



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Amanda Cristina Fioretto

**Validação de um instrumento de triagem para
identificação de filhos de alcoolistas, aplicável por
pessoal não especializado.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

**Botucatu
2014**

Amanda Cristina Fioretto

Validação de um instrumento de triagem para identificação de filhos de alcoolistas, aplicável por pessoal não especializado.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

Botucatu
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Fioretto, Amanda Cristina.

Validação de um instrumento de triagem para identificação de filhos de alcoolistas, aplicável por pessoal não especializado / Amanda Cristina Fioretto. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: José Manoel Bertolote

Capes: 40600009

1. Adolescentes. 2. Alcoolismo - Prevenção. 3. Jovens - Uso de álcool. 4. Crianças. 5. Pais e adolescentes. 6. Psicotrópicos.

Palavras-chave: Adolescentes; Alcoolismo; CAST; Substâncias psicoativas.

AMANDA CRISTINA FIORETTO

Validação de um instrumento de triagem para identificação de filhos de alcoolistas,
aplicável por pessoal não especializado.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

Comissão examinadora

Prof. Dr. José Manoel Bertolote (Orientador)
Depto. Neurologia, Psicologia e Psiquiatria
FMB – UNESP

Profa. Dra. Florence Kerr-Corrêa
Depto. Neurologia, Psicologia e Psiquiatria
FMB – UNESP

Dr. Rodrigo da Silva Dias
Pesquisador - Grupo de Pesquisa em Transtorno Afetivo
Bipolar do Depto de Psiquiatria da Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo

Botucatu, 28 de agosto de 2014.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a **Deus**, que permitiu que tudo isso acontecesse, além de ter me dado força e coragem para superar todas as dificuldades encontradas no caminho.

Ao meu orientador **Prof. Dr. José Manoel Bertolote**, pelo apoio, incentivo e ensinamentos sempre ministrados atenciosamente e com competência.

Aos meus pais **Ademir e Sandra**, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, com seu incentivo e amor incondicional.

Ao meu irmão **Kleber**, que quando precisei sempre me acolheu com palavras sábias.

Ao **Bruno**, pessoa muito especial em minha vida, que me acompanhou na fase de conclusão do mestrado, sempre me apoiando e incentivando, com compressão e carinho nas horas difíceis de desânimo e cansaço.

Aos meus **familiares**, pessoas especiais em minha vida, que fazem parte do meu ser.

Aos meus **amigos e amigas** conquistados em minha vida, sempre presentes, pelos quais tenho grande apreço e consideração.

Às entrevistadoras **Rozeni, Paula, Gisele, Juliana e Fernanda** que contribuíram com suas experiências.

À **Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP**, ao **Centro de Saúde Escola**, ao **Ambulatório da FMB**, as **Unidades de Saúde da Família**, as **Unidades Básicas de Saúde** e o **CAPSad da cidade de Botucatu/SP** e aos profissionais pela oportunidade e colaboração com as colheitas de dados.

“O Senhor é a minha luz e a minha salvação;
de quem terei medo?
O Senhor é a fortaleza da minha vida;
a quem temerei?”

SI 27.1

Resumo

FIORETTO, A. C. **Validação de um instrumento de triagem para identificação de filhos de alcoolistas, aplicável por pessoal não especializado.** 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

As substâncias psicoativas, entre as quais o álcool, são consideradas um grande problema de saúde pública em praticamente todo o mundo, fato que não está sendo considerado com devida importância. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 40% da população mundial acima de 15 anos de idade morrem em decorrência das consequências graves deste uso. No Brasil, o álcool é a droga lícita mais consumida, sendo associada a danos no âmbito orgânico, psicológico e social. O alcoolismo, além de ser considerado patológico, está relacionado à uma alta taxa transgeracional, e as piores consequências estão ligadas ao alcoolismo paterno, de forma que os filhos destes podem apresentar um risco quatro vezes maior de se tornarem alcoolistas quando adultos, além de trazer riscos para o desenvolvimento de problemas comportamentais, psiquiátricos e dificuldades escolares, chegando a afetar o equilíbrio relacional da família. Desta forma, o objetivo desta pesquisa visa validar quantitativamente o instrumento *Children of Alcoholic Screening Test* (CAST) no Brasil, além de testar a relação entre alcoolismo dos pais e a pontuação do teste obtida pelos seus respectivos filhos, para que o mesmo possa ser utilizado por pessoal não especializado. Participaram desse estudo 45 crianças/adolescentes entre 10 anos completos e 18 anos incompletos. Concluímos que, de acordo com os resultados obtidos, o instrumento TEFA (tradução de CAST), é válido para ser usado no Brasil por pessoal não especializado, pois além de permitir nos levar até os pais alcoolistas antes que os mesmos estejam com problemas graves de saúde, também permite observar mais de perto esses filhos focando a prevenção do desenvolvimento de futuros problemas.

Palavras-chave: alcoolismo, problemas de saúde, substância psicoativa, crianças, adolescentes, CAST.

Abstract

FIORETTO, A. C. Validation of a screening instrument to identify children of alcoholic people, applicable by non-specialist staff. 2014 Master Thesis – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

Psychoactive substances, including alcohol, are considered a major public health problem in almost all over the world, however it hasn't been given the proper importance it deserves. According to the World Health Organization, about 40% of the population of the world over the age of 15 die as a result of the serious consequences of this drinking. In Brazil, alcohol is the most used licit drug, and it is associated with harms to the body, to the mind and to the social context. Alcoholism is a disease with a high transgenerational rate, particularly in cases of paternal alcoholism, so that children of alcoholic fathers may have a four times higher risk of becoming alcoholics as adults, in addition to risks of developing behavioral, psychiatric problems and learning disabilities; it also can affect family relationship. The aim of this research is to validate quantitatively the Children of Alcoholic Screening Test (CAST) instrument in Brazil, besides testing the relation between parental alcoholism and the test scores obtained by their children, so it can be used by non-specialist staff. The test was performed in 45 children / adolescents within the 10 to 17 years age range. The results obtained indicate that TEFA (portuguese translation of CAST) is applicable in Brazil by non-specialist staff, helping to identify, through their children, alcoholic parents in early stages of their alcohol problems, and allowing also a closer follow up of these children in order to preventing the development of future problems.

Keywords: alcoholism, health problems, psychoactive substance, children, adolescents, CAST.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Comparação entre alcoolistas e não alcoolistas de acordo com as variáveis sociodemográficas, Botucatu, 2014. ----- 37

Tabela 2 - Comparação da resposta do CAST dos mesmos sujeitos entrevistado várias vezes pelos mesmos entrevistadores, para verificar a variabilidade interobservador, Botucatu, 2014. ----- 39

Tabela 3 - Comparação da resposta do CAST dos mesmos sujeitos entrevistados por diversos entrevistadores, para verificar a variabilidade intraobservador, Botucatu, 2014. ----- 41

Tabela 4 - Comparação entre os instrumentos AUDIT, CAGE e CAST, Botucatu, 2014. ----- 42

Tabela 5 - Comparação entre os instrumentos AUDIT em relação à pontuação do CAST, Botucatu, 2014. ----- 43

Lista de Abreviatura

APA	<i>Alcohol Abuse and Dependence</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CAGE	Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAST	<i>Children of Alcoholic Screening Test</i>
CEP	<i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSE	Centro Saúde Escola
DSM-IV	Quarta Revisão do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
UNESP	Universidade Estadual Paulista
MS	Ministério da Saúde
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SDA	Síndrome de Dependência do álcool

SUS Sistema Único de Saúde

TEFA Teste de Triagem de Filhos de Alcoolistas

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	Breve História do Alcoolismo.....	17
2.2	Padrão de Consumo.....	23
2.3	Níveis de uso.....	26
3.	OBJETIVOS	28
4.	MÉTODOS	29
4.1	População-alvo.....	29
4.2	Período de execução.....	29
4.3	Aspectos éticos	29
4.4	Instrumentos.....	30
4.4.1	Consentimento informado e esclarecido (Anexo B):	30
4.4.2	Dados Sociodemográficos (Anexo C):.....	30
4.4.3	AUDIT (Anexo D):	30
4.4.4	CAGE (Anexo E):	31
4.4.5	CAST (Anexo F):	31
4.4.6	Teste do Objetivo 1	32
4.4.7	Teste do Objetivo 2	34
5.	RESULTADOS	36
6.	DISCUSSÃO	44
7.	REFERÊNCIAS.....	46
8.	ANEXOS	54
	ANEXO A - Protocolo do comitê de ética em pesquisa da faculdade de medicina de Botucatu	55
	ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido	56

ANEXO C – Questionário sóciodemográfico	57
ANEXO D - Teste AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	60
ANEXO E - Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE).....	62
ANEXO F - Children of alcoholic screening test (CAST)	63
ANEXO G - Teste de triagem de filhos de alcoolistas (TEFA) Tradução do CAST ...	65
ANEXO H - Declaração de Compromisso	67
ANEXO I - Autorização do CSE (Centro Saúde Escola)	68
ANEXO J - Autorização do CAIS “Professor Cantídio”/ CAPSad	70
ANEXO K - Autorização da Fundação UNI	71
ANEXO L - Autorização da Prefeitura de Botucatu – Secretaria da Saúde.....	72

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 90% da população ocidental adulta consome algum tipo de bebida alcoólica, e este consumo é amplamente difundido e socialmente aceito na maioria dos países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o alcoolismo é a terceira maior causa de mortalidade e morbidade no mundo; cerca de 40% da população mundial acima de 15 anos de idade morrem em decorrência das consequências negativas do consumo de álcool (FACCIO, 2008; SILVEIRA, 2010).

“Nos países desenvolvidos, o álcool desponta como terceiro fator de risco para morbi-mortalidade, responsável por 9,2% do DALYs (sigla referente aos anos de vida perdidos ou incapacitados) e as drogas ilícitas aparecem em oitavo lugar, com 1,8% do DALYs. Nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade, como o Brasil, apenas o álcool, dentre as substâncias psicoativas, surge como principal fator de risco, com 6,2% do DALYs” (LUIS; LUNETTA, 2005, p.1220; SILVA et al., 2007, p.700).

No Brasil, o álcool é a droga lícita mais consumida e a média de idade do primeiro episódio de uso de álcool é de 12,35 anos, variando de 5 a 19 anos de idade; 78% dos casos ocorrem antes dos 15 anos e cerca de 22% antes dos 10 anos (VIEIRA et al., 2007 apud FACCIO, 2008).

Em 2004, foi estimado que os brasileiros consumiram no ano cerca de 8,32 litros de álcool puro por adulto, bastante acima da média mundial que é de 5,8 litros. De acordo com a Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease – GBD*), no Brasil, em 2000, o álcool foi o principal fator de risco para a saúde, sendo responsável por 11,4% de anos de vida perdidos por incapacidade (MARI et al., 2005; ANDRADE et al., 2009a).

A bebida se integrou de maneira crescente e rápida na cultura brasileira; o que era um hábito apenas em festas, hoje está fazendo parte da interação social, o que gera a tentação de transcender a si mesmo, fazendo com que a pressão social para seu consumo seja quase insuportável (ESPINHEIRA; ANDRADE, 2012).

O uso abusivo e/ou a dependência de álcool tem sido também abordado historicamente com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, sendo associadas à criminalidade e práticas antissociais, resultando assim em modelos de exclusão/separação destes do convívio social (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, o uso indevido e/ou a dependência do álcool é considerado um problema de saúde pública no Brasil, pois afeta multifatorialmente cerca de 8% da população, tendo como resultado diversos agravos sociais, tais como acidentes de trânsito e trabalho, violência domiciliar e o crescimento da criminalidade (FACCIO, 2008; SOUZA, 2011).

Sabe-se que não existe apenas um fator isolado que predispõe o indivíduo a um maior risco de desenvolver a dependência do álcool, mas sim, um conjunto de fatores. Em geral, a motivação inicial está ligada à efeitos comportamentais, cognitivos e do estado de humor, que se apresentam muitas vezes de maneira prazerosa (MARI et al., 2005; BOTEGA et al., 2006).

“A dependência das drogas é o transtorno no qual predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (BRASIL, 2003, p.8).

A literatura nos informa ainda que a dificuldade que estes alcoolistas e suas famílias têm de expor suas condições perante a sociedade é um grave problema (FACCIO, 2008). Ou seja, o alcoolismo não afeta apenas o sujeito portador da doença, em seus âmbitos escolares, ocupacionais, pessoais e sociais, mas todos os que convivem com o mesmo, causando sofrimento emocional, afetando toda a estrutura familiar, principalmente as crianças e adolescentes, que acabam sendo prejudicados em seu desenvolvimento psicossocial (SOUZA, 2011).

Sabe-se também que o alcoolismo é uma condição psicopatológica relacionada à uma alta taxa de transmissão familiar: filhos de alcoolistas apresentam um risco quatro vezes maior de se tornarem alcoolistas também quando adultos, além do risco de desenvolvimento de outros problemas comportamentais, psiquiátrico e dificuldades escolares (FURTADO et al., 2002).

“Hoje podemos afirmar, com segurança, que crianças com vida emocional equilibrada e convicções fortes, têm maiores chances de mais tarde não se tornarem viciadas” (EIRENE, 1996, p.12).

Observamos que a cada dia que passa os jovens tem de ser mais responsáveis e tomar suas próprias decisões, no entanto, estamos nos esquecendo de que para podermos exigir isto, temos de prepará-los, servindo-lhes de modelo, não somente os pais, mas também a escola e a comunidade como um todo. É nesta

fase que a aprendizagem, a curiosidade, a mudança de pensamentos, atitudes e comportamentos estão a todo vapor. A consolidação da independência e da autonomia sofre grande influência de mudanças biopsicossociais. E é exatamente esta fase que nos preocupa, pois é nela que o contato com o álcool se torna bastante próximo e apoiado socialmente (FERRARINI, 2001; BERTONI, 2006).

Existem cinco fatores listados pela OMS como principais iniciadores do consumo de drogas: (i) falta de informação sobre o tema, (ii) dificuldade de inserção no ambiente familiar ou trabalho, (iii) insatisfação com a qualidade de vida, (iv) problemas de saúde e (v) facilidade de acesso às substâncias. Destacamos particularmente as dificuldades familiares, priorizando a relação de paternidade (SILVA et al., 2007).

Com efeito, existe uma grande influência do alcoolismo paterno na vida relacional e psicodinâmica dos familiares, que afeta o equilíbrio relacional da família, pois esta vivencia inúmeras crises. Quando o alcoolismo está presente no contexto familiar, observam-se cinco fatores agravantes, a saber: (i) o nível de disfunção familiar, (ii) os lutos familiares cronificados, (iii) as lealdades transgeracionais, (iv) o padrão de rituais e (v) fatores inerentes ao próprio subsistema filial e a cada indivíduo. Ademais, além de afetar a estrutura familiar, contribui para a prevalência de dependência em parentes de primeiro grau de alcoolistas (TRINDADE, 2007; FACCIO, 2008).

“...Fatores genéticos também exercem influência no risco de desenvolvimento de dependência, especialmente em indivíduos do sexo masculino com antecedente familiar alcoolista do mesmo sexo” (MARI et al., 2005, p. 69).

Porém, o efeito genético não é único a ser considerado, pois podemos observar um conjunto de situações de vulnerabilidade nas ações ambientais, como o impacto negativo que este pode gerar no desenvolvimento emocional da criança, como maiores níveis de depressão e ansiedade (FALS-STEWRT et al., 2004; MESSAS; VALLADA FILHO, 2004; MARI et al., 2005; SANCHEZ et al., 2005; TRINDADE, 2007).

“Existe uma hereditariedade importante em relação à dependência de álcool, assim como à frequência e à quantidade de álcool consumido” (OMS, 2004, p.25-26).

A dependência, entre outras doenças, altera muitos genes diferentes que contribuem de forma global para o risco ou resistência desses indivíduos, mas é importante lembrar que este resultado está ligado de forma dinâmica às condições ambientais (NIDA, 2008).

“Não há genes únicos para abuso ou dependência do álcool, assim como não há evidências de genes exclusivos para este fenótipo. Pelo contrário, os estudos moleculares apontam para transmissão genética (mediada por características de personalidade e diferenças individuais aos efeitos das drogas) de variações no balanço de sistemas de neurotransmissão e de metabolização bioquímica de drogas. A ação do meio ambiente sobre estas condições biológicas produz a expressão do fenótipo” (MESSAS; VALLADA FILHO, 2004, p.57).

Diferenças genéticas podem influenciar o consumo dessas substâncias, proporcionando efeitos prazerosos, podendo também desenvolver tolerância, abstinência e/ou desejo intenso; além de dependência neurobiológica (OSM, 2004).

Com as pesquisas avançando nas últimas décadas, começou-se a revelar grandes diferenças entre os cérebros dos indivíduos dependentes quimicamente e os não dependentes: os dependentes demonstram alterações na atividade metabólica cerebral, na disponibilidade de receptores, na expressão do gene, e na capacidade de resposta aos estímulos ambientais. Mas é claro que não é somente uma doença cerebral, ou um simples problema de saúde, mas sim um problema social de extrema importância. Sabemos que a dependência é uma doença psicobiológica, ou seja, está ligada estritamente aos componentes biológicos, comportamentais e sociais do indivíduo (LESHNER, 1997).

Como as drogas, inclusive o álcool, geram dependência psicológica e limitações decorrentes do uso contínuo, cada dia mais a sociedade busca combater o seu uso, através de diversas estratégias de saúde (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Ciente de que a procura por atendimento de usuários de drogas é muitas vezes por problemas indiretos, como a comorbidade, cabe aos profissionais da saúde identificar e propor um tratamento, ou seja, este é responsável pela recepção e identificação dos clientes, pelo desenvolvimento de ações educativas, por firmar

alianças com a comunidade e pelo encaminhamento adequado a locais especializados de tratamento (LASTA; BORDIGNON, 2011).

Desta forma, diante da inexistência em língua portuguesa de instrumento equivalente, decidiu-se traduzir e validar em população brasileira o instrumento *Children of Alcoholic Screening Test* (CAST), um instrumento já validado em língua inglesa, que permite a identificação de crianças e adolescentes que vivem com pelo menos um pai alcoolista, através de sentimentos, atitudes, percepções e experiências dessas crianças e adolescentes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve História do Alcoolismo

“O consumo sistemático de um grande conjunto de substâncias capazes de alterar o comportamento, a consciência e o humor dos seres humanos é comprovadamente milenar. No entanto, sua elevação à categoria de problema social é historicamente recente...” (LABATE, 2008, p. 23).

O álcool é o resultado da fermentação de carboidratos presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. Possui propriedades euforizantes, graças à sua capacidade de diminuição da inibição, facilitando assim a interação social, além de ser considerado intoxicante, sendo que esses efeitos dependem do nível de substância no sangue do indivíduo (NICASTRI, 2010).

“O álcool é a substância psicoativa mais consumida, com ampla aceitação cultural, diversas apresentações, variados modos de consumo e fácil acesso ao usuário” (BOTEGA et al., 2006, p. 264).

O homem, devido à sua curiosidade natural, descobriu diversas substâncias que ajudavam no alívio de dores e que podiam curar variadas moléstias, sem se dar conta de que algumas delas o levava a passos largos para a sua destruição até mesmo à morte. Essa necessidade de experimentar coisas novas e prazerosas, que fica bastante clara na adolescência, implica uma sociedade consumista que visa o prazer e a busca da felicidade a qualquer custo (BERTONI, 2006).

As primeiras informações relacionadas ao álcool datam de 6.000 a.C., sendo utilizado com efeito desinibidor, antidepressivo, e de fácil acesso à todas as camadas sociais. Devido à sua aceitação social, acabou sendo incentivado desde então pela sociedade. Era também utilizado em rituais religiosos e místicos, de forma que permitisse aos indivíduos verem, sentirem ou até mesmo pressentirem fenômenos distintos da realidade cotidiana (LARANJO, 2002; FACCIO, 2008; SOUZA, 2011).

Por volta de 2.200 a.C., a cerveja era recomendada às mulheres que estivessem na fase de amamentação, sendo considerada como um tônico, no entanto um pouco mais tarde em alguns países foi proibida de ser consumida, sendo

considerada como “perdição da alma”. Logo após, seu consumo foi considerado apenas se tomada em doses terapêuticas ou para fins cerimoniais e lúdicos (BERTONI, 2006).

No Brasil, o costume de beber já existia antes da chegada dos portugueses, pois os indígenas produziam e bebiam uma bebida forte fermentada da mandioca, que chamava cauim, utilizada em festejos, na busca de relaxamento e prazer. O vinho e a cerveja se tornaram bastante comuns com a chegada dos portugueses (BERTONI, 2006; ESPINHEIRA; ANDRADE, 2012).

Um exemplo de relato está no Antigo Testamento da Bíblia Sagrada, no capítulo 9º do livro de Gênesis, onde conta-se que Noé foi o primeiro agricultor a plantar uma vinha, embriagando-se com ela em sua tenda (BERTONI, 2006).

Somente a partir do século XVII, o alcoolismo passou a ser visto como um problema de saúde, chamando a atenção de profissionais desta área e das comunidades. E logo no século XVIII, surgiu o conceito de alcoolismo como uma “doença” que apresentava danos físicos, psíquicos ou mistos. E em 1976, surge a SDA (Síndrome de Dependência do Álcool) que se caracteriza pela interação biopsicossocial que vai gerando sofrimento devido às complicações ao longo da vida (FACCIO, 2008).

Já na era da industrialização, o álcool foi produzido em grande escala e conseqüentemente houve uma redução dos preços que foi entendido como um estímulo ao comércio, o que colaborou fortemente com o beber moderadamente ou “socialmente” (BERTONI, 2006).

No entanto, a atenção à este problema cresceu somente no século XIX, pois com a industrialização e esse aumento de consumo, aumentaram-se também os acidentes de trabalho (FACCIO, 2008).

Hoje, com o preço bastante baixo, o álcool se tornou de acesso fácil para os jovens/adolescentes, aumentando assim o consumo (SIMÃO et al., 2008).

“Durante anos o alcoolismo foi considerado como um 'problema moral', fruto da falta de caráter da pessoa. Com o passar do tempo, começou-se a considerar o alcoolismo como uma doença cujo pressuposto é que os dependentes teriam características genéticas e de personalidade diferentes do restante da população” (SOUZA, 2011, p.14).

Ao observarmos a história do álcool, percebemos que o homem inicialmente se utilizou das drogas naturais e com o tempo passou a usar o desenvolvimento tecnológico. Isto ocorreu juntamente com o momento histórico de cada cultura, como por exemplo, nos países ocidentais a bebida alcoólica é de livre acesso, enquanto que na muçulmana é proibida (LARANJO, 2002).

Mesmo sabendo que as pessoas são reconhecidas pelas suas atitudes, considera-se que o que faz mal não é o uso da bebida e sim o abuso desta, que as torna dependentes do álcool, e acaba levando-as a serem reconhecidas socialmente por isso (ESPINHEIRA; ANDRADE, 2012).

“Sendo o alcoolismo definido como doença, por um lado está em jogo o poder de quem diagnostica e reivindica a legitimidade do enquadramento social. Definido como produto de uma vontade lábil ou do desabono da pessoa moral, está em jogo, por outro lado, o poder de quem desmoraliza” (NEVES, 2004, p.11).

Na segunda metade do século XX, o conceito de alcoolismo passa a ser uma doença apenas quando o usuário apresenta uma tolerância cada vez maior à quantidade de bebida, síndrome de abstinência com desconforto físico e/ou psíquico e perda de controle (FACCIO, 2008).

Nessa época, com base psicopatológica e neurobiológica, descobriu-se que a dependência química provoca alterações ao funcionamento do cérebro, sendo observado através de sinais e sintomas específicos, que são ocasionadas por variados fatores de natureza biológica, psicológica e social (RIBEIRO, 2003).

O alcoolismo passa a ser considerado uma doença em 1849, proposto por Magnus Hüss, que o caracterizou como uma intoxicação crônica, além de antecipar quase todas as possíveis complicações físicas causadas pelo álcool (RAMOS, BERTOLETE et al., 1997). Em 1938, a CID-4, classifica o alcoolismo como uma doença constitucional, considerando que a mesma afeta o organismo como um todo (BERTOLETE; SARTORIUS, 1993). Afirmo Souza (2011, p.14) que:

“Atualmente o alcoolismo é conceitualmente descrito na Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM-IV) como síndrome de dependência do álcool. Assim, a definição de alcoolismo em CID-10 e DSM-IV passou a privilegiar também os

padrões de consumo e não só os resultados de ingestão excessiva do álcool.”

Hoje, não resta dúvida que o alcoolismo é uma doença, sem causa específica, porém cientificamente reconhecida. Segundo a Organização Mundial da Saúde:

“O alcoolista é um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico” (ANDRADE et al., 2009b, p.68).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool podem atingir qualquer faixa etária, sendo assim de grande importância sua investigação precoce pelos profissionais de saúde, pois sabemos que esse diagnóstico melhora o prognóstico do indivíduo (LARANJEIRA et al., 2003).

Estudos no Brasil afirmam que o elevado nível socioeconômico está associado ao alto consumo de álcool, os homens consomem significativamente mais que as mulheres, além de terem maior prevalência de exposição à situações de risco físico, problemas sociais e perda de controle (ANDRADE et al., 2009a).

Portanto, a farmacodependência nada mais é que o resultado da interação da droga no organismo, gerando reações no estado psíquico e algumas vezes físico, incluindo assim compulsão cada vez maior pelo uso da droga, devido ao efeito de desconforto frente a sua ausência, de forma que esse consumo repetido gera um estado de intoxicação periódica ou crônica sendo prejudicial ao indivíduo e à sociedade (FERRARINI, 2001). A ‘síndrome de abstinência’, em particular, tem como consequência um conjunto de reações orgânicas, como câimbras, vômitos, tremores, pânico, calafrios e suores (FERRARINI, 2001).

Com os novos saberes relacionados ao alcoolismo como doença, foi possível enfatizar seus aspectos negativos, pontuar sobre o controle social, crenças no controle do comportamento e da socialização. Carecemos distinguir e contextualizar os significados culturais, além dos graus de tolerância e atitudes, pois em várias sociedades o que se condena não é o álcool, e sim o comportamento consequente a ele; aliás, em nosso meio, o homem que bebe sem se alcoolizar é recorrentemente valorizado (NEVES, 2004).

No Brasil, por volta de 1975 o alcoolismo era considerado, a 3ª maior causa de afastamento de trabalho por diagnóstico psiquiátrico e a 4º maior como auxílio-doença, sendo maior o índice de predominância em adultos jovens, entre 20 a 49 anos de idade, com a média de 10 homens para cada mulher (CARDIM et al., 1986).

Mesmo hoje em dia muita coisa não mudou no Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas, 20% são internações clínicas e 50% são internações masculinas psiquiátricas, além de ser responsável pelo aumento de licenças médicas, acidentes de trabalho, utilização de diárias em hospitais e assistência médica e social, sendo também considerado uma das maiores causas de adoecimento e mortes no mundo (FACCIO, 2008).

Por isso, o Brasil, em 19 de fevereiro de 2002, definiu normas e diretrizes para organização de serviços à assistência de saúde mental como os CAPS-ad (Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e drogas). E logo em março deste mesmo ano, o SUS criou “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003).

Em 19 de junho de 2008, foi aprovada no Brasil a lei nº 11.705, de tolerância zero para os motoristas com qualquer concentração de álcool detectável no sangue, conhecida como ‘Lei Seca’, válida em todo território brasileiro, que também proíbe a venda de bebidas alcoólicas ao longo de trechos rurais em estradas federais; além de determinar que, se o motorista for flagrado com concentração de álcool no sangue $\geq 0,2g$, deverá pagar uma multa e terá sua carteira de motorista suspensa por um ano, e no caso de ser flagrado com nível $\geq 0,6g$ será preso e cumprirá pena de 6 meses a 3 anos (ANDRADE et al., 2009b).

Devemos alertar para os estudos que afirmam que intervenções breves, são eficazes para reduzir o consumo problemático de álcool (MINTO, 2007).

“Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente

contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública” (BRASIL, 2003, p.11).

Ao focar em programas de prevenção ao uso de drogas nas comunidades, temos que atentar para relatos de jovens brasileiros que afirmam que os motivos que os levam a não usar drogas estão relacionados à vários fatores, sendo os mais citados: medo dos efeitos devastadores da droga, falta de informações de maneira satisfatória a esclarecer as suas curiosidades, dificuldade de diálogo familiar devido ao ambiente familiar desestruturado, e ter usuários na família (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

“Exemplos de fatores de risco presentes nos artigos são: ambiente familiar (estrutura e possíveis rupturas) e práticas educativas parentais; abuso sexual infantil; caráter autoritário e rígido das instituições e institucionalização na infância; pobreza, baixa escolaridade, uso de drogas, violência na comunidade; transição da infância para a adolescência; ausência de rede de apoio eficaz; pressão dos pares, estigma; valores relacionados à sexualidade e à expressão do amor e da confiança; gravidez na adolescência; condições sociodemográficas e reprodutivas das mulheres; ausência de opções de vida socialmente integradoras; história pessoal e familiar de doença mental, desconforto físico e emocional no trabalho. São exemplos de fatores de proteção: contexto familiar e práticas educativas parentais; fortalecimento de vínculos e redes de apoio; revelação da violência sexual; renda mensal; apoio para desenvolver autonomia, responsabilidade, atividades esportivas e motivações no campo profissional; gravidez na adolescência como fator de proteção de riscos psicossociais; políticas governamentais com ações socioeducativas” (ALQUATI BISOL; TAPIA, 2012, p.314).

Educar a população é fundamental, pois além de prevenir precocemente, promove uma redução dos obstáculos dos preconceitos que podem surgir durante o tratamento e aumento na atenção integrada à saúde destes consumidores de álcool, colaborando assim com a divulgação de benefícios e serviços (BRASIL, 2003).

É triste observarmos que o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas são pouco diagnosticados, devido à falta de conhecimento suficiente sobre o assunto nas especialidades médicas. Devemos ficar atentos a que diversos padrões de consumo já trazem problemas ao indivíduo, e se este uso for compulsivo pode acarretar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos (LARANJEIRA, 2003).

Sendo assim, o termo alcoólatra, que quer dizer “adorador” do álcool, está sendo desconsiderado cada dia mais, dando lugar ao termo alcoolista/alcoólicos, pois alguns especialistas consideram que o uso abusivo de álcool é uma síndrome de dependência do álcool (BERTONI, 2006).

2.2 Padrão de Consumo

“Segundo o *Global status report on alcohol*, o nível de consumo de álcool declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está aumentando em países em desenvolvimento, especialmente na região do Pacífico Ocidental onde o consumo anual per capita entre adultos varia entre 5 a 9 litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética” (OMS, 2004, p.8-9).

O álcool, embora seja uma substância psicotrópica, é usado frequentemente em diversos contextos culturais, com expectativas internas e externas do contexto social; essas expectativas são criadas através de relatos de alguém próximo ou até de familiares que usam a substância (HAUCK FILHO; TEIXEIRA, 2011).

O desejo irresistível de consumir o álcool, juntamente com fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, são características da síndrome de dependência do álcool, caracterizado como um processo de adoecimento físico e psicológico (FACCIO, 2008).

Alguns efeitos associados ao beber pesado incluem danos físicos não intencionais (acidentes automobilísticos, quedas, afogamentos, hipotermia e queimaduras), suicídios, síndrome de morte súbita infantil, envenenamento por álcool, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, gastrite, pancreatite, doenças sexualmente transmissíveis, meningite e descompensação do diabetes; levando a altos custos sociais e econômicos e violência interpessoal (CARDIM, 1986; ANDRADE et al., 2009b).

Observa-se também que o cérebro de um alcoolista apresenta atrofia, devido à destruição dos neurônios, dilatação dos ventrículos, estreitamento do corpo caloso e redução do hipocampo, comprometendo assim, em alguns casos, a atenção, a aprendizagem, a memória, funções executivas e visuo-espaciais, a velocidade psicomotora, o controle de impulsos, podendo chegar à demência alcoólica. Além de que percebe-se que existe uma tolerância em relação à drogas ilícitas quando se

está sob o efeito do álcool, que faz com que a percepção destes riscos se altere (FACCIO, 2008; MESQUITA; NUNES; COHEN, 2008; SOUZA, 2011).

Cerca de 92% dos episódios de violência doméstica estão associados ao uso de substâncias psicoativas, e entre elas, a mais frequente é o álcool, que está associado a 50% dos casos de agressões sexuais além das físicas. Estudos mostram que mulheres feridas por parceiros masculinos chegam a ter duas até três vezes mais probabilidade de usarem substâncias psicoativas para se automedicar devido aos seus traumas, que podem estar relacionados igualmente ao histórico de abuso físico e sexual infantil (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

A existência de estímulos constantes nos meios de comunicação e em estabelecimentos comerciais, os quais não controlam adequadamente a venda de bebidas a menores de 18 anos, facilita o seu acesso, o que está relacionado ao baixo preço de algumas delas e ao apoio social ao hábito de “beber socialmente” ou fumar por “ser elegante”; disso resultam graves conflitos familiares principalmente quando o adolescente faz uso visando uma situação de fuga (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Desta forma, observamos que durante o efeito do álcool, as pessoas têm comportamentos diferentes, algumas ficam alegres, outras agressivas e outras ainda violentas, além de ser bastante utilizada no sentido de incentivar, encorajar ou até mesmo consolar. Isso se refere às propriedades farmacológicas da droga, à personalidade do usuário, às suas expectativas, às questões físicas e psíquicas, à companhias, à convivência social, etc.; ou seja, o álcool colabora de uma forma geral para a desorganização do sujeito como um ser social (ESPINHEIRA; ANDRADE, 2012).

A investigação do padrão de consumo de álcool de cada paciente deve ser detalhada, pois é através desta que podemos identificar os níveis de gravidade e as possíveis estratégias de mudanças. Isto é, a dependência está relacionada à disfunção entre o indivíduo e o modo com que este consome determinada substância, de forma que os critérios usados para diagnóstico estão relacionados ao nível de gravidade de cada caso, de acordo com o padrão de consumo (LARANJEIRA et al., 2003).

Alguns autores afirmam que a ingestão de álcool nem sempre é prejudicial à saúde, especialmente se forem baixas doses. Contudo, há uma relação dose-efeito, e o nível de risco para homens e mulheres é diferente, devido ao peso e composição corporal, além da flutuação hormonal (MARI et al., 2005).

No entanto, novos estudos mostram que beber socialmente, apesar de não parecer um hábito perigoso, é uma armadilha para o nosso cérebro, podendo ser tão perigoso quanto a embriaguez, visto que além de poder comprometer as conexões entre neurônios, também pode provocar prejuízo na renovação do tecido cerebral responsável principalmente pela memória e pelo aprendizado. Além disso, mais adiante esse hábito de beber moderadamente pode levar à necessidade de aumento da ingestão (OLIVETO, 2012).

De acordo com a OMS (2004), para se evitar problemas com o álcool, o limite do consumo seguro é de no máximo 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, lembrando que para um bebedor de pouco risco (pessoas saudáveis) o homem não pode ultrapassar 2 doses/dia e no máximo 4 doses ocasião/semana, as mulheres 1 dose/dia e não mais que 3 doses ocasião/semana; para os idosos, no máximo 1 dose/dia e 2 doses ocasião/semana, e que nenhum deles devem beber mais que duas vezes na semana (SILVEIRA, 2010).

Temos de ficar atentos à dependência psicológica, pois a necessidade do uso é significativamente maior que a vontade de não usar, resultando em estado de 'fissura', identificada pela presença de angústia, mal-estar e depressão na falta desta (FERRARINI, 2001).

A tolerância frente ao consumo de álcool pode ser dividida em: (1) tolerância funcional: que são as adaptações sofridas pelo cérebro para compensar as alterações comportamentais e no funcionamento celular do neurônio, causadas pelo álcool; (2) tolerância aguda: desenvolve-se para que ocorra assimilação dos efeitos desagradáveis ocasionados; (3) tolerância aprendida: é facilitada ou moldada visando um desempenho específico de comportamento; (4) tolerância ambiente-dependente: influências relacionadas ao meio ambiente; (5) tolerância ambiente-independentes: quantidade, duração e frequência de consumo; (6) tolerância metabólica: eliminação mais rápida e eficaz do próprio organismo (RIBEIRO, 2003).

2.3 Níveis de uso

Como já sabemos, o alcoolismo afeta cerca de 5% das mulheres e 15% dos homens na população brasileira acima de 15 anos de idade e, apesar do alcoolismo masculino ser predominante, pesquisas mostram que a variação entre homens e mulheres é de 14:1 até 2:1 (SIMÃO, 2000).

Consumo moderado (baixo risco)

Para que o consumo de um indivíduo adulto seja considerado moderado e de baixo risco à saúde, o homem deve consumir no máximo 2 doses/dia e as mulheres 1 dose/dia e não apresentar nenhum dano físico, mental ou social (MARI et al., 2005; O'CONNOR, 2009; SILVEIRA, 2010).

“Biologicamente, a mesma quantidade de álcool consumida pela mulher e pelo homem de mesmo peso produzirá mais alta concentração de álcool no sangue na mulher. Há várias razões para esta diferença, inclusive o mais baixo volume de água no corpo das mulheres” (KERR-CORRÊA et al., 2005, p.3 apud JONES; JONES, 1976).

Consumo de risco (perigoso)

Já o consumo arriscado é a ingestão, em uma única ocasião, de doses acima das consideradas como consumo moderado (4 doses por ocasião para os homens; 3 doses por ocasião para as mulheres), podendo causar danos físicos, mentais ou sociais (MARI et al., 2005; O'CONNOR, 2009; SILVEIRA, 2010).

“Caracteriza-se por um padrão episódico de consumo, em geral em quantidade elevada, e constitui uma situação intermediária entre o uso de baixo risco e a dependência. Quando episódios de uso nocivo/abuso passam a ocorrer repetidamente, o indivíduo pode estar iniciando uma relação de prioridade com a substância, com risco de evolução para um quadro de dependência...” (BOTEGA et al., 2006, p.248)

Consumo nocivo (inclui a dependência)

O consumo de álcool é considerado prejudicial quando resulta em danos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem ser desenvolvidos depois de

um uso intenso de álcool. Este transtorno também é reconhecido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e definido pelos critérios da CID-10, que especifica claramente os possíveis danos físicos, psicológicos e sociais, presentes por no mínimo 1 mês, ou que tenham ocorrido repetidas vezes nos últimos 12 meses, mas que não atendem às características de dependência. (OMS CID-10, 1997; DSM-IV, 2002; O'CONNOR, 2009; SILVEIRA, 2010).

Dependência

A dependência do álcool, de acordo com os critérios da OMS, está relacionada à um padrão de consumo mal adaptativo, caracterizado por um período de consumo superior a 12 meses, e que inclua no mínimo três dos seguintes problemas: (i) tolerância fisiológica, (ii) sintomas de abstinência, (iii) consumo de quantidades maiores de álcool por um período superior ao pretendido, (iv) vontade persistente ou tentativas mal sucedidas de controlar o consumo, (v) passar boa parte do seu tempo procurando, consumindo ou recuperando-se da ingestão de bebidas alcoólicas, (vi) diminuição do nível de participação em atividades recreativas, ocupacionais e/ou sociais, (vii) consumo contínuo mesmo estando com problemas recorrentes do consumo (OMS CID-10, 1997; CONNOR, 2009; SILVEIRA, 2010).

“O dependente do álcool, no auge de sua doença, perde o seu emprego, sua cidadania e seus direitos sociais ficando desamparado e excluído da sociedade” (FACCIO, 2008, p.9).

3. OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa foram traduzir e validar o instrumento *Children of Alcoholic Screening Test* (CAST) em população brasileira para a identificação de filhos de alcoolistas e identificar se há relação entre o alcoolismo dos pais e a pontuação CAST obtida pelos seus respectivos filhos.

4. MÉTODOS

4.1 População-alvo

Para a pesquisa foram avaliados 45 filhos de pais com diferentes padrões de ingestão de bebida alcoólica, em tratamento no Centro de Saúde Escola, ou no Ambulatório da FMB, ou nas Unidades de Saúde da Família, ou nas Unidades Básicas de Saúde ou no CAPSad da cidade de Botucatu/SP. Todos os sujeitos tinham entre 10 anos completos e 18 anos incompletos. A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos de sujeitos e pais mais relevantes para este estudo.

A classificação do padrão de ingestão de álcool foi feita segundo o AUDIT, e será apresentada e discutida mais adiante.

4.2 Período de execução

De Novembro/2012 a Fevereiro/2014.

4.3 Aspectos éticos

O estudo foi previamente aprovado pelo CEP-UNESP-Botucatu (protocolo nº 4292-2012). Tanto os sujeitos quanto seus pais foram inicialmente abordados a fim de serem comunicados sobre os objetivos da pesquisa. Adicionalmente, obteve-se antes de qualquer entrevista o consentimento informado e esclarecido dos pais que seus filhos fossem entrevistados.

Pré-teste do instrumento

O instrumento original em inglês foi traduzido para o português por um tradutor credenciado para tal. A tradução foi comparada com o original em inglês por três profissionais de saúde mental proficientes em inglês. A versão final dessa comparação foi então vertida para o inglês por outro tradutor nativo da língua inglesa e esta foi comparada com o original para verificação da preservação não apenas das características conotativas, mas, também, das denotativas. A versão final encontra-se em anexo.

Houve uma modificação em relação ao termo '*parents*', pois a tradução seria 'pais' (pai e mãe), mas ficou só 'pai' devido à dificuldade de encontramos mães alcoolistas brasileiras em nosso meio dispostas a participarem do estudo. A versão final encontra-se em anexo.

"Tradutores devem preferencialmente em sua língua materna estar cientes dos objetivos subjacentes ao material a ser traduzido e os conceitos envolvidos, de modo a oferecer uma restituição mais fiável da medição destinados. ... Retradução é de melhor qualidade, se aqueles que o fazem são fluentes em expressões idiomáticas e formas coloquiais da língua de origem." (GUILLEMIN et al., 1993)

4.4 Instrumentos

4.4.1 Consentimento informado e esclarecido (Anexo B):

Abordagem dos pais para se obter seu consentimento informado e esclarecido para serem entrevistados e para permitirem que seu(s) filho(s) também o fossem.

Abordagem dos filhos para que se obtivesse seu consentimento informado e esclarecido para serem entrevistados.

4.4.2 Dados Sociodemográficos (Anexo C):

Esse questionário visa obter dados sociodemográficos, questões relativas à classificação social a partir da renda mensal e à condição de sobrevivência a partir da alimentação que dispõem em casa.

4.4.3 AUDIT (Anexo D):

O consumo de álcool foi aferido através do *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT (BABOR et al., 1992), o qual foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inicialmente com 10 questões e tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool, traduzido e validado no Brasil por Lima et al. (2005). As questões referem-se aos últimos 12 meses, sob forma numérica, varia de 0 a 40 pontos. O AUDIT indica que o entrevistado se enquadra em um dos seguintes graus de alcoolismo:

- < 08 - consumo de baixo risco ou abstinência,
- ≥ 08 a 15 - consumo de risco,
- ≥ 16 a 19 - uso nocivo ou consumo de alto risco,
- ≥ 20 - provável dependência.

Para este estudo, o entrevistado foi considerado alcoolista quando sua pontuação foi maior que 20 pontos.

4.4.4 CAGE (Anexo E):

O CAGE (Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool) foi criado como um instrumento de detecção de alcoolismo, por Ewing e Rouse (1970), foi traduzido e validado para o português por Masur e Monteiro (1983). O questionário é composto de quatro questões referentes ao anagrama Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener, que possui níveis suficientes de sensibilidade e especificidade. A pontuação varia de 0 a 4 pontos, o entrevistado é considerado alcoolista se a sua pontuação foi maior que 2 pontos. Mas como já há alguns anos existem pesquisadores, como por exemplo, Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2005) e no site do OBID (2005), considerando alcoolistas acima de 1 ponto, faremos tabelas com as duas pontuações.

4.4.5 CAST (Anexo F):

Este instrumento criado por Jones (1983) consiste em identificar crianças e adolescentes que estão vivendo com pelo menos um pai alcoolista; ele mede sentimentos, atitudes, percepções e experiências delas relacionadas com o fato de seus pais beberem.

De acordo com o Charland e Côté (1998) o instrumento no Canadá é de alta confiabilidade e validade na identificação de crianças criadas em lares com pelo menos um pai alcoolista. A confiabilidade foi demonstrada por uma boa consistência interna; além da concordância entre os escores e a satisfação de critérios reconhecidos para a dependência do álcool, mostra também uma excelente sensibilidade e especificidade.

O CAST ainda não foi traduzido e nem validado no Brasil, e no entanto não existe nenhum instrumento que possamos aplicar em crianças e/ou adolescentes

para esta identificação. No anexo G, está a tradução de trabalho (Beta) preparada para este projeto, que foi testada e avaliada. Sua pontuação varia de 0 a 30 pontos, por isso também conhecido como CAST-30, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de a criança ser filha de um alcoolista.

4.4.6 Teste do Objetivo 1

População-Alvo

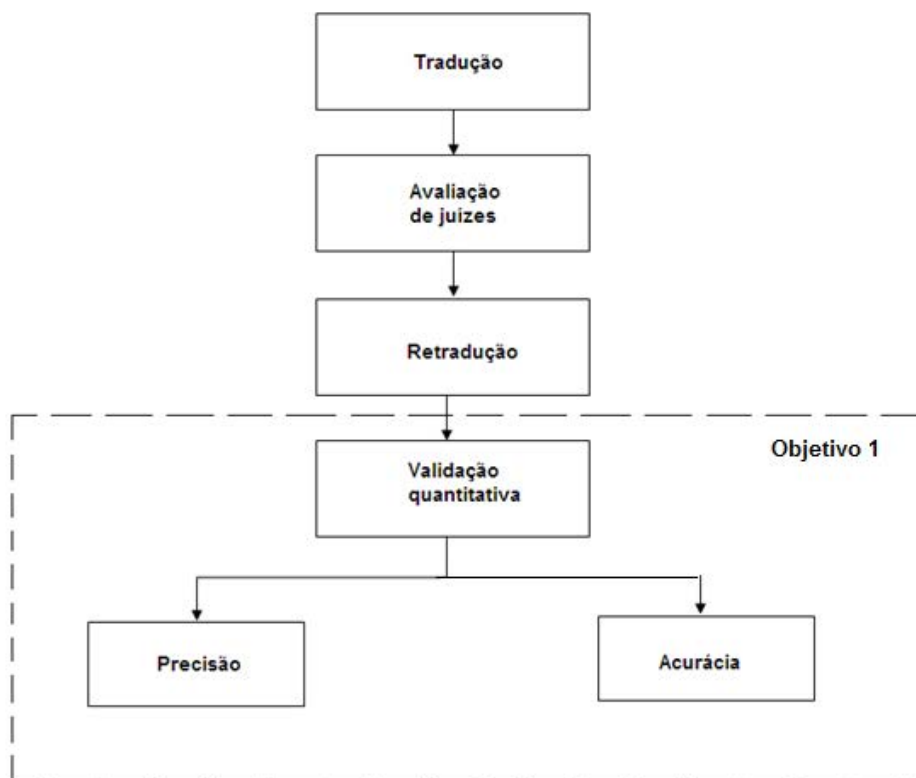
Filhos entre 10 anos completos a 18 anos incompletos de pais com diferentes padrões de ingestão de bebida alcoólica, em tratamento no Centro de Saúde Escola, ou no Ambulatório da FMB, ou nas Unidades de Saúde da Família, ou nas Unidades Básicas de Saúde ou no CAPSad da cidade de Botucatu/SP.

A classificação do padrão de ingestão de álcool foi feita segundo o AUDIT.

Delineamento

Ensaio de Precisão e de Acurácia do CAST.

Fluxograma



Ensaio de Precisão

A precisão foi avaliada por meio da variabilidade interobservador e intraobservador.

Variabilidade Interobservador

Foram executados dois ensaios de variabilidade interobservador. Em cada um deles, 3 entrevistadores diferentes entrevistaram o mesmo sujeito. Cada entrevista resultou em uma pontuação do CAST e foi observada a amplitude (diferença entre a maior e a menor das 3 pontuações). Quanto maior a amplitude, maior a variabilidade interobservador e, conseqüentemente, menor a precisão do CAST.

Variabilidade Intraobservador

Foram executados sete ensaios de variabilidade intraobservador. Em cada um deles, um mesmo entrevistador entrevistava 3 ou 4 sujeitos, diferentes. Cada entrevista resultou em uma pontuação do CAST e foi observada a amplitude (diferença entre a maior e a menor das 3 ou 4 pontuações). Quanto maior a amplitude, maior a variabilidade interobservador e, conseqüentemente, menor a precisão do CAST.

Variabilidade do instrumento

Pelo fato do CAST ser um questionário e não um equipamento eletro-eletrônico, a variabilidade do instrumento não necessitou de avaliação.

Ensaio de acurácia por meio de Validade de Constructo

A avaliação da acurácia necessita de um padrão-ouro (questionário ou exame laboratorial) que meça a propensão de uma criança a se tornar alcoolista. Entretanto, como não há um padrão-ouro, foi avaliada a validade de constructo ao invés da acurácia por meio da comparação entre os sujeitos cujos pais foram divididos seguindo faixas de pontuação do AUDIT em relação à pontuação CAST pelo teste de Kruskal-Wallis.

Treinamento dos entrevistadores

Foram conduzidas 10 entrevistas iniciais pela psicóloga (autora do projeto), com duração de cerca de 40 minutos. Após a avaliação dessas entrevistas, a psicóloga treinou 5 entrevistadoras que fizeram as entrevistas subsequentes, sob sua supervisão direta. Estas entrevistadoras eram fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira e assistente social, sem nenhuma especialização em dependência química nem em saúde mental infantil.

As entrevistas foram feitas ou nos locais de cuidados ou em domicílio, o que fosse mais conveniente para os entrevistados.

Análise Estatística

Predomínio de análise descritiva nos ensaios de precisão e Kruskal-Wallis no ensaio de acurácia.

Cuidados com erro não sistemático de informação

Os valores digitados foram verificados conferindo diretamente no protocolo de pesquisa em papel e por meio de análise exploratória de dados antes do início da fase de análise estatística.

4.4.7 Teste do Objetivo 2

Delineamento

Observacional analítico.

População-alvo

Jovens entre 10 anos completos a 18 anos incompletos de ambos os sexos.

Variáveis

Variável independente

Pai é alcoolista (Sim/Não). A classificação do pai em alcoolista ou não alcoolista foi feita pelos instrumentos CAGE e o AUDIT. O pai foi considerado alcoolista se CAGE ≥ 2 pontos ou se AUDIT ≥ 20 pontos.

Potenciais Confundidores

- Idade no início (anos)
- Sexo do filho

Desfecho

Pontuação da criança/adolescente obtida pelo CAST.

Amostragem – Estimação do poder de teste

Estima-se que o poder de teste esteja acima de 0,9 (90%), mesmo quando a comparação entre filhos de pais alcoolistas e não alcoolistas em relação à pontuação CAST é feita estratificada pela idade do filho (Até 12 anos / Acima dos 12 anos). O poder do teste foi estimado supondo amostragem aleatória simples, erro tipo I igual a 0,05, relação entre as amostras 1:1, pontuação do CAST normalmente distribuída e desvios-padrão iguais entre filhos de pais alcoolistas e não alcoolistas.

Estatística

A análise foi feita em 2 etapas. Na primeira, os potenciais confundidores foram identificados. Na segunda etapa, a comparação entre filhos de pais alcoolistas e não alcoolistas em relação à pontuação CAST estratificada pela idade do filho (Até 12 anos / Acima de 12 anos) foi feita com o teste não paramétrico de Mann-Whitney. As diferenças foram consideradas significativas se $p < 0,05$. A análise foi feita com o software SPSS v15.0.

5. RESULTADOS

Foram avaliados 45 filhos de pais com diferentes padrões de ingestão de bebida alcoólica, alcoolistas, em consultas ou em tratamento cotidiano no Centro de Saúde Escola, ou no Ambulatório da FMB, ou nas Unidades de Saúde da Família, ou nas Unidades Básicas de Saúde ou no CAPSad da cidade de Botucatu/SP. Todos os sujeitos tinham entre 10 anos completos e 18 anos incompletos.

Destes entrevistados, 21 eram filhos de não alcoolistas e 24 de alcoolistas, essa classificação foi feita de acordo com a resposta dos pais referentes ao AUDIT e mais tarde ao CAGE. A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos de sujeitos e pais mais relevantes para este estudo.

Tabela 1 - Comparação entre alcoolistas e não alcoolistas de acordo com as variáveis sociodemográficas, Botucatu, 2014.

	Condição		P
	Não alcoolistas (n=21) n(%)	Alcoolistas (n=24) n(%)	
VARIÁVEIS DO PAI			
Idade (anos)	46 (36 - 65)	41 (32 - 61)	0,119 ⁽²⁾
Escolaridade			
Analfabeto	0(0%)	1(4%)	0,005 ⁽¹⁾
Fundamental	9(43%)	11(46%)	
Médio	7(24%)	12(50%)	
Superior	5(33%)	0(0%)	
Usuário de outras drogas	3 (14%)	11 (46%)	0,028 ⁽¹⁾
Vive com companheiro	19 (91%)	18 (75%)	0,252 ⁽¹⁾
Nº de filhos	2 (1 - 8)	3 (1 - 7)	0,705 ⁽²⁾
Tem religião	18 (86%)	20 (83%)	0,991 ⁽¹⁾
Cor/Raça			
Branca	15 (71)	16 (66)	0,139 ⁽¹⁾
Preta	0 (0)	4 (17)	
Parda	4 (19)	4 (17)	
Amarela	2 (10)	0 (0)	
Idade no início (anos)	16 (12 - 52)	15 (12 - 40)	0,368 ⁽²⁾
VARIÁVEIS DO FILHO			
Idade do filho	16 (10 - 17)	14 (10 - 17)	0,059 ⁽²⁾
Sexo do filho			
Feminino	9 (43)	13 (57)	0,449 ⁽³⁾
Masculino	12 (57)	11 (46)	

(1) Teste exato de Fisher (2) Mann-Whitney (3) Qui-quadrado. Resumo descritivo das variáveis numéricas em mediana (mínimo – máximo)

A tabela 1 mostra as principais características socioeconômicas da amostra. Dos 45 filhos entrevistados, 22 (49%) eram do sexo masculino e 23 (51%) do sexo feminino. Mostra também que a maioria dos pais tem idade entre 32 a 65 anos, destes 82,2% estão casados ou vivem com um companheiro, aproximadamente 53,3% dos participantes tinham pelo menos nove anos de instrução (2,22% analfabeto; 44,44% cursaram ensino fundamental; 42,22% ensino médio e 11,11% ensino superior). Quanto à raça, a maioria era branca (68,89%), parda (17,78%), negra (8,89%) ou amarela (4,45%). Cerca de 84,45% tinham alguma religião/crença.

Variabilidade interobservador

Na Tabela 2, cada ensaio teve 3 entrevistadores. No ensaio 1, a diferença entre o maior e o menor escore CAST obtido no mesmo entrevistado foi 2 pontos e, no ensaio 1, foi 1 ponto. Considerando a variação permitida do escore CAST, há evidência de que a aplicação não sofre efeito de variabilidade interobservador. Quanto aos resultados obtidos com as questões individuais, foi observado que as questões 3, 7, 17, 18 e 30 mostraram “instabilidade”. Ou seja, a resposta foi “Não” quando obtida por um aplicador e “Sim” quando a resposta foi obtida por outro aplicador em algum dos ensaios. Contudo, esta “instabilidade” não afetou a variabilidade interobservador, como comentado acima.

Tabela 2 - Comparação da resposta do CAST dos mesmos sujeitos entrevistado várias vezes pelos mesmos entrevistadores, para verificar a variabilidade interobservador, Botucatu, 2014.

CAST	Ensaio 1 (n=3)			Ensaio 2 (n=3)		
	Amplitude	Min	Max	Amplitude	Min	Max
	2	20	22	1	1	2
Padrão de resposta das questões						
Questão 1	0			0		0
Questão 2	0			0		0
Questão 3	1			0		1
Questão 4	0			0		0
Questão 5	0			0		0
Questão 6	0			0		0
Questão 7	0			1		1
Questão 8	0			0		0
Questão 9	0			0		0
Questão 10	0			0		0
Questão 11	0			0		0
Questão 12	0			0		0
Questão 13	0			0		0
Questão 14	0			0		0
Questão 15	0			0		0
Questão 16	0			0		0
Questão 17	1			0		1
Questão 18	1			0		1
Questão 19	0			0		0
Questão 20	0			0		0
Questão 21	0			0		0
Questão 22	0			0		0
Questão 23	0			0		0
Questão 24	0			0		0
Questão 25	0			0		0
Questão 26	0			0		0
Questão 27	0			0		0
Questão 28	0			0		0
Questão 29	0			0		0
Questão 30	1			0		1

Variabilidade intraobservador

A tabela 3, mostra que foram feitos 7 (sete) ensaios de variabilidade intra-observador. A amplitude (diferença entre o maior e menor valor de CAST) observada nos 7 ensaios foi 4. Portanto, não há evidência de efeito de variabilidade intraobservador na pontuação. Em cada ensaio, um mesmo observador aplicou o CAST 3 vezes em um mesmo sujeito e as questões mais “instáveis” foram a 8 e a 14, com respostas “Não” e “Sim” em diferentes aplicações feitas por um mesmo observador em 3 dos 7 ensaios. Contudo, conforme explicado acima, sobre a flutuação do escore CAST, essa “instabilidade” não comprometeu a variabilidade intra-observador.

Tabela 3 - Comparação da resposta do CAST dos mesmos sujeitos entrevistados por diversos entrevistadores, para verificar a variabilidade intraobservador, Botucatu, 2014.

	Ensaio 1 (n=4)	Ensaio 2 (n=3)	Ensaio 3 (n=3)	Ensaio 4 (n=3)	Ensaio 5 (n=3)	Ensaio 6 (n=3)	Ensaio 7 (n=2)	
CAST	Amp 0	Amp 0	Amp 0	Amp 2	Amp 1	Amp 3	Amp 4	Máxima 4
Padrão de respostas das questões								
Questão 1	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 2	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 3	0	0	0	1	1	0	0	2
Questão 4	0	0	0	0	0	1	0	1
Questão 5	0	0	0	0	0	1	0	1
Questão 6	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 7	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 8	0	0	0	1	1	1	0	3
Questão 9	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 10	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 11	0	0	0	1	0	0	0	1
Questão 12	0	0	0	0	1	0	0	1
Questão 13	0	0	0	0	0	0	1	1
Questão 14	0	0	0	0	1	1	1	3
Questão 15	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 16	0	0	0	0	1	0	0	1
Questão 17	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 18	0	0	0	0	0	0	1	1
Questão 19	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 20	0	0	0	0	0	1	0	1
Questão 21	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 22	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 23	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 24	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 25	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 26	0	0	0	0	0	1	0	1
Questão 27	0	0	0	0	0	0	0	0
Questão 28	0	0	0	0	0	1	0	1
Questão 29	0	0	0	0	0	1	1	2
Questão 30	0	0	0	0	0	0	0	0

Validade do Constructo

A tabela 4 mostra as pontuações dos pais no AUDIT e no CAGE e a dos filhos no CAST. Nesta tabela podemos observar que na resposta dos pais referentes aos instrumentos AUDIT, 76% dos pais não alcoolistas responderam <8 pontos (variando entre 0 e 17 pontos), e 96% dos alcoolistas responderam $\geq$ 20 pontos (variando entre 5 e 40 pontos). E no CAGE a maioria dos não alcoolistas respondeu 0 ponto (66,6%), e os alcoolistas ficaram em sua maioria nos 2 pontos (95,8%).

Já a resposta dos filhos referentes ao instrumento TEFA (tradução do CAST) foi de pontuação média de 1 para filhos de não alcoolistas (variando de 0 a 10 pontos), e os filhos de alcoolistas tiveram a média de 18 (variando de 6 a 30 pontos).

Tabela 4 - Comparação entre os instrumentos AUDIT, CAGE e CAST, Botucatu, 2014.

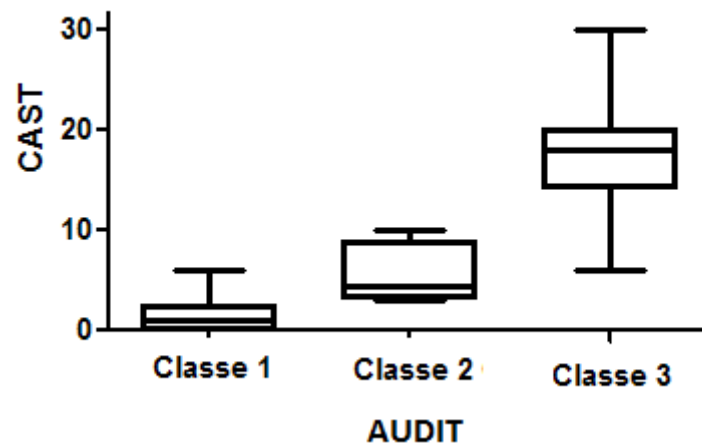
	Condição		P
	Não alcoolistas (n=21) n(%)	Alcoolistas (n=24) n(%)	
AUDIT			
<8	16(76%)	1(4%)	<0,001 ⁽¹⁾
8 a 15	4(19%)	0(0%)	
16 a 19	1(5%)	0(0%)	
$\geq$ 20	0(0%)	23(96%)	
Pontuação AUDIT	2 (0 - 17)	35 (5 - 40)	< 0,001 ⁽²⁾
CAGE			
0	14	0	< 0,001 ⁽¹⁾
1	7	1	
2	0	23	
3	0	0	
4	0	0	
Pontuação CAGE	0 (0 - 1)	3 (1 - 4)	< 0,001 ⁽²⁾
Pontuação CAST	1 (0 - 10)	18 (6 - 30)	< 0,001 ⁽²⁾

(1) Teste exato de Fisher (2) Mann-Whitney

A tabela 5 mostra a comparação entre as classes formadas pela escala AUDIT em relação à pontuação CAST. Houve evidência de diferença significativa entre as classes: a pontuação CAST aumentou com o avançar das classes do AUDIT. Portanto, de acordo com os escores dos instrumentos, quanto maior for o escore do CAST maiores são os sentimentos, atitudes, percepções e experiências

das crianças/adolescente relacionadas com o comportamento dos seus pais beberem. Quanto maior é a classe do AUDIT, maior é o consumo de álcool dos pais, logo, há evidência de que o CAST, de fato, cumpre com o seu objetivo, qual seja, o de identificar filhos de alcoolistas.

Tabela 5 - Comparação entre os instrumentos AUDIT em relação à pontuação do CAST, Botucatu, 2014.



AUDIT				P
	Classe 1 (n=9)	Classe 2 (n=4)	Classe 3 (n=20)	
Pontuação	1,5 ± 2,0	5,5 ± 3,1	17,9 ± 6,7	< 0,001
CAST	1,0 (0 – 6) A	4,5 (3 – 10) AB	18 (6 – 30) B	
Kruskal-Wallis				

6. DISCUSSÃO

Através dos resultados, podemos afirmar que fica demonstrada a validade do Teste de triagem de filhos de alcoolistas (TEFA), tradução do instrumento *Children of Alcoholic Screening Test* (CAST), em população brasileira, podendo ser aplicado até mesmo por profissionais não especializados.

Ou seja, de acordo com os resultados, o Teste de triagem de filhos de alcoolistas (TEFA) pode identificar crianças e adolescentes que estão vivendo com o pai alcoolista. O TEFA mede sentimentos, atitudes, percepções e experiências das crianças relacionadas com o fato de seu pai beber.

Foi observado também através da comparação entre os instrumentos o Teste de triagem de filhos de alcoolistas (TEFA), com o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e o Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE), já validados no Brasil, que a quantidade de consumo do pai está diretamente relacionada à quantidade de sentimentos das crianças e adolescentes, atitudes, percepções e experiências relacionadas à esse comportamento.

7. CONCLUSÃO

Sendo assim, chegamos à conclusão que de acordo com os resultados obtidos, o instrumento TEFA, tradução do CAST, é válido para ser usado no Brasil por pessoal não especializado, o que é uma das recentes recomendações da OMS (WHO, 2010).

Este fato adquire relevância diante da elevada prevalência dos problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas na população geral, com graves repercussões em seus filhos. Estes, ou frequentam alguma escola, onde parte desses problemas se manifesta indiretamente, e/ou são levados à rede pública de saúde por motivos diversos.

A disponibilidade do TEFA, instrumento de fácil aplicação mesmo por pessoal não-especializado, passa a ser um auxiliar útil para a identificação (ou ao menos a suspeição fundamentada) da existência de alcoolismo no pai de uma criança ou de um adolescente que apresente dificuldades emocionais ou comportamentais. Sabemos que quanto mais cedo esses problemas forem corretamente identificados maiores as probabilidades de sucesso de intervenções preventivas (nos filhos) e curativas (nos pais).

O TEFA pode ser uma ferramenta oportuna tanto para o sistema de saúde (geral ou escolar), como para o sistema de assistência social, particularmente se integrado a políticas e a estratégias de atenção à saúde da criança e do adolescente, por um lado e por outro, a programas de enfrentamento e de redução dos problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

8. REFERÊNCIAS

ALQUATI BISOL, C.; TAPIA, A. M. A psicologia e o conceito de risco: estudos publicados entre 1999 e 2010. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 309-316, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/cla/d_dep_qui.htm>. Acesso em: out. 2013.

ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In: _____. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora, 2009a. cap. 5.

ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. _____. In: **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora, 2009b. cap. 3.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. IN: ANDRADE, T. M. (Coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. (Supera; 1).

BARBOR, T. F.; FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT – The alcohol use disorders identification test**: guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO, PAHO, 1992. v. 4. p. 1-29.

BERTONI, L. M. Reflexões sobre a história do alcoolismo. **Rev. Fafibe**, v. 9, p. 149-150, 2006.

BERTOLETE, J. M.; SARTORIUS, N. Classifications of mental disorders: from Bertillon to ICD-10, the century of international collaboration. **Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines**, v. 21, n. 2, p. 39-43, 1993.

BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 572 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARDIM, M. S.; ASSIS, S. G.; SBERGE, M.; IGUCHI, T.; MORGADO, A. F. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 191-211, 1986.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 555-559, 2008.

CHARLAND, H.; CÔTÉ, G. The Children of Alcoholics Screening Test (CAST): test-retest reliability and concordance validity. **J. Clin. Psychol.**, v. 54, n. 7, p. 995-1003, 1998.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, p. 1213-1218, 2005.

EIRENE do Brasil – ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE ASSESSORAMENTO E PASTORAL FAMILIAR. **Drogas**: como evitar. Princípios para pais e educadores.

São Paulo: Ultimato, 1996. Disponível em: <<http://www.ultimato.com.br/file/capitulos/Drogas-leia.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

EWING, J. A.; ROUSE, B. A. Identifying the hidden alcoholic. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE, 29., 1970, Sydney. **Program and abstracts...** Sydney, 1970.

FACCIO, G. **Alcoolismo**: um caso de Saúde Pública. Uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no Brasil. 2008. 28 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15412/000678030.pdf?sequence=1>>. Acesso em: ago. 2012.

FALS-STEWART, W.; KELLEY, M. L.; FINCHAM, F. D.; GOLDEN, J.; LOGSDON, T. Emotional and behavioral problems of children living with drug-abusing fathers: comparisons with children living with alcohol-abusing and non-substance-abusing fathers. **J. Fam. Psychol.**, v. 18, n. 2, p. 319-330, 2004.

FERRARINI, E. **Vencedor não usa drogas**: orientação atualizada para pais, professores e jovens. São Paulo: Book Gráfica, 2001. 182 p.

FURTADO, E. F.; LAUCHT, M.; SCHMIDT, M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 29, n. 2, p. 71-80, 2002.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAUCK FILHO, N.; TEIXEIRA, M. A. P. Avaliação de motivos para uso de álcool: uma revisão de literatura. **Psico**, v. 42, n. 1, p. 7-15, 2011.

JONES, W. J. **The Children of Alcoholics Sreening Test**: test manual. Chicago: Camelot Unlimited, 1983.

KERR-CORRÊA, F. Differences in patterns of alcohol use between men and women in Botucatu, São Paulo. In: ISIDORE OBOT, I.; ROOM, R. (Ed.). **Alcohol, gender and drinking problems, a perspective from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization, 2005. p. 49-68.

LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FOIRE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, C. (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. 440 p.

LARANJEIRA, R. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Médica Brasileira, 2003. 120 p.

LARANJO, T. H. M. Sociedade, história e drogas: a complexa trama de interesses. In: MALUF, D. P.; TAKEY, E. H.; HUMBERG, L. V.; MEYER, M.; LARANJO, T. H. M. **Drogas**: prevenção e tratamento: o que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: CL-A Cultural, 2002. cap. 1.

LASTA, L. D.; BORDIGNON, J. S. O papel do enfermeiro de saúde básica na promoção de saúde a usuários de álcool e drogas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: REPENSANDO SABERES E INOVANDO PRÁTICAS, 11., 2011, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria, 2011. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/enfermagem2011/Trabalhos/733.pdf>>. Acesso em: jan. 2014.

LESHNER, A. I. Addiction is a brain disease, and it matters. **Science**, v. 278, n. 5335, p. 45-47, 1997.

LIMA, C.; FREIRE, A. C. C.; SILVE, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARREL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the Audit in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol.**, v. 40, p. 584-589, 2005.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, p. 1219-1230, 2005.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.

MARI, J. J.; RAZZOUK, D.; TOURINHO, M. F. **Guia de psiquiatria**. Barueri, SP: Manole, 2005. 252 p. (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar).

MESSAS, G. P.; VALLADA FILHO, H. P. O papel da genética na dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, supl. 1, p. 54-58, 2004.

MESQUITA, E. M.; NUNES, A. J.; COHEN, C. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 35, p. 8-12, 2008.

MINTO, E. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; GORAYEB, R.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 set. 2012.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100002>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

NICASTRI, S. **Drogas**: classificação e efeitos no organismo. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Topics in brief**. Genetics: the blueprint of health and disease. 2008. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/genetics-addiction>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

O'CONNOR, P. G. Alcohol abuse and dependency. **ACP Med.**, p. 1-14, 2009.

OLIVETO, P. Risco de beber socialmente: estudo com ratos conclui que pequenas doses diárias de álcool podem diminuir as células de área do cérebro relacionadas à memória. **Correio Brasiliense**, Brasília, 2012. Seção Saúde. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/blogs/dependencia-quimica/16797-riscos-de-beber-socialmente>>. Acesso em: dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas**: resumo. Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em: fev. 2014.

RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 240 p.

RIBEIRO, M. **Neurobiologia da dependência química**. 2003. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/ensino/aulas/Ribeiro_Neurobiologia_da_dependencia_quimica_texto_2002..pdf>. Acesso em: jan. 2014.

SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SILVA, S. É. D.; VASCONCELO, E. V.; PADILHA, M. I. C. S.; MARTINI, J. G.; BACKES, V. M. S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

SILVEIRA, C. M. **Padrões de consumo do álcool na população brasileira.** Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006.

SIMÃO, M. O. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Interface (Botucatu)**, v.4, n.7, p. 147-148, 2000.

SIMÃO, M. O.; KERR-CORRÊA, F.; SMAIRA, S. I.; TRINCA, L. A.; FLORIPES, T. M. F.; DALBEN, I.; MARTINS, R. A.; OLIVEIRA, J. B.; CAVARIANI, M. B.; TUCCI, A. M. Prevention of “risky” drinking among students at a Brazilian university. **Alcohol Alcohol.**, v. 43, n. 4, p. 470-476, 2008.

SOUZA, N. E. **Alcoolismo na família:** uma análise sobre o impacto social na vida de crianças e adolescentes. Análise do impacto social para a vida de crianças e adolescentes que convivem com o problema do alcoolismo na família. 2011. Disponível em: <<http://monografias.brasile scola.com/direito/alcoolismo-na-familia-uma-analise-sobre-impacto-social.htm>> Acesso em: 10 out. 2013.

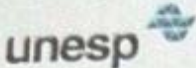
TRINDADE, E. M. V. **Filhos de Baco**: adolescência e sofrimento psíquico associado ao alcoolismo paterno. 2007. 200 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

WHO. **MhgAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. Geneva, 2010.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, supl. 2, p. S51-S55, 2005.

9. ANEXOS

**ANEXO A - Protocolo do comitê de ética em pesquisa da faculdade de
medicina de Botucatu**

 **Universidade Estadual Paulista**
Faculdade de Medicina de Botucatu 

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br

 Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

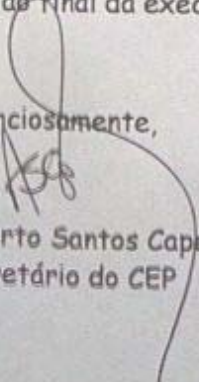
Botucatu, 02 de julho de 2012 354/2012-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. José Manoel Bertolote
Departamento de Neuro/Psic e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. José Manoel,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4292-2012) "**A detecção de filhos alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado**", a ser conduzido por Amanda Cristina Fioretto, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/07/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado.

Eu, _____
RG _____, declaro, por meio deste termo, ter sido convidado a participar da pesquisa acima intitulada, desenvolvida dentro do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP pela mestrandia Amanda Cristina Fioretto, a quem poderei contatar/consultar se e quando julgar necessário através do telefone (14) 96573796, sob orientação do Prof. Dr. José Manoel Bertolote.

Entendo que o objetivo dessa pesquisa, de modo geral, é estritamente acadêmico e visa aprimorar o conhecimento a respeito das detecções de filhos de alcoolistas, para prevenção numa população em Centro de Saúde Escola, no Ambulatório da FMB, nas Unidades de Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde e do CAPSad da cidade de Botucatu/SP. Também compreendi que a participação nessa pesquisa é voluntária, sem recebimento de qualquer incentivo financeiro, e com o fim exclusivo de colaborar com seu sucesso. Entendo que se aceitar participar da pesquisa, não será realizada nenhuma modificação no tratamento ou acompanhamento usual proposto pela equipe responsável pelo meu cuidado e nem solicitado nenhum exame exceto aqueles já usualmente solicitados pela minha equipe assistente.

Fui informado que a participação nessa pesquisa implicará em uma entrevista feita comigo e com meus filhos os quais responderão ao teste com o objetivo de validar um instrumento americano para detecção de filhos de alcoolistas. A entrevista tem previsão de duração aproximada de 40 a 60 minutos, dependendo das minhas condições e disposição. Foi-me assegurado que todas as informações fornecidas por mim terão objetivos de pesquisa e portanto serão tratadas de modo confidencial com respeito ao anonimato, e que o acesso e análise dos dados serão feitos apenas pela equipe de pesquisa envolvida nesse estudo.

Tenho ciência de que, se tiver dúvidas ou me sentir prejudicado, poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu locado no câmpus da UNESP no Distrito de Rubião Jr. ou pelo telefone (14) 3811-6143. Foi esclarecido que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à minha assistência e cuidado ou constrangimentos. Mantereí em minha posse uma cópia deste termo para futuras consultas, conforme necessário.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Exposto o acima

- Sim, concordo em participar desta pesquisa nos termos expostos;
- Não, não concordo em participar desta pesquisa por motivos de natureza pessoal;

Botucatu, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pai ou responsável

Assinatura do pesquisador: _____;

Pesquisadores principais: Amanda Cristina Fioretto (afioretto@gmail.com) (14) 96573796

Prof. Dr. José Manoel Bertolote (bertolote@fmb.unesp.br) (014) 38826260

Endereço de contato: Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Distrito de Rubião Jr. s/n, Botucatu – SP.

ANEXO C – Questionário sóciodemográfico

Data: ____ / ____ / ____ Entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Qual é a sua data de nascimento? (Dia / Mês / Ano) ____ / ____ / ____

Com quantos anos iniciou na bebida? _____

Até que ano da escola o sr. completou?

- ☐ Nunca frequentou escola, não sabe ler e escrever
- ☐ Nunca frequentou escola, mas sabe ler e escrever
- ☐ 1º grau ou primário _____ ano /série (ensino fundamental)
- ☐ 1º grau ou ginásio _____ ano /série (ensino fundamental)
- ☐ 2º grau ou colegial _____ ano /série (ensino médio)
- ☐ Curso técnico de nível médio incompleto
- ☐ Curso técnico de nível médio completo
- ☐ Curso superior incompleto
- ☐ Curso superior completo
- ☐ Não quis responder
- ☐ Não sabe

Qual sua cor ou raça?

☐	Branca	☐	Indígena
☐	Preta	☐	Outros (especifique):
☐	Parda	☐	Não quis responder
☐	Amarela	☐	Não sabe

Qual é o seu estado civil?

☐	Casado(a)	☐	Divorciado(a) / Separado(a)
☐	Amasiado(a)	☐	Solteiro / Nunca casou
☐	Viúvo(a)	☐	Não quis responder

Quantas pessoas vivem no domicílio, incluindo você, seu cônjuge/namorado/companheiro e outras pessoas? _____ pessoas

Com quem você vive? (PODE HAVER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- ☐ Cônjuge/companheiro(a)/amásio(a)
- ☐ Filhos menores seus e/ou do seu /companheiro/amásio
- ☐ Filhos maiores seus e/ou do seu cônjuge
- ☐ Seus pais e/ou do seu /companheiro/amásio
- ☐ Outros parentes
- ☐ Outros, especifique: _____

Quantos filhos você tem, incluindo adotivos ou enteados? _____ filhos

Quantos dos seus filhos moram com você? _____ filhos

Atualmente seu trabalho (ocupação) é... (ESCOLHA UMA DAS CATEGORIAS ABAIXO)

- ☐ Aposentado, não trabalha mais
- ☐ Empregador com até 4 funcionários fixos
- ☐ Empregador com 5 ou mais funcionários fixos
- ☐ Trabalho assalariado e com carteira assinada ou estatutário
- ☐ Trabalho autônomo e com contribuição previdenciária
- ☐ Aposentado e ainda trabalhando
- ☐ Trabalho informal (bicos) sem contribuição previdência
- ☐ Desempregado (involuntariamente)
- ☐ Sem trabalhar por causa de doença
- ☐ Estudante
- ☐ Estudante bolsista (PG, Iniciação Científica, etc.)
- ☐ Licença maternidade
- ☐ Dona de casa
- ☐ Desempregado voluntariamente por outras razões
- ☐ Empregado familiar não remunerado

Se aposentado e não trabalha mais, qual a profissão anterior? _____]

(ANOTE com maior detalhamento possível)

Especifique qual era a atividade do estabelecimento/empresa em que trabalhou. _____

Qual é a sua ocupação principal em seu trabalho? _____

(ANOTE com maior detalhamento possível, inclusive se é dona de casa.)

Especifique qual é a atividade do estabelecimento/empresa em que trabalha.

Você tem cargo de chefia?

☐	Sim, a de maior responsabilidade	☐	Não
☐	Sim, de nível médio	☐	Não quis responder
☐	Sim, pouca responsabilidade	☐	Não sabe

No seu trabalho atual, quantas horas você trabalha(s) por semana? _____ horas

Quantos empregos você tem? _____ emprego(s)

Você geralmente trabalha:

☐	Somente durante o dia	☐	Noite
☐	Meio período	☐	Trabalha por turnos

Há quanto tempo você está desempregado involuntariamente? _____ meses

Há quanto tempo você está desempregado por causa de doença? _____ meses

Sua renda mensal TOTAL é de: Renda mensal TOTAL (em reais - R\$) _____

() Não tem renda () Não quis responder () Não sabe

A família possui (especifique quantos):

	Televisão em cores		Máquina de lavar
	Rádio		Videocassete e/ou DVD
	Banheiro		Geladeira
	Automóvel		Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)
	Empregada mensalista		Casa ou apartamento próprio
	Aspirador de pó		Computador e/ou notebook

Grau de instrução do chefe de família _____

Qual é a renda familiar total em seu domicílio? (Somando os rendimentos de todos em reais)

Renda familiar total (em reais - R\$) _____

() Não quis responder () Não sabe

Qual é sua preferência religiosa?

	Não tem		Afro-brasileira
	Católica		Orientais/budismo
	Evangélicas/protestantes		Outra
	Espírita		Não quis responder
	Judaica		Não sabe

Religião (espiritualidade) é importante em sua vida?

	Não		Muito (super) importante
	Um pouco		Não quis responder
	Bem importante		Não sabe

Você pratica a sua religião?

	Não tenho religião		Frequento pelo menos 2x / mês
	Não frequento, porém rezo ou acredito.		Frequento 1x / semana
	Frequento menos que 1x / mês		Frequento 2x / semana ou mais

ANEXO D - Teste AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

UM DRINK ou UMA DOSE = 150 ml de vinho

1 dose de destilado (whisky, vodca, pinga), 40ml, ou 1 coquetel: 350 ml de cerveja

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas?

- () Nunca [0] () Uma vez por mês ou menos[1] () 2-4 vezes por mês[2]
() 2-3 vezes por semana[3] () 4 ou mais vezes por semana[4]

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

- () 0 ou 1 [0] () 2 ou 3 [1] () 4 ou 5 [2] () 6 ou 7 [3] () 8 ou mais [4]

3. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- () Nunca [0] () Menos que uma vez por mês [1] () Uma vez por mês[2]
() Uma vez por semana [3] () Quase todos os dias [4]

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- () Não [0] () Sim, mas não no último ano[2]
() Sim, durante o último ano [4]

10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- () Não [0] () Sim, mas não no último ano[2]
() Sim, durante o último ano [4]

ANEXO E - Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE)

C– Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

0 – () não

1 – () sim

A– As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0 – () não

1 – () sim

G – Sente-se culpado (a) pela maneira com que costuma beber?

0 – () não

1 – () sim

E – Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

0 – () não

1 – () sim

ANEXO F - Children of alcoholic screening test (CAST)

Please check the answer below that best describes your feelings, behavior and experiences related to a parent's alcohol use. Take your time and be as accurate as possible.

- 1. Have you ever thought that one of your parents had a drinking problem?*
- 2. Have you ever lost sleep because of a parent's drinking?*
- 3. Did you ever encourage one of your parents to quit drinking?*
- 4. Did you ever feel alone, scared, nervous, angry or frustrated because a parent was not able to stop drinking?*
- 5. Did you ever argue or fight with a parent when he or she was drinking?*
- 6. Did you ever threaten to run away from home because of a parent's drinking?*
- 7. Has a parent ever yelled at or hit you or other family members when drinking?*
- 8. Have you ever heard your parents fight when one of them was drunk?*
- 9. Did you ever protect another family member from a parent who was drinking?*
- 10. Did you ever feel like hiding or emptying a parent's bottle of liquor?*
- 11. Do many of your thoughts revolve around a problem drinking parent or difficulties that arise because of his or her drinking?*
- 12. Did you ever wish that a parent would stop drinking?*
- 13. Did you ever feel responsible for or guilty about a parent's drinking?*
- 14. Did you ever fear that your parents would get divorced due to alcohol misuse?*
- 15. Have you ever withdrawn from and avoided outside activities and friends because of embarrassment and shame over a parent's drinking problem?*
- 16. Did you ever feel caught in the middle of an argument or fight between a problem drinking parent and your other parent?*
- 17. Did you ever feel that you made a parent drink alcohol?*
- 18. Have you ever felt that a problem drinking parent did not really love you?*
- 19. Did you ever resent a parent's drinking?*
- 20. Have you ever worried about a parent's health because of his or her alcohol use?*
- 21. Have you ever been blamed for a parent's drinking?*

- 22.***Did you ever think your father was an alcoholic?*
- 23.***Did you ever wish your home could be more like the homes of your friends who did not have a parent with a drinking problem?*
- 24.***Did a parent ever make promises to you that he or she did not keep because of drinking?*
- 25.***Did you ever think your mother was an alcoholic?*
- 26.***Did you ever wish that you could talk to someone who could understand and help the alcohol-related problems in your family?*
- 27.***Did you ever fight with your brothers and sisters about a parent's drinking?*
- 28.***Did you ever stay away from home to avoid the drinking parent or your other parent's reaction to the drinking?*
- 29.***Have you ever felt sick, cried, or had a "knot" in your stomach after worrying about a parent's drinking?*
- 30.***Did you ever take over any chores and duties at home that were usually done by a parent before he or she developed a drinking problem?*

ANEXO G - Teste de triagem de filhos de alcoolistas (TEFA)**Tradução do CAST**

Por favor, marque com um círculo as perguntas abaixo que correspondem a seus sentimentos, comportamento e vivências relacionadas ao uso de álcool de seu pai. Use o tempo que for necessário, a fim de ser o mais preciso possível.

1. Alguma vez você pensou que seu pai tem um problema com a bebida?
2. Alguma vez você perdeu o sono devido à forma como seu pai bebe?
3. Alguma vez você chegou a falar para seu pai parar de beber?
4. Alguma vez você se sentiu sozinho, com medo, nervoso, bravo ou frustrado porque seu pai não conseguia parar de beber?
5. Alguma vez você teve uma discussão ou briga com seu pai quando ele havia bebido?
6. Alguma vez você ameaçou fugir de casa devido à forma como seu pai bebe?
7. Seu pai já gritou ou bateu em você ou em outro membro da família quando ele havia bebido?
8. Alguma vez você ouviu seus pais brigando quando seu pai estava embriagado?
9. Alguma vez você teve que proteger alguém da família porque seu pai havia bebido?
10. Alguma vez você pensou em esconder ou jogar fora a garrafa de bebida de seu pai?
11. Você pensa muito na forma como seu pai bebe ou nas dificuldades que surgem quando ele bebe?
12. Alguma vez você já desejou que seu pai parasse de beber?
13. Você se sente responsável ou culpado pela forma como seu pai bebe?
14. Alguma vez você já temeu que seus pais se separassem devido à bebida?
15. Alguma vez você já se afastou dos amigos ou evitou amigos e atividades devido à vergonha e ao embaraço pela forma como seu pai bebe?
16. Alguma vez você se viu no meio de uma discussão ou briga entre seus pais por causa da bebida?
17. Alguma vez você achou que seu pai bebe por algo que você fez?

18. Alguma vez você já achou que seu pai não gosta de você?
19. Você já se ressentiu pela forma como seu pai bebe?
20. Alguma vez você se preocupou com a saúde física do seu pai por causa da bebida?
21. Você já foi recriminado por ter um pai que bebe?
22. Alguma vez você pensou que seu pai é um alcoolista?
23. Alguma vez você quis que sua casa fosse como a de seus amigos cujos pais não bebem?
24. Alguma vez seu pai lhe prometeu algo que não cumpriu devido à bebida?
25. Alguma vez você pensou que sua mãe é uma alcoolista?
26. Alguma vez você quis conversar com alguém que poderia entender e ajudar com relação aos problemas de bebida de sua família?
27. Alguma vez você brigou com seus irmãos/irmãs por causa da forma como seu pai bebe?
28. Alguma vez você ficou longe de casa para evitar encontrar seu pai embriagado, ou a reação de sua mãe?
29. Alguma vez você sentiu um "nó no estômago", náuseas ou chorou de tanto se preocupar com a forma como seu pai bebe?
30. Alguma vez você teve que assumir alguma responsabilidade ou tarefa doméstica que normalmente eram de seu pai porque ele passou a beber?

ANEXO H - Declaração de Compromisso

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"

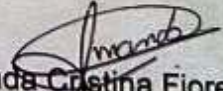


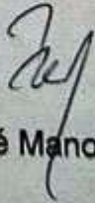
TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me que, ao final do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado
**"A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem
aplicável por pessoal não especializado."** entregarei o relatório final e o resumo do
trabalho concluído.

Sem mais para o momento, agradeço.

Botucatu, 14 de fevereiro de 2013.


Amanda Cristina Fioretto
Pesquisadora


Prof. Dr. José Manoel Bertolote
Orientador

ANEXO I - Autorização do CSE (Centro Saúde Escola)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
RUA DO ROSÁRIO, 171 - BOTUCATU



DECLARAÇÃO

Declaro que tenho **CIÊNCIA** e **AUTORIZO** o desenvolvimento da Pesquisa "**A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado**", a ser conduzida por **Amanda Cristina Fioretto**, orientada pelo **Professor Doutor José Manoel Bertolote** junto a esta Unidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Botucatu, 02 de Outubro de 2012.


Prof.ª. Dr.ª. **Janete Pessuto Simonetti**
Vice-Supervisora do Centro de Saúde Escola/FMB



Faculdade de Medicina de Botucatu - Centro de Saúde Escola
Rua Dr. Gaspar Ricardo, 181 CEP 18609-055 Botucatu, São Paulo - Brasil
Tel / Fax 55 14 3682-5222 Email: cpessuto@fmb.unesp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
RUA DO ROSÁRIO, 181 - BOTUCATU

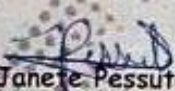


DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo a aluna **Amanda Cristina Fioretto**, orientada pelo **Professor Doutor José Manoel Bertolote** a manipular e colher dados dos prontuários de usuários matriculados do Centro de Saúde Escola Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina - UNESP - Botucatu. Os dados coletados farão parte do projeto de pesquisa intitulado "A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado", após a aprovação do CEP.

Por ser verdade, firmo a presente.

Botucatu, 02 de Outubro de 2012.


Prof^a. Dr^a. **Janete Pessuto Simonetti**
Vice-Supervisora do Centro de Saúde Escola/FMB



Faculdade de Medicina de Botucatu - Centro de Saúde Escola
Rua Dr. Gaspar R. do. 181 - CEP 13609-055 - Botucatu, São Paulo - Brasil
Tel/Fax 55 14 3882-5222 Email: ccs@fmb.unesp.br

ANEXO J - Autorização do CAIS "Professor Cantídio"/ CAPSad

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DA SAÚDE
C.A.I.S. "PROFESSOR CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS"
AV JOSE ITALO BACCHI S/N – CEP 18.606-851 – BOTUCATU / SP
Fone (14) 3811-2730 – e-mail: cantidio-dt@saude.sp.gov.br

Ofício DT 020 CC /2013

Botucatu, 27 de fevereiro de 2013.

A

Pesquisadora Amanda Cristina Fioretto

Informo através deste, que a Comissão Científica do CAIS "Prof. Cantídio" autoriza o desenvolvimento da pesquisa intitulada " A Detecção de filhos alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado, o qual já foi aprovado pelo Comitê de Ensino e Pesquisa, devendo ser discutido e organizado com a Diretora do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD II, Sra. Sheila Maria F.J. da Cruz, a forma do desenvolvimento da pesquisa.

Após a conclusão de trabalho, deverá ser encaminhada cópia completa a esta Instituição.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos, caso necessário.

Atenciosamente,

Marly Tieghi de Mello
Diretor Técnico Depto Saúde
CAIS Professor Cantídio

ANEXO K - Autorização da Fundação UNI**FUNDAÇÃO UNI**

AVENIDA MARIO SARTOR Nº 52 – DISTRITO INDUSTRIAL - BOTUCATU - SP - 18608-845

CNPJ 02.500.002/0001-75

E-MAIL: DIRETORIA@FUNDAÇAOUNI.ORG.BR

FONE (14) 3815-3133/3814-0167

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o Projeto de Pesquisa "*A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado*", a ser conduzida pela pesquisadora AMANDA CRISTINA FIORETTO, sob a orientação do Dr. José Manoel Bertolote, junto a esta Entidade.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo o presente.

Botucatu, 28 de fevereiro de 2013.



Dr. José Carlos Christovan

Diretor Executivo

ANEXO L - Autorização da Prefeitura de Botucatu – Secretaria da Saúde

Prefeitura de
BOTUCATU
Secretaria de
S a ú d e

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho **CIÊNCIA E AUTORIZO** o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: "A detecção de filhos de alcoolistas. Validação de um instrumento de triagem aplicável por pessoal não especializado" a ser desenvolvido pela pesquisadora **Amanda Cristina Fioretto** sob orientação do **Prof. Dr. José Manoel Bertolote** da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu", junto a esta entidade.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Botucatu, 11 de Março de 2013.

Cláudio Lucas Miranda
Secretário Municipal Saúde
CRM - 124.448

Cláudio Lucas Miranda
Secretário da Saúde do Município de
Botucatu