uma relação com alguém que apresentava o mesmo comportamento. Segundo Irons & Schneider (1997), vítimas tanto de violência doméstica, quanto de parceiros dependentes geralmente têm dificuldade para deixar a relação, pois além do medo real de represálias violentas e questões financeiras, de sobrevivência, existe a co-dependência, na qual as vítimas sentem-se culpadas pela situação em que vivem e crêem que se elas forem capazes de fazer algo, essa situação irá melhorar.

Nesse sentido, o conjunto de crenças identificado nos relatos parece indicar que os mitos mais freqüentes nessas famílias são o Mito da União e o da Reparação. O primeiro apresenta uma configuração tal, que busca assegurar o pertencimento e a manutenção de padrões afetivos entre os membros do sistema familiar, de modo a mantê-los unidos. Já o segundo configura-se como uma tentativa de resgatar, reparar determinadas relações passadas no presente, com outra pessoa semelhante (Krom, 2000; Andolfi & Angelo, 1989). Talvez seja possível pensar que, para as famílias estudadas, manter a relação que apresenta comportamento AV seja uma forma de manter a própria identidade, de preservar os valores e o legado de gerações precedentes, de garantir a perpetuação do Mito. Este funciona como uma tentativa de garantir coerência aos ritos, às seqüências familiares, por meio de valores compartilhados pela família, de modo a proteger e manter o grupo unido. Talvez por isso o mito seja defendido e preservado pelos familiares com tanto afinco (mesmo que inconscientemente), pois, em última instância, *"representa o produto de uma filosofia de vida e de relações com os outros, sobre a qual cada membro da família construiu a própria identidade, cada crítica a ele é percebida, pelo menos parcialmente, como um ataque à própria identidade"* (Andolfi & Angelo, 1989).

5.4. Alternativas para romper o padrão multigeracional: prevenção e tratamento

Apesar das possíveis conseqüências negativas decorrentes da violência associada ao álcool para o sistema familiar, estudos apontam a baixa

procura por ajuda por parte de vítimas e agressores, seja em serviços de segurança ou saúde (Fonseca et al, no prelo). Entretanto, os entrevistados desta amostra relataram uma maior procura por ajuda em serviços de saúde com foco no abuso de substâncias, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Fonseca et al (no prelo, 2008) no levantamento sobre violência domiciliar realizado nas 108 maiores cidades brasileiras, no ano de 2005. Vale ressaltar que no presente trabalho houve uma busca ativa para a composição da amostra, o que inviabiliza a comparação com estudos cuja amostra seja representativa da população geral.

A partir dos dados obtidos neste trabalho é possível pensar que uma intervenção, para ser eficaz, deve contemplar toda a família. Seria importante trabalhar as crenças e os mitos familiares e auxiliar os indivíduos a compreender seu modo de funcionamento como um sistema, bem como propiciar uma ampliação das possibilidades de relação entre os membros da família. Para tanto, o genograma pode ser utilizado como um instrumento de trabalho com a família, pois ajuda a tornar visíveis as relações entre os membros da família, a trazer à tona questões da dinâmica familiar e a identificar os legados multigeracionais.

Ressalta ainda a importância de um trabalho preventivo com os filhos de casais envolvidos em uma relação com padrão AV, para que a repetição desse comportamento pudesse ser evitada. As crianças podem se beneficiar com um suporte emocional que as ajude a re-significar os comportamentos de sua família, utilizar de recursos criativos no estabelecimento de vínculos sociais saudáveis, que contribuam para o

desenvolvimento de habilidades interpessoais (Landau, 2007; Pimenta & Noto, 2006).

Diante disso, como tanto o comportamento violento, quanto o de abuso de álcool envolvem segredo e negação, dificilmente os envolvidos buscam ajuda espontaneamente. Dessa forma, é importante que profissionais de diferentes áreas (saúde, educação, social, segurança) sejam capazes de identificar e encaminhar para atendimento famílias que estejam vivendo uma situação de violência associada ao abuso de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, os agentes comunitários e profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família poderiam ser aliados de fundamental importância, uma vez que têm acesso às famílias na própria comunidade.

5.5. Limitações do estudo

O presente estudo envolve algumas limitações que merecem ponderação:

Foi entrevistado apenas um membro de cada família, o que pode ter empobrecido a narrativa e/ou levado a omissões de fatos. Muitas vezes, o entrevistado não conhece a história de todos os membros da família, que pode ser devido à existência de fatos não contados, às falhas de memória em relação a fatos ocorridos durante sua infância, ao não conhecimento de uma parte da família (devido à distância física/geográfica ou temporal), ou ainda à existência de segredos familiares. Estes são muito frequentes quando há história de violência intrafamiliar e abuso de álcool, questões que envolvem

inúmeros sentimentos, como medo, vergonha e também negação. Esses segredos invariavelmente interferem e colaboram para determinar a dinâmica da família. Sendo assim, é possível que haja um número maior de indivíduos com associação AV nas famílias estudadas.

Além disso, foram entrevistadas apenas pessoas dispostas a falar sobre o tema. Portanto, pode haver diferença entre o relato dos entrevistados em relação a outras pessoas menos dispostas a contar sua história de violência associada ao uso de álcool.

Outra limitação importante diz respeito à metodologia utilizada. Por se tratar de um estudo de abordagem qualitativa, no qual a amostra foi composta a partir de critérios específicos (amostra intencional), os resultados obtidos não podem ser generalizados.

5.6. Considerações finais e perspectivas para futuras pesquisas

O genograma revelou que a associação AV permeia as gerações de determinadas famílias e apresenta padrões peculiares, como a repetição do comportamento em linha direta de parentesco e por meio do casamento. Além disso, foi possível observar que a frequência do comportamento AV é bastante elevada nessas famílias, prevalecendo inclusive, sobre os comportamentos (abuso de álcool ou violência) isolados. No entanto, seria interessante avaliar tais frequências com mais precisão, por meio de estudos quantitativos (epidemiológicos) sobre a prevalência da associação álcool-violência ao longo das gerações.

Foi observada ainda repetição multigeracional de comportamentos específicos, como tipo de violência, momento do ciclo vital familiar, valores e crenças. Esse conjunto de dados evidencia a relevância dos fatores psicossociais na transmissão multigeracional da associação AV e, portanto, indicam a relevância de pesquisas sobre abordagens terapêuticas e preventivas que contemplem o indivíduo a partir de sua rede e história familiar atual e pregressa. O genograma poderia, então, ser utilizado como um instrumento para desvelar as repetições familiares e auxiliar na promoção de insights sobre a estrutura, a dinâmica e os mitos sustentados pela família.

Estudos de casos mais detalhados com irmãos gêmeos ou filhos adotivos poderiam ampliar a compreensão sobre a influência dos fatores psicossociais na transmissão multigeracional. Seriam interessantes estudos específicos, que ajudassem a entender melhor as questões genéticas e ambientais/relacionais envolvidas na associação AV, assim como acontece com o alcoolismo estudado como comportamento isolado.

Outra perspectiva de estudos futuros seria a respeito dos familiares resilientes, ou seja, dos filhos de pais que apresentam padrão de comportamento AV que conseguem romper o padrão familiar e transformar sua história. Nos genogramas estudados, foram observados alguns casos de indivíduos resilientes, contudo, seria preciso compor uma amostra mais específica e investigar questões relativas à experiência desses membros do sistema familiar. Seria importante ainda questionar como as crenças e valores individuais e familiares sustentam o rompimento do padrão de repetição; como os compromissos de lealdade com as gerações precedentes são rompidos, de

forma a possibilitar mudanças. Talvez a compreensão dessa dinâmica possa oferecer preciosas informações para o direcionamento de abordagens terapêuticas e preventivas.

6. Conclusões

Este trabalho permitiu algumas conclusões:

1. Nos genogramas estudados, os casos de comportamento associado, de abuso/dependência de álcool e violência (AV), prevaleceram em relação aos casos desses comportamentos isolados. Essa preponderância sugere que não se trata de uma ocorrência casual, mas de um padrão peculiar às famílias estudadas.
2. Os padrões de estrutura familiar, observados nos genogramas, sugerem que a associação AV ocorre multigeracionalmente, principalmente, por linha direta de parentesco (pai-filho) e por meio do casamento, quando filhas de pais que apresentam a associação AV se casam com homens de comportamento semelhante.
3. Entre as famílias estudadas, foi observada reprodução de especificidades das relações familiares ao longo das gerações, como padrão de consumo de álcool, tipo de violência, reação das vítimas, momento do ciclo vital familiar. Esses dados evidenciam a relevância dos fatores psicossociais na transmissão multigeracional da associação AV.
4. Foi observada dificuldade de romper o padrão de comportamento AV, o que evidencia a forte influência do legado familiar na constituição de novas relações conjugais.
5. A crença de que o álcool causa ou justifica a violência parece minimizar a responsabilidade de agressor e favorecer a reincidência da violência por prolongado período de tempo.
6. As crenças e valores familiares sobre a indissolubilidade do casamento ("*Na minha família, casamento é pra vida toda*") e as acentuadas

diferenças de gênero ("*Na minha família homem bebe e mulher apanha*") permeiam a família ao longo das gerações e favorecem a manutenção da relação AV. Essas crenças e valores parecem sustentar o Mito da União Familiar.

7. Os dados observados sugerem que a associação AV envolve diversos aspectos das relações familiares ao longo das gerações. Isto indica a importância de abordagens terapêuticas e preventivas que considerem a família em um contexto mais amplo, que contemple seus padrões de repetição, crenças e valores multigeracionais.

7. Anexos

Anexo 1 - ROTEIRO ENTREVISTA COM FAMILIARES

Violência familiar associada ao consumo de psicotrópicos

GENOGRAMA

Não (apenas para os entrevistados que não tem filhos): - Início pela história dos avós.

1.1. Seus avós paternos estão **vivos**? **Casados/ separados**? Quantos **anos** eles têm (ou tinham quando morreram)?

1.2. Quanto **tempo** eles ficaram **casados**?

1.3. Algum deles estabeleceu **outro relacionamento**?

1.4. Quantos **filhos** eles tiveram?

- Agora a história dos seus **avós maternos**.

1.5. Seus avós maternos estão **vivos**? **Casados/separados**? Quantos **anos** eles têm (ou tinham quando morreram)?

1.6. Quanto **tempo** eles ficaram **casados**?

1.7. Algum deles estabeleceu **outro relacionamento**?

1.8. Quantos **filhos** eles tiveram?

- Agora a história dos seus **pais**.

1.9. Seus pais estão **casados**? Quantos **anos** eles têm (ou tinham quando morreram)?

1.10. Quanto **tempo** eles ficaram **casados**?

1.11. Algum deles estabeleceu **outro relacionamento**?

1.12. Quantos **filhos** eles tiveram?

- **Você**

1.13. Você é **casado(a)**? (ou vive com companheiro) Qual a **idade** dele(a)?

1.14. Há quanto **tempo** você tem esse relacionamento?

Sim (tem filhos) – início pela história dos pais:

2.1. Seus pais estão **casados**? Quantos **anos** eles têm (ou tinham quando morreram)?

2.2. Quanto **tempo** eles ficaram **casados**?

2.3. Algum deles estabeleceu **outro relacionamento**?

2.4. Quantos **filhos** eles tiveram?

- **Você**

2.5. **Você é casado(a)**? Qual a **idade** dele(a)?

2.6. Há quanto **tempo** você tem esse relacionamento?

2.7. Quantos filhos vocês têm? Vocês têm filhos de **outros relacionamentos**?

2.8. Seus **filhos** são **casados** ou tem namorado(a)? Têm filhos? Como é relacionamento entre o casal?

O que é violência para você?

3.1. Tendo em vista todas essas pessoas que nós desenhamos e o seu conceito de violência:

3.2. Como era o relacionamento entre essas pessoas? Quais você considera(va) **violentas**? Como era essa violência?

3.3. Quais você considera(va) **vítimas** de agressões? Como ela reagia (ou não) a essa agressividade?

3.1. Quais já tiveram problemas com o uso de **bebidas alcoólicas e/ou outras drogas** (maconha, cocaína, medicamentos psicotrópicos, solventes).

Quais eram violentas sob efeito da bebida e/ou outras drogas?

CICLO VITAL DA FAMÍLIA como grupo

Infância e adolescência

- 4.1. Em que ano e onde você nasceu?
- 4.2. Como foi sua **infância**? Com quem você morava?
- 4.3. Como era seu **relacionamento** com seus **pais** (ou adulto responsável) nessa época?
- 4.4. E a sua **adolescência**? Como foi?
- 4.5. Como era seu **relacionamento** com seus **pais** (ou adulto responsável) nessa época?
- 4.6. Você **namorou** na adolescência? Como foram esses relacionamentos?

Família constituída

- 5.1. Como vocês (ou seus pais) se **conheceram**?
- 5.2. Quando e como passaram a viver juntos (casaram)?
- 5.3. Como foi o **início da vida conjugal**? (namoro e casamento)
- 5.4. Como foram os **primeiros anos** juntos?
- 5.5. E depois? (**nascimento de filhos**)
- 5.6. Como foi a vida **profissional** da família? (profissão, desemprego, aposentadoria)

5.7. Houve **mudanças** de residência? Como e quando ocorreram?

5.8. Houve **separações**? Como e quando ocorreram?

5.9. Houve **mortes ou doenças** importantes? Como e quando ocorreram?

Uso de álcool/droga

6.1. Tinha uso de outras drogas? Quando começou?

6.2. Em que período se **intensificou** o consumo? (qual a frequência?)

6.3. Em que período **diminuiu** o consumo? (qual a frequência?)

6.4. Quais foram os principais **problemas** associados ao consumo?

6.5. Quando você acha que as **agressões** (brigas) começaram?

6.6. Qual era o **tipo de agressão**?

6.7. Em que período se **intensificaram**? (qual a frequência?)

6.8. Em que período **diminuíram**? (qual a frequência)

6.9. **Toda vez** que a pessoa estava sob efeito [da substância] ocorria agressão?

6.10. A agressão **somente** ocorria quando a pessoa estava sob efeito [da substância]?

6.11. Na sua opinião, o uso [da substância] está relacionado com as agressões (ou vice versa)? Como é essa relação (ou essa ausência de relação)?

6.12. Vocês chegaram a procurar **ajuda** (saúde, segurança) para uma dessas questões, ou seja, para o consumo e/ou para a violência? Em quais períodos?

6.13. **Se sim**: Como foi? Seguiram até as últimas etapas com a orientação e/ou auxílio recebido?

ROTINA DA FAMÍLIA

(Na ocasião das agressões – **período de maior intensidade** da violência associada ao consumo)

7.1. Como era a rotina da família durante a **semana**?

(escola, trabalho, lazer, atividades domésticas, refeições, etc)

7.2. E no **final de semana**?

7.3. Como a **agressão** e o **consumo de bebidas/drogas** se encaixavam nessas rotinas?

(em que contexto o consumo era iniciado/intensificado e que contexto a agressão começava)

PENSAMENTO-SENTIMENTO-COMPORTAMENTO

(Do entrevistado)

8.1. Você poderia me contar um pouco mais sobre como foi a sua vida nesse período em que havia uso [da substância] e agressão em casa?

Como era uso/violência? Em quais ocasiões acontecia uso/violência? Quem participava? Como as pessoas reagiam (ou não)?

O que você **sentia** (o corpo tem memórias)? O que você **fazia** para evitar ou se proteger?

(Antes durante e depois da agressão)

Se não souber generalizar, focar em um exemplo (típico).

Contextualizar o exemplo. (O que estava fazendo pouco antes? Com quem que estava)? O que estava pensando e sentindo. Quando começou a usar ou sentir fissura? Você já imaginava que poderia ter violência?) Você fez alguma coisa para evitar ou se proteger?

8.2. Você **conversava** com alguém sobre essas questões? O que essa(s) pessoa(s) te falavam?

8.3 .Você acha que o uso [da substância] e as agressões **influenciaram** a tua vida? Como?

8.4. Por que você acha que havia o uso da [da substância]? E da agressão?

8.5. Se não procurou ajuda:

O que é que você acha que te **impediu** de procurar ajuda profissional? (saúde ou segurança). O que você pensava? O que você sentia?

8.6. Se procurou ajuda:

O que é que você acha que te **incentivou** a procurar ajuda profissional? (saúde ou segurança). O que você esperava? Você recebeu a ajuda que esperava? Como foi?

Apenas para quem tentou mudar a situação (não necessariamente com ajuda externa)

9.1. O que (ou quem) te ajudou a tentar mudar? (parentes, amigos, instituições, informações, etc.)? Como foi?

9.2. O que (ou quem) você pensou que ia te ajudar e não ajudou? Como foi?

9.3. Você se **arrependeu** de tentado mudar a situação (ou mudado)? Você perdeu alguma coisa com essa tentativa ou mudança?

Você indicaria alguém, que passou por uma situação parecida com a sua, para ser entrevistado(a)?

Anexo 2

DEPTO DE PSICOBIOLOGIA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: **Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo com genograma.**

Objetivo: O presente projeto tem por objetivo compreender o fenômeno da violência familiar associada ao uso de bebidas alcoólicas a fim de subsidiar programas de saúde. Para tanto, serão convidadas a colaborar, pessoas que possam fornecer informações a respeito dessa realidade.

Procedimentos: A participação no projeto envolve uma entrevista gravada de cerca de duas horas envolvendo perguntas sobre funcionamento familiar, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, situações de violência familiar, eventuais comportamentos de risco, conseqüências médicas e psicológicas, entre outros. A fita gerada pela entrevista ficará em local seguro sob responsabilidade do coordenador do projeto, não sendo permitido acesso por parte de qualquer pessoa alheia ao projeto.

O relato é anônimo e as informações prestadas serão usadas exclusivamente para finalidade de pesquisa.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, que não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Ana Regina Noto, Cláudia Silveira Tondowski e Zila van der Meer Sanchez, que podem ser encontradas no CEBRID (Rua Botucatu, 862 1º andar – tel 21490155 ramal 125). Caso você tenha alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Rua Botucatu, 572 1º andar CJ 14 – tel 5571 1062 – fax 5539 7162 – e-mail cepunifesp@epm.br)

Eu, _____
_____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre “violência familiar associada ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas”, discuti com o pesquisador _____ sobre a minha decisão em participar do estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados; seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesse serviço.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

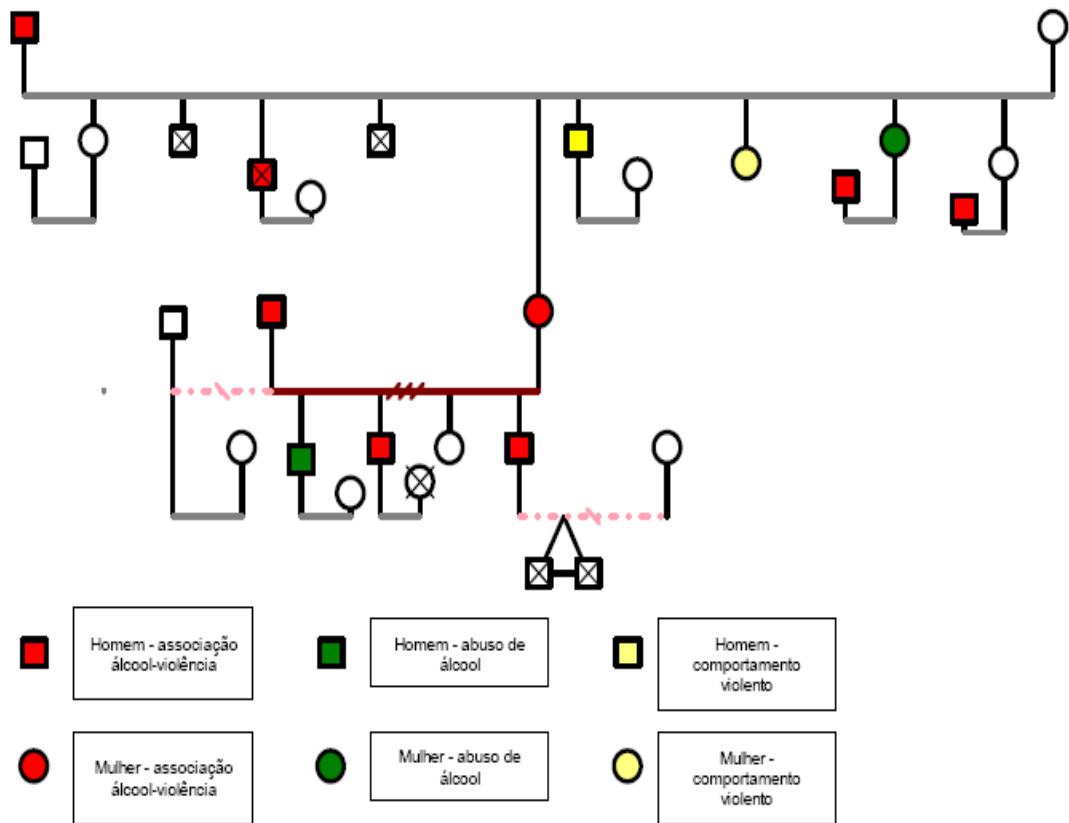
Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Pesquisador(a)

Anexo 3

GENOGRAMA



8. Referências

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Andolfi M, Angelo C. Tempo e mito em psicoterapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Athayde ES, Gil CRR. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. Rev. Espaço para a Saúde, Londrina. 2005;6(2):13-22.

Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e Violência Fatal em Família. São Paulo: Iglu; 1998.

Ball D. Genetic approaches to alcohol dependence. British Journal of Psychiatry. 2004;185:449-51.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

Bell NS, Harford TC, Fuchs CH, McCarroll JE, Shwartz CE. Spouse abuse and alcohol problems among white, african american and hispanic US Army soldiers. Alcohol Clin Exp Res. 2006;30(10):1721-33.

Berman ME, Tracy JI, Coccaro EF. The serotonin hypothesis of aggression revisited. Clinical Psychology Review. 1997;17(6):651-65.

Birger M, Marnina S, Cohen D, Alesh Y, Grishpan C, Kotelr M. Aggression: the testosterone-serotonin link. IMAJ. 2003;5:653-8.

Boles SM, Mioto K. Substance abuse and violence. A review of the literature. Aggression and Violent Behavior. 2003;8:155-74.

Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Lealtades invisibilias. Buenos Aires: Amorrortu; 1983.

Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson. 1978.

Breunlin DC, Schwartz RC, Kune-Karrer BM. Metaconceitos - transcendendo os modelos de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed. 2000.

Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williams C. Characteristics of participants in domestic violence: assessment at the scene of domestic assault. JAMA. 1997;277(17):1369-73.

Caetano R, Schafer J, Cunradi CB. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and hispanic couples in the United States. Alcohol Research and Health. 2001;25(1):58-65.

Campbell J. O poder do mito. São Paulo: Palas Athena. 2007 (1990).

Caramaschi D, Boer SF, Koolhaas JM. Differential role of the 5HT_{1A} receptor in aggressive and non-aggressive mice: an across-strain comparison. Physiology & Behavior. 2007;90:590-601.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. Revista IMESC. 2001;3:9-35.

Cervený CMO. A família como modelo. Desconstruindo a patologia. São Paulo: Psy II; 1994.

Chermack ST, Giancola PR. The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. Clinical Psychology Review. 1997;17(6):621-49.

Clotfelter E, O'Hare EP, McNitt MN, Carpenter RE, Summers CH. Serotonin decreases aggression via 5-HT_{1A} receptors in the fighting fish *Betta splendens*. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2007;87:222–231.

Cordeiro Q, Siqueira-Roberto J, Vallada H. Gene-environment interaction and violence manifestation. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(3):293-4.

Craft SM, Serovich JM. Family-of-origin factors and partner violence in the intimate relationships of gay men who are HIV positive. J Interpers Violence. 2005;20(7):777-91.

Dick DM, Rose RJ, Kaprio J. The next challenge for psychiatric genetics: characterizing the risk associated with identified genes. Ann Clin Psychiatry. 2006;18(4):223-31.

Duarte PCAV, Carlini-Cotrim. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*. 2000;1(1):17-25.

Ducci F, Goldman D. Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. *Addiction*. 2008.

Easton CSS; Sinha R. Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;19:1-5.

Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*. 2003;8:1555–1574.

Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004;31(2):53–62.

Fonseca AM, Galduróz JCF, Pires MLN, Carlini ELA, Noto AR. Violência doméstica associada ao álcool no Brasil: um levantamento domiciliar envolvendo as 108 maiores cidades do país. No prelo.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. 2008;24(1):17-27.

Formigoni MLOS, Kessler F, Pechansky F. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. Módulo II. In: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de

substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Formigoni MLOS, Galduróz JCF, De Micheli D. Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. Módulo II. In: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Formigoni MLO. Neurobiologia da dependência de substâncias psicoativas. In: Seibel SD. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2000.

Fuller BE, Chermack ST, Cruise KA, Kirsch E, Fitzgerald HE, Zucker RA. Predictors of aggression across three generations among sons of alcoholics: relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. J. Stud Alcohol. 2003;64(4):472-83.

George DT, Umhau JC, Phillips MJ, Emmela D, Ragan PW, Shoaf SE, et al. Serotonin, testosterone and alcohol in etiology of domestic violence. Psychiatry Research. 2001;104:27-37.

Helling MK, Stover RG. Genogram as a research tool. 2005. Disponível em: <http://www.misu.nodak.edu/research>

Hesselbrock V, Higuchi S, Soyka M. Recent developments in the genetics of alcohol-related phenotypes. Alcohol Clin Exp Res. 2005;29(7):1321-4.

Houry D, Reddy S, Parramore C. Characteristics of victims coarrested for intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2006;21(11):1483-92.

Irons R, Schneider JP. When is domestic violence a hidden face of addiction? *Journal of Psychoactive drugs*. 1997;29:337-44.

Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE, Dodge KA, Rutter M, Taylor A, et al. Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*. 2005;17:67-84.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359:1423-9.

Johnson J, Left M. Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*. 1999;103(5):1085-99.

Klostermann KC, Fals-Stewart. Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11:587-97.

Koenen KC. Nature-nurture interplay: genetically informative designs contribute to understanding the effects of trauma and interpersonal violence. *J Interpers Violence*. 2005;20(4):507-12.

Krestan JA, Bepko C. Problemas de alcoolismo e ciclo de vida familiar. In Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo vital familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Krom M. Família e mitos – prevenção e terapia: resgatando histórias. São Paulo: Summus Editorial; 2000.

Johnson J, Left M. Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*. 1999;103(5):1085-99.

Landau J. Enhancing resilience: families and communities as agents for change. *Fam Proc*. 2007; 46:351-65.

Leonard KE. Alcohol's role in domestic violence: a contributing cause or an excuse? *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(412):9-14.

Leonard KE. Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? *Journal of Substance Use*. 2001;6:235-47.

Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *J Stud Alcohol*. 2005;66(3):407-12.

Macdonald S, Wells S, Giesbrecht N, Cherpitel CJ. Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries: result from an emergency room study. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999;55: 53-61.

Malin SL, Moracco KE, Garro J, Tsui AO, Kupper LL, Chase JL, et al. Domestic violence across generations: findings from northern India. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31:560-72.

Manuck SB, Flory JD, Muldoon MF, Ferrell RE. Central nervous system serotonergic responsivity and aggressive disposition in men. *Psychology & Behavior*. 2002;77:705-9.

McGoldrick M, Gerson R, Petry S. *Genograms. Assessment and intervention*. New York: W W Norton & Company; 2008.

McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. *Genograms. Assessment and intervention*. New York: W W Norton & Company; 1999.

Mears DP. Research and intervention to reduce domestic violence revictimization. *Trauma Violence Abuse*. 2003;4(2):122-47.

Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-23.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia (Hucitec); 1993.

Murphy CM, Winters J, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Murphy M. Alcohol consumption and intimate partner violence by alcoholic men: comparing violent and nonviolent conflicts. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2005;19(1):35-42.

Noto AR, Fonseca AM, Silva EA, Galduróz JC. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: Um

levantamento no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*. 2004;5(1):9-17.

O'Leary KD, Schumacher JA. The association between alcohol use and intimate partner violence: linear effect, threshold effect, or both? *Addictive Behavior*. 2003;28:1575-85.

Olivier B, Oorschot R. 5HT1B receptors and aggression. A review. *European Journal of Pharmacology*. 2005;526:207-17.

Panuzio J, O'Farrell TJ, Marshall AD, Murphy CM, Murphy M, Taft CT. Intimate partner aggression reporting concordance and correlates of agreement among men with alcohol use disorders and their female partners. *Assessment*. 2006;13(3):266-79.

Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage Publications; 1990.

Pimenta M, Noto AR. *Filhos de pais dependentes de álcool violentos: repetição ou transformação [monografia]*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2006.

Pohorecky LA. Biphasic action of ethanol. *Neuroscience Behavioral Reviews*. 1977;1(4):231-240.

Pridemore WA. Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*. 2002;92(12):1921-30.

Rezende IG, Krom M, Yamada MO. A repetição intergeracional e o significado atual da deficiência auditiva. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2003;19(2):177-84.

Rizzini I, Castro MR, Sartor CD. *Pesquisando... guia de metodologias de pesquisa para programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula; 1999.

Seixas MRA. *Sociodrama familiar sistêmico*. São Paulo: ALEPH; 1992.

Shrader E, Sagot M. *Domestic violence: women's way out*. Pan American Health Organization. Washington: States Unites of América; 2000.

Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J, Tsuang J, Hesselbrock V, Bucholz K. Response to alcohol in daughters of alcoholics: a pilot study and a comparison with sons of alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*. 2000;35(3):242-8.

Smith JA, Eathough V. Interpretative phenomenological analysis. In: Hammond S, Fife-Shaw C, Smith JA. *Research methods in psychology*. SAGE Publication; 2006. p. 322-41.

Smith J. Addiction medicine and domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;19:329-38.

Stahl SM. *Psicofarmacologia – Base neurocientífica e aplicações práticas*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.

Straus MA, Hamby SL, McCoy SB, Sugarman DB. The revised conflict tactics scale (CTS2). *Journal of Family Issues*. 1996;17(3):283-316.

Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003;18(7):735–743.

Thompson MP, Kingree JB. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *J Interpers Violence*. 2006;21(2):163-77.

Tracy JI, Coccaro EF. The serotonin hypothesis of aggression revisited. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(6):651-65.

Turato ER. Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. In: Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 437-521.

Walsh F. Crenças, espiritualidade e transcendência. Chaves para a resiliência da família. In McGoldrick M. *Novas abordagens da terapia familiar. Raça, cultura e gênero na prática clínica*. São Paulo: Roca; 2003.

Watts C, Shrader E. How to do (or not to do)... The genogram: a research tool to document patterns of decision-making, conflict and vulnerability within households. *Health Policy and Planning*. 1998;13(4):459-64.

World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html

WHO. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva. 2002.

WHO. World Health Organization. 10th Special Report to the US Congress on alcohol and health. US Department of Health and Human Services. 2000.

WHO. World Health Organization. Qualitative research for health programmes. Division of Mental Health Geneva; 1994.

Wimbush FB, Peters RM. Identification of cardiovascular risk: use of a cardiovascular-specific genograma. Public Health Nurs. 2000;17(3):148-54.

Wolin SJ, Bennett LA, Noonan DL, Teitelbaum MA. Disrupted family rituals. A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol. 1980;41(3):199-214.

Zuma CE. A visão sistêmica e a metáfora de rede social no trabalho de prevenção de violência intrafamiliar em comunidades. Nova Perspectiva Sistêmica. 2004;XIII,23.

Abstract

INTRODUCTION: Even though about half of family violence cases take place under circumstances of alcohol use, few are the studies that target family patterns and the association between those phenomena. The objective of this work was to study the multigenerational patterns of family violence associated with alcohol abuse. The research was based on the genogram of three generations of offenders and victims involved in this kind of violence.

METHODS: The sample was intentional, comprised (up to the point of theoretical saturation) by 23 victims and 19 offenders with multigenerational history of family violence associated with alcohol abuse. We carried out semi-structured individual anonymous interviews, so that each interviewee's genogram could be created. The interviews were recorded and submitted to

content analysis. **RESULTS:** The genogram analysis showed the preponderance of cases of violence and alcohol abuse/dependence as associated behaviors, as well as the multigenerational transmission of this association. This pattern took place mostly by father to son transmission and repetition by marriage. Repetition of relational patterns were observed across family generations, as violence aspects, family life cycle events and reaction to violence situations. Family beliefs regarding alcohol as a cause or an excuse to violent behavior, or marriage indissolubility seems to minimize batterers' responsibility and to promote violence recurrence for long time.

CONCLUSIONS: Results confirm the multigenerational reproduction of family violence associated with alcohol abuse, regard cultural influences, beliefs and

family values. Therefore, intervention strategies aiming to prevent multigenerational patterns behavior repetition are needed.

Key words: alcohol abuse, family violence, family, genogram, substance abuse related disorders.



São Paulo, 27 de abril de 2007.
CEP 0386/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) ANA REGINA NOTO

Co-Investigadores: Claudia Silveira Tondowski

Disciplina/Departamento: Psicobiologia/DIMESAD da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: FAPESP.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: estudo com genograma trigeracional”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: estudo clínico observacional de perfil populacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Estudar os padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, por meio da análise do genograma de três gerações, de autores e de vítimas desse tipo de violência.

RESUMO: Subprojeto do projeto aprovado (CEP 1/2004) O estudo será composta por 80 pessoas com histórico pessoal de violência familiar associada ao abuso de álcool (cerca de 40 autores e 40 vítimas). Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais e anônimas, para a construção do genograma de cada entrevistado, com foco na violência e no consumo indevido de bebidas alcoólicas em três gerações. As entrevistas serão gravadas, para posterior transcrição, construção do genograma e análise de conteúdo categorial.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Compreender o fenômeno da violência familiar associada ao uso de bebidas alcoólicas a fim de subsidiar programas de saúde.

MATERIAL E MÉTODO: descrito e apresentado o instrumento que será utilizado nas entrevistas.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: FAPESP.

CRONOGRAMA: 06 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **26/4/2008 e 26/4/2009.**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.



2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo