

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

**Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da
síndrome da dependência alcóolica atendidos em um centro de referência
em dependência química**

Área de concentração Neuropsicopatologia

Linha de pesquisa: Ciência cognitiva e do comportamento

Mestranda: Camila Cordeiro dos Santos

RECIFE
Fevereiro/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

**Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da
síndrome da dependência alcóolica atendidos em um centro de referência
em dependência química**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, pela mestranda Camila Cordeiro dos Santos, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria , na área de Neuropsicopatologia

Orientador: Profº Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Mestranda: Camila Cordeiro dos Santos

RECIFE
Fevereiro/2013

Catálogo na publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237f Santos, Camila Cordeiro dos.
Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcoólica atendidos em um centro de referência em dependência química / Camila Cordeiro dos Santos. – Recife: O autor, 2013.
128 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Agressão. 3. Violência doméstica. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2013-037)

CAMILA CORDEIRO DOS SANTOS

**Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da
síndrome da dependência alcóolica atendidos em um centro de referência
em dependência química**

DATA DE APROVAÇÃO: ___/___/_____

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, pela mestrandia Camila Cordeiro dos Santos, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria, na área de Neuropsicopatologia

BANCA EXAMINADORA

Dr. Murilo Duarte Costa Lima

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

DR^a SANDRA LOPES SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

DR^o VALDENILSON RIBEIRO RIBAS

FACULDADE DOS GUARARAPES

Epígrafe

“Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia, mas a seu ser social e político”.”

(Franco Basaglia)

Dedico esta Dissertação a minha querida tia Carmen por toda confiança, amor, carinho e acolhimento. Aos meus pais, e ao meu grande amigo e companheiro Airon Hermínio, pelo carinho, amor, companhia, compreensão e força que sempre encontro disponível quando preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir mais uma vez a realização de um sonho.

Agradeço aos meus pais e minha tia pelo incentivo, por proporcionar meios para que eu pudesse prosseguir com meus estudos e pela estimulação da minha eterna curiosidade.

Ao meu melhor amigo e amante, Airon Hermínio por sempre se fazer presente, por sua paciência, compreensão e carinho que sempre me oferece.

A minha irmã Raissa Thais pela companhia e compreensão.

A Francisco Barbosa Garcia (Tio Cicia). Nas fases dos porquês, geralmente tinha uma explicação plausível e quando não tinha, incitava mais ainda a minha curiosidade.

Ao professor Fernando Lins, por suas aulas maravilhosas e que me fizeram amar a área da saúde mental.

Aos meus amigos Carol Brito, Fábio Clarindo, Pedro Alexandre, Filipe Francisco, Rafael Fernandes, entre tantos, pela agradável companhia, horas de conversas e sorrisos.

A todos os companheiros da turma da Pós graduação em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento de 2011 (I Believe in gliia !!!), sobretudo aos companheiros mais próximos, João Marcílio Aroucha, Tássia Karin, David Felipe, Silvy Nery, Louana Cassiano, Karllus Leite, Lívia Almeida, Silva Neto, Marcos Antônio Oliveira, Reginete Cavalcanti e Cláudia Bulhões.

Ao professor Murilo Duarte da Costa Lima por aceitar o convite para orientação desta pesquisa, mostrando-se um orientador dedicado, interessado disponível e sempre interessado nos resultados e andamento da pesquisa.

Aos coordenadores Dr. Marcelo Valença e a Dr^a Sandra Lopes, pelo acolhimento e pelo esforço em conduzir em possibilitar o crescimento da nossa pós graduação.

Agradeço ainda a todo o pessoal da secretária, Solange Martins, Fátima Barros, Mauricéia e Juarez pela forma competente que exercem suas atividades, nos acompanhando de perto, nos orientando e esclarecendo nossas dúvidas.

A todo o corpo docente do programa, em especial a Dr^a Malu Gurgel, Dr^o Everton Sougey Dr^o Marcelo Viana, Dr^o Hugo Martins por ministrarem suas disciplinas com muita excelência, de forma envolvente e nos mostrando a ética necessária à pesquisa.

Ao Prof^o Dr^o Ribas por toda a disponibilidade e paciência em ajudar, ao grupo de estagiários da Fajolca, que contribuíram bastante para a realização deste estudo.

À Dr^a Ângela Amâncio pelas importantes contribuições para a melhoria deste estudo.

À todo o corpo de funcionários que compõem o NEDEQ, em especial Aldo, D. Socorro e Vaninha.

Ao grupo de estudos em dependência química.

À FACEPE pelo auxílio financeiro imprescindível à realização da pesquisa.

Por fim, agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o andamento desta pesquisa.

MUITO OBRIGADA!!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Dados sobre a concentração de álcool em algumas bebidas- 34

Quadro 2: Pontuações obtidas no AUDIT e suas respectivas intervenções- 73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos pacientes atendidos no NEDEQ no período de Janeiro a outubro de 2012. – 79

Tabela 2: Prevalência dos padrões de consumo de álcool encontrados nos participantes do estudo. – 80

Tabela 3: Relação entre história positiva para o uso de álcool na família e uso atual. – 80

Tabela 4: Comparação do comportamento infantil e comportamento atual dos usuários. – 82

Tabela 5: Relação entre presenciar episódios de violência motivada pelo álcool e comportamento violento expresso atualmente. 83

Tabela 6: Uso de múltiplas substâncias psicoativas e comportamento violento - 84

Tabela 7: Comparação entre a violência sofrida na infância e violência praticada atualmente contra os parceiros – 85

Tabela 8: Prevalência dos tipos de violências praticadas e sofridas pelos usuários e seus parceiros. 88

Tabela 9: Influência do álcool no comportamento dos usuários relatado pelos mesmos. 89

Tabela 10: Principais motivos que originaram os episódios de violência segundo os participantes. 90

Tabela 11: Relação entre abuso sofrido na infância e abuso praticado contra os filhos. 91

Lista de abreviaturas

5-HT -Serotonina

AA -Alcoólicos Anônimos

ADH -Álcool desidrogenase

ALDM -Aldeído desidrogenase

AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE- Acrônimo para Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener

CEBRID -Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID-10 -Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão

CTS2- Conflict Tactics Scales – Revised CTS2 - Escala sobre Táticas de Conflitos.

DAS- Síndrome de dependência de álcool

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed.

GABA -Ácido gama-aminobutírico

NEDEQ – Núcleo Especializado em Dependência Química

NMDA- N-metil-D-aspartato

OMS -Organização Mundial de Saúde

SENAD Secretaria Nacional Antidrogas

SNC -Sistema nervoso central

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VPI- Violência por Parceiro Intimo

SANTOS, CC. Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcóolica atendidos em um centro de referência em dependência química. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

Resumo

Pesquisas sobre o uso do álcool e comportamento violento vêm sendo alvo de intensas investigações, contudo, ainda permanece complexo inferir o uso do álcool como causa direcional à violência. Estudos apontam que há vários fatores de risco que podem estar associados à expressão do comportamento violento nesta população. A presente pesquisa se configurou em um estudo transversal. O mesmo objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à violência intrafamiliar em portadores da Síndrome da dependência alcóolica (SDA) atendidos no Núcleo de dependência química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC- UFPE) que buscaram atendimento no período de janeiro a outubro de 2012. Foram entrevistados 95 pacientes, entre eles homens (N=64) e mulheres (N=31). Para o levantamento de dados, foram utilizados um questionário sócio-demográfico, dois instrumentos de rastreio para o consumo de álcool, o Cut down Annoyed Guilty Eye-opener Questionnaire (CAGE), o The Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT e uma escala para aferir o tipo e a gravidade da violência expressa pelos pacientes, a Escala Tática de Conflitos (CTS2). Para verificar a associação entre as variáveis foram utilizados os testes de Qui-quadrado e exato Fisher. Os resultados apontaram prevalência de uso nocivo de álcool em 3% dos homens e dependência em 97% e 100% das mulheres. Houve prevalência da violência psicológica tanto nos homens (90%) quanto nas mulheres (100%), seguida da violência física encontrada em 84% das mulheres e 80% dos homens. Associações estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e violência foram observadas em pacientes com história familiar de uso de álcool (90%), abuso psicológico (87%) e físico na infância (81%), terem presenciado violência motivada pelo álcool na infância (100%) e uso de múltiplas substâncias psicoativas (81%). Outros fatores relacionados estatisticamente significantes foram o nível de escolaridade e ocupação. Os agressores entrevistados não estabeleceram uma relação causal entre álcool e violência. Entretanto, relataram que a violência exercida contra o parceiro era mais grave quando o mesmo se encontrava sob efeito do álcool. Os dados obtidos neste estudo corroboram com pesquisas que apontam que o uso de álcool e drogas e a presença de violência anterior nas famílias de origem

podem ser apontados como fatores de risco para a perpetuação da violência intrafamiliar. Destacamos a importância da construção de políticas públicas com o objetivo de prevenção e intervenção junto a esta população.

Palavras chave: Álcool e violência, Álcool e comportamento violento, Álcool e violência doméstica.

SANTOS, CC . Factors predisposing to violent behavior in patients with alcoholic dependence syndrome treated at a referral center for chemical dependency. Dissertation (MA in Neuropsychiatry and Behavioral sciences) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

Abstract

Research on alcohol use and violent behavior have been the subject of intense investigations, however, to infer the use of alcohol as a directional cause to violence remains complex. Studies show that there are several risk factors that may be associated with the expression of violent behavior in this population. This research was configured in a cross-sectional study. It was aimed to estimate the prevalence and factors associated with domestic violence in patients with alcoholic dependence syndrome (ADS) attending the Center for chemical dependency (NEDEQ) at Hospital das Clinicas, Federal University of Pernambuco (HC-UFPE) who sought care in from January to October 2012. 95 patients were interviewed, including men (N = 64) and women (N = 31). For data collection, we used a socio-demographic questionnaire, two screening instruments for alcohol consumption, the Cut down Annoyed Guilty Eye-opener Questionnaire (CAGE), The Alcohol Use Disorders Identification Test-AUDIT and a scale to assess the type and severity of violence expressed by the patients, the Conflict Tactics Scales (CTS2). To determine the association between variables were used the chi-square and Fisher. Results showed the prevalence of harmful alcohol use in 3% of men and dependence in 97% and 100% of women. There was prevalence of psychological violence in both men (90%) and in women (100%), followed by physical violence that was found in 84% of women and 80% of men. Statistically significant associations between alcohol consumption and violence were observed in patients with a family history of use of alcohol (90%), psychological (87%) and physical (81%) abuse in childhood, having witnessed violence motivated by alcohol in childhood (100%) and use of multiple psychoactive substances (81%). Other statistically significant related factors were the educational level and occupation. The attackers respondents have not established a causal link between alcohol and violence. However, they reported that violence against their partner was more severe when it was under the influence of alcohol. The data obtained in this study corroborate with researches that points that the use of alcohol and drugs and the presence of previous violence in families of origin can be identified as risk factors for the perpetuation of domestic violence. We stress the

importance of building public policies with the goal of prevention and intervention in this population.

Keywords: Alcohol and violence, alcohol and violent behavior, alcohol and domestic violence.

SUMÁRIO

1 Introdução	21
2 Problematização	24
3 Dados epidemiológicos e saúde pública	27
4 Breve histórico do álcool e sua utilização pelas civilizações	28
4.1 Evolução do conceito de alcoolismo	32
4.2 Efeitos do álcool no Sistema Nervoso Central	37
5 Conceito violência	42
5.1 Violência no contexto familiar	43
5.2 Álcool e violência	45
6 Revisão de literatura – Artigo de Revisão	49
7 Pergunta condutora	70
8 Hipóteses	70
9 Objetivos	70
9.1 Objetivo Geral	70

9.2 Objetivos específicos	70
10 Método	70
	71
10.1 Tipo de estudo	71
10.2 Local da pesquisa	72
	72
10.3 Universo e amostra	72
	72
10.4 Critérios de inclusão e exclusão	72
	72
10.5 Instrumentos	72
10.5.1 Entrevista	73
10.5.2 CAGE Questionnaire	73
10.5.3 “The Alcohol Use Disorders Identification Test “ AUDIT (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool)	74
10.5.4 Conflict Tactics Scales – Revised CTS2 - Escala sobre Táticas de Conflitos	75
10.6 procedimentos	76

10.7 Estudo piloto	76
10.8 Tratamento estatístico	78
11 Aspectos éticos	79
12 Resultados	93
13 Discussão	105
14 Conclusão	107
15 Referências	114
Apêndices	116
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	121
B – Entrevista	122
C – Termo de compromisso com a pesquisa	
Anexos	123
A - Cut down Annoyed Guilty Eye-opener Questionnaire (CAGE)	125
B - The Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT	
C - Conflict Tactics Scales – Revised CTS2 - Escala sobre	

Táticas de Conflitos

127

D - Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

E - Certificado de apresentação do pôster “Fatores associados ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcoólica”, apresentado no XX Simpósio do cérebro.

128

1 Introdução

O uso nocivo do álcool é encarado atualmente com um grande problema de saúde pública de ordem internacional (FONTES, FIGLIE & LARANJEIRA, 2006). Estudos relatam que os prejuízos causados pelo uso inadequado do álcool, acometem problemas nas esferas sociais, clínica e psiquiátrica (LARANJEIRA, 2004).

Ao ser ingerido, o álcool provoca inúmeras alterações bioquímicas e fisiológicas, o que pode ser facilmente identificado no comportamento do bebedor. (MALBERGIER & AMARAL, 2012). Ao longo dos anos, o consumo do álcool vem aumentando substancialmente e acarretando importantes prejuízos tanto individuais quanto sociais (CUNHA & NOVAES, 2004). Estudos apontam uma grande associação entre o uso do álcool e expressão de comportamento violento, aumentando significativamente a violência e a criminalidade (BALTIERE, 2003; CHALUB & TELLES, 2006).

Alguns dados demográficos brasileiros demonstram que o consumo do álcool determina mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no país configurando então, o problema público mais grave (MELONI & LARANJEIRA, 2004). Dados da Organização Mundial da saúde ([OMS], 2004), estimam que, em torno de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo são consumidoras de álcool sendo 76,3 milhões as que apresentam problemas com o uso do álcool, o que representam índices alarmantes.

O álcool, assim como outras substâncias psicoativas, tem ação direta no sistema nervoso central, causando alterações orgânicas, cognitivas e comportamentais em ambos os sexos (ELBREDER *et al.*, 2008; ALMEIDA, PASA, & SCHEFFER, 2009). Seus prejuízos estão relacionados ao padrão de uso e o tempo de consumo, os prejuízos causados à saúde podem se intensificar e tornar-se irreversíveis, impactando negativamente na qualidade de vida (CUNHA & NOVAES, 2004).

Além da associação do álcool com a violência, constatou-se também que o uso do álcool funcionaria como porta de entrada para o consumo de outras substâncias psicoativas como o tabaco, a maconha, cocaína, etc.

(CHAVEZ, O'BRIEN, & PILLON, 2005). Apesar de ser considerado um depressor do sistema nervoso central influenciando a maioria dos sistemas neuroquímicos, quando consumido, provoca desinibição e euforia podendo desencadear comportamentos inadequados predispondo então à violência. Acredita-se que este fenômeno é originado devido às propriedades psicoativas encontradas no mesmo, causando no decorrer do uso sérios comprometimentos neuropsicológicos, incluindo déficit de atenção, alterações cognitivas, distorção da percepção levando a um julgamento inadequado e equivocado das situações vivenciadas, aumentando e estimulando comportamentos violentos (HIGGINS & GEORGE, 2010).

Alguns estudiosos como Baltieri (2003) e Chalub e Telles (2006) acreditam na ligação direta do álcool ao comportamento violento, devido ao fato de provocar desinibição e prejuízos cognitivos. Fatores estes que quando somados a questões referentes à personalidade e desvantagem social, juntamente ao consumo inadequado do álcool, podem parecer um fator complicador e facilitador para a expressão do comportamento violento.

Pesquisas sobre o uso do álcool e comportamento violento vêm sendo alvo de intensas investigações. Entretanto ainda permanece complexo inferir o uso do álcool como causa direcional à violência, inúmeros fatores psicossociais devem ser levados em consideração, para que desta forma possa ser possível sugerir que o uso inadequado do álcool favoreça a expressão de comportamentos violento (GRAHAM *et al.* 2007; HASEGAWA *et al.* 2005).

A Síndrome da Dependência do Álcool (SDA), é considerada uma doença que acomete cerca de 10% a 20% da população brasileira, vem se mostrando um grande problema de saúde pública ao longo dos anos. Causando não apenas dependência química, mas também sérios problemas clínicos relacionados a patologias coronárias, hepáticas, câncer como também comorbidades psiquiátricas, entre outras (LARANJEIRA, 2004).

Estudos apontam que cerca de 5% das mortes estão relacionadas a doenças decorrentes do uso do álcool, quase 40% dos leitos hospitalares são ocupados por doenças associadas ao alcoolismo. Pesquisas também apontam

o álcool como um grande perpetuador da violência nos círculos sociais e familiares, portadores possuem o julgamento da realidade comprometido, sua crítica normalmente é rebaixada podendo predispor ao portador recorrer a agressão. É visto também que devido ao consumo do álcool os episódios violentos para com os demais e até consigo mesmo tornam-se cada vez mais recidivos (VAIZ, BONIFAZ e NAKANO, 2004; LARANJEIRA, 2004; MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA e BOTEGA, 2007).

Outro fator de grande importância apontado pelas recentes pesquisas é o uso do álcool crescente entre as mulheres, onde é verificada diferenças de ação psicoativa do álcool, onde se constata que as mulheres são mais vulneráveis aos efeitos dos mesmos, apresentando também a violência e agressividade em seu comportamento. Assim como nos homens esse crescente e alarmante consumo alcoólico vêm impactando em suas qualidades de vida, familiar, profissional e social (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Uma dificuldade encontrada pelos pesquisadores foi o fato de haverem poucos profissionais da área de saúde mental, realmente capacitados, atualizados e familiarizados com o tema em questão. Este fator dificulta o diagnóstico e a construção de projetos terapêuticos que facilitem a aderência e eficácia de tratamentos cuja finalidade reside em obter maiores sucessos, auxiliando ao sujeito ao resgate de seu controle e dignidade.

O conhecimento acerca do funcionamento da SDA no que diz respeito ao comportamento violento, possibilitará compreender e levantar a psicopatologia e os fatores predisponentes, antecedentes ao comportamento apresentado. O que aumentará as chances de prevenção e intervenção, reduzindo desta forma comportamentos violentos recorrentes, visto que a SDA não se configura apenas um problema de saúde pública como também da esfera legal (HIGGINS, 2010, MALBERGIER & AMARAL, 2012).

Concluindo, a razão que levou ao desenvolvimento da pesquisa a estudar esse tema, foi a grande associação entre comportamento violento e o uso do álcool. As discussões sobre esse tema apresentam frequentemente à

relevância do estudo do comportamento e da psicopatologia preditiva a violência.

A contribuição resultante dessa investigação nos levará a observar quais fatores predisponentes à violência e agressões físicas domiciliares em pacientes portadores da SDA e então oferecer subsídios e embasamento teórico e técnico para as construções de políticas públicas que auxiliem esta população.

Neste sentido, a presente pesquisa se propõe a investigar fatores predisponentes à violência intrafamiliar presente em portadores da Síndrome da dependência alcoólica.

2 Problematização

A Síndrome da Dependência Alcoólica (SDA) caracteriza-se como um transtorno constituído ao longo da vida, tornando-se desta forma, crônico. É definido como um estado psíquico e físico devido à ingestão repetitiva do álcool, havendo desta forma a compulsão de ingestão de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA 2004; KAPLAN, 2006).

Estudos atuais relacionados ao tema sugerem grande associação entre o álcool e a violência. Porém é importante salientar que o uso do álcool associado à personalidade pré-mórbida, histórico familiar onde o uso do álcool é comum, fatores genéticos, características temperamentais, transtorno e personalidade, devem ser levados em consideração nesta associação como fatores predisponentes e estimulantes á violência. São verificadas inúmeras situações de violência onde o álcool pode ser encontrado com frequência a exemplos de homicídios, suicídios, violência doméstica, vandalismos, crimes sexuais e acidentes de trânsitos (CLARK *et al.* 2001; LARANJEIRA, 2005; CHERMARCK *et al.* 2006).

Seu uso tem se tornado muito frequente e até estimulado, funcionando muitas vezes como sinônimo de poder. Devido aos seus efeitos muitas pessoas recorrem ao mesmo em busca de prazer. Vale salientar, porém, que apesar de ser uma droga lícita e aceita socialmente, possui efeitos devastadores como já relatados (GRANT, 2006).

Famílias e empregos vêm sendo perdidos pelos usuários ao longo dos anos devido aos comportamentos elucidados pelo álcool. Uma das características principais da SDA pode ser definida como a perda da liberdade de escolher entre beber e não beber, bem como onde e com quem (LARANJEIRA, 2004).

Usuários raramente têm consciência de sua dependência e de seu declínio social e quando os tem pouco se faz para mudar o quadro, acredita-se que o comprometimento cognitivo interfira no seu julgamento não só da realidade como de si mesmo (LARANJEIRA, 2004, 2007; SILVA& QUINTAS 2010).

Usuários muitas vezes envolvem-se em lutas corporais, expõem-se a risco como, por exemplo, ter relações sexuais sem proteção com pessoas desconhecidas. Estatísticas apontam que em torno de 15% a 66% dos homicídios e agressões sérias, o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas (ZALESKI, 2010).

Os números de violências sofridas em domicílio têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à agressões físicas, que em sua maioria deixam sequelas físicas e psicológicas nos indivíduos agredidos. Promovendo então, a desestruturação familiar (VAIZ BONIFAZ& NAKANO, 2004)

Uma das maiores complicações derivadas do uso do álcool refere-se a complicações judiciais devido à estreita relação do consumo inadequado do álcool e outras drogas e a práticas de delitos. O consumo do álcool representa um grande risco para a perpetuação de homicídios, suicídios, acidentes, crimes sexuais e violência familiar, principalmente nos episódios de intoxicação alcoólica, entretanto, diversos autores apontam falhas metodológicas em pesquisas que dificultam a diferenciação entre o uso nocivo, dependência e

intoxicação alcoólica (PINHO, 2002; BALTIERI, 2003; CHALUB & TELLES, 2006; DUALIBI, 2007).

Pillon, O'Brien e Chavez (2005), atribuem o comportamento violento provocado pelo álcool aos efeitos psicofarmacológicos, que atuam inibindo comportamentos e aumentando a excitabilidade psicológica. Embora exista esta forte associação do uso do álcool e comportamento violento, a maioria dos indivíduos intoxicados não se tornam agressivos e não apresentam outros fatores de riscos situacionais, entre os quais podemos apontar provocação de terceiros, situações de ameaça real ou interpretada, frustração, pressão social para o comportamento violento, entre outros (CHALUB e TELLES, 200)

Um estudo realizado por Mack e Frances (2003), aponta que fatores tais como antecedentes pessoais e familiares envolvendo abuso físico/sexual, negligência, experiências inadequadas de socialização e agressões durante a infância e adolescência, bem como valores adquiridos culturalmente, efeitos farmacológicos, prejuízo cognitivo, labilidade emocional, fissura ou craving, irritabilidade, desorganização familiar, faltas de oportunidades de emprego e educação, necessidades financeiras, falta de recurso financeiros para adquirir a substância de uso, dívidas, local de moradia, convivência com outros delinquentes, conjuntamente com o uso inadequado do álcool, tornaria muito mais provável a expressão do comportamento violento, uma vez que não há consenso entre pesquisadores de que apenas o uso do álcool funcionaria como nexos causal para a violência. A violência então seria uma combinação multifatorial de eventos, desde biológicos a psicossocial.

Minayo (2006) através de seus estudos ressalta a importância de diferenciar a associação da causação. O álcool, portanto, funcionaria como um fator facilitador e complicador, mas não causar da violência.

Atualmente percebemos que o aumento do consumo de álcool entre jovens tem se tornado algo cada vez mais frequente. Fator este que associado ao histórico pessoal e familiar comprometido, prejuízos cognitivos reforçados pelo uso precoce do álcool e seu prejuízo no sistema nervoso central, uma vez que por natural imaturidade biológica. O cérebro não se encontra preparado para a

utilização do álcool, interferindo fortemente em seu funcionamento bioquímico e fisiológico, possam contribuir para a deflagração de comportamentos inadequados. Estudos indicam que quanto mais precoce o uso, maior a chance em se tornar dependente (GALDURÓZ, 2004; GALDURÓZ& CAETANO, 2004).

3 Dados epidemiológicos e saúde pública

Epidemiologia se caracteriza pelo estudo de distribuição dos estados e acontecimentos relacionados à saúde de uma determinada população, lidando com números que precisam ser compreendidos e interpretados da melhor maneira possível (GALDURÓZ& CAETANO, 2004).

Quando enfocamos a problemática do álcool, a epidemiologia busca encontrar dados relacionados ao número dos usuários e dependentes, além dos problemas relacionados ao álcool (GALDURÓZ& CAETANO, 2004).

Através do V levantamento domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/ UNIFESP), em 108 cidades com mais de 200.000 habitantes, em indivíduos entre os 12 e 65 anos, foi observado o uso do álcool em 74,6% dos participantes. Estima-se que a dependência do álcool no Brasil é de 12,3%, o que representa 20.910.00 de brasileiros portadores da síndrome da dependência alcoólica, resultados semelhantes foram obtidos no I levantamento realizado pela mesma instituição.

Em relação à idade de início de uso do álcool, o Cebriid revelou dados alarmantes. Os jovens entrevistados possuíam entre 12 a 17 anos, com a media de iniciação do uso do álcool de 12,5 anos e a frequência do uso foi de 65,2% (GALDURÓZ& CAETANO, 2004).

No Brasil a idade mínima permitida para venda e consumo de álcool é de 18 anos, contudo, os jovens referem que conseguem obter o álcool sem nenhum empecilho, seja em barzinhos a grandes redes de supermercados. O preocupante em relação ao uso precoce de álcool, é que o mesmo funciona

como uma porta de entrada para o consumo de outras substâncias psicoativas como apontam os estudos de Galduróz (2004), entre outros.

Ao realizar o levantamento com crianças e adolescentes em situação de rua, constatou-se que o consumo de álcool é bastante alto entre crianças e adolescentes entre 9 e 18 anos, apesar de não se a substância psicoativa preferida, o consumo recente (últimos 30 dias) concentrava 43% e o consumo semanal ou diário chegava a 22% (NOTO *et al*, 2004).

Quando enfocamos os dados por internações hospitalares relacionadas ao consumo do álcool, observamos dados preocupantes. O Cebrid realizou um levantamento em 2004 em 367 dos 600 hospitais psiquiátricos no Brasil onde os mesmo respondiam a questionários referentes às internações relacionadas ao uso de substâncias. Foi constatado que das 51.787 internações nos referidos hospitais, 39.186 internações o uso do álcool foi o responsável pela mesma. Verificando o uso do álcool relacionado a outras substâncias os dados são ainda maiores (ZALESKI, 2004).

4 Breve histórico do álcool e sua utilização pelas civilizações

O álcool é uma das substâncias mais consumidas pela humanidade, registros arqueológicos evidenciam que os primeiros indícios do uso do álcool datam aproximadamente 6.000 a.C., assumindo uma posição de destaque em vários aspectos nas culturas antigas, como por exemplo medicina antiga, nas festividades, cultos religiosos, alimentação, entre outras finalidades (KELLER, 1979)

A ideia do álcool como substância divina pode ser demonstrada em diversos escritos antigos greco-romanos em suas mitologias, bem como em diversas passagens bíblicas, podemos citar o episódio em que Noé ao se embriagar pelo vinho, fica entorpecido e é visto por seu filho Cam em situação constrangedora.

O álcool etílico é um líquido incolor, volátil, de sabor áspero e queimante e gosto desagradável. O mesmo adquire cheiros e sabores mais palatáveis devido as combinações que são realizadas no processo de fabricação, no qual são acrescentadas diversas essências e concentrações alcólicas diferenciadas, o que concede a bebida, sabores e graduações alcoolicas características, promovendo a diversidade de tipos e classificações de bebidas que podem ser encontradas atualmente em diversos estabelecimentos, pois é apesar de ser caracterizada como uma droga psicotrópica, seu uso é lícito.

O álcool etílico (Etanol $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) é originado através do processo de fermentação de carboidratos. É uma substância, alifática, hidroxilada, de baixo peso molecular, hidrossolúvel e rapidamente absorvida pelo organismo. Na mucosa estomacal (20%) e no intestino delgado (80%). Devido suas propriedades moleculares, o álcool distribui-se rapidamente por todos os tecidos do corpo, atravessando a barreira hematoencefálica e a barreira placentária.

A palavra álcool, é derivada do árabe "*Alkuhu*" que significa essência. as primeiras bebidas consumidas pela humanidade foram as fermentadas ¹. O álcool é um excremento da levedura, um tipo de fungo que tem grande afinidade a alimentos doces, quando em contanto com estes, como, por exemplo, mel, frutas e cereais, liberam enzimas, convertendo o açúcar em dióxido de carbono (CO_2) e álcool ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), este é o processo da fermentação. Posteriormente ao processo, as leveduras morrem de intoxicação alcoólica aguda, na medida em que a concentração alcoólica atinge 13 a 14%, cessando então a fermentação natural (STANDAGE, 2005).

Como podemos perceber as bebidas consumidas pelos antigos, possuíam baixa concentração alcoólica. O vinho foi uma bebida amplamente difundida e consumida por toda a civilização antiga. A sua associação à cerimônias religiosas, como por exemplo, a associação do vinho ao sangue de cristo em missas católicas como símbolo de comunhão com Cristo, festividades

¹ Bebidas fermentadas referem-se a bebidas que são produzidas através do processo de fermentação de frutas e cereais, como o caso do vinho e da cerveja.

relacionadas ao deus Baco (grego)/ Dionísio (romano). O mesmo, pregava aos seus seguidores que o vinho era um líquido mágico e quem o bebesse , seria dotado de poderes e talentos divinos, além de experienciar intensa alegria. Entre outros rituais religiosos, podem ser fatores relacionados a manutenção do hábito de beber álcool no decorrer dos séculos. (EDWARDS, 1998 ; PHILLIPS, 2000; STANDAGE, 2005)

Já a cerveja, acredita-se que foi descoberta acidentalmente a partir da fabricação de pães, onde foi observada a fermentação do grão de cevada. Sendo uma das bebidas mais consumidas daquela época até os dias atuais.

No século XI, um químico árabe chamado Albucasis, descobriu a técnica da destilação, utilizando o alambique, instrumento com o qual era possível a obtenção de bebidas com altas concentrações alcoólicas. A destilação do vinho, por exemplo, originou o conhaque. As bebidas destiladas² foram utilizadas inicialmente como medicações em forma de licores, quando ingeridos com moderação, acreditava-se que os mesmos eram muito úteis como tônicos, anti-inflamatórios, analgésicos, estimulantes contra o frio e auxiliava o rendimento no trabalho, passando a ser considerado como um remédio para todos os males, o que originou a palavra Whisky (do gaélico *usquealough*) que significa, “água da vida”. No Brasil, os indígenas já consumiam uma bebida chamada cauim, derivada da fermentação da mandioca, tanto para fins medicinais como para finalidades religiosas (STANDAGE, 2005)

O álcool em suas duas formas já estava disseminado em vários continentes, com diversas aplicações. Acredita-se que a forma como o homem se relacionava com o álcool não era tão danosa, uma vez que o mesmo na maioria das vezes era consumido em contextos religiosos, impossibilitando o abuso e com fins medicinais obtidos pela ingestão moderada, evitando então a dependência.

² Bebidas destiladas são bebidas purificadas através da destilação de substâncias fermentadas como frutas e cereais, possuindo altas concentrações alcoólicas. Como exemplo de bebidas destiladas, podemos citar a cachaça (ou aguardente), vodca, tequila, rum, uísque, licor e gim.

Entretanto, com o desenvolvimento da civilização e a chegada da revolução industrial no século XVIII, o álcool passou a ser produzido em alta escala e com preços cada vez mais acessíveis, fatores estes que, contribuíram para a modificação da relação que o homem tinha com o álcool séculos atrás.

Após esta breve retrospectiva histórica, percebemos como a relação do homem com o álcool foi modificada. Anteriormente o mesmo estava relacionado a atividades sociais, a produção do álcool era basicamente caseira e as técnicas de produção, armazenagem e estocagem, eram muito rudimentares. Quando ocorriam casos de embriaguez, o mesmo era responsabilizado ao sujeito que provavelmente possuía falhas de moral e caráter como se acreditava na época, pois o conceito do álcool como néctar dos deuses era predominante.

Já no século XVIII e IX, o problema do homem com o álcool, tomou proporções alarmantes, os casos de embriaguez eram cada vez mais frequentes a preferência pelos destilados eram evidentes, o indivíduo estava perdendo o controle sobre seu uso. A partir deste momento, devido a grandes mobilizações sociais, começou-se a enxergar o álcool como droga em si e os problemas relacionados ao consumo inadequado do mesmo, não era apenas falha de caráter (STANDAGE, 2005).

Tal cenário social, levou ao surgimento de sociedades de temperança nos Estados Unidos da América (EUA), estas, percebiam o álcool como um tipo de ameaça pública e restringia o seu uso (STANDAGE, 2005; CARNEIRO, 2010).

Pouco antes de 1920, quando foi instituída a lei seca nos EUA, países como Canadá e boa parte da Europa, começaram a proibir a fabricação e comercialização do álcool. Contudo, a proibição revelou-se um grande problema, embora tenham conseguido reduzir o número de consumo e problemas relacionados ao álcool de forma significativa, tiveram que lidar com as consequências da proibição & aumento da violência e da criminalidade devido ao tráfico e comercialização ilegal (PHILLIPS, 2000; STANDAGE, 2005)

O conceito de doença começou a ser consolidado já na metade do século XX por médicos e psiquiatras, todavia a fisiologia exata que determinava se alguém se tornaria dependente ou não permanecia desconhecida. O alcoolismo, hoje cientificamente conhecido como Síndrome da Dependência do Álcool (SDA), por ser um termo mais preciso, foi incorporado na Classificação internacional de doenças (CID) em 1967 em sua 8ª edição, embora os problemas causados pelo álcool já tivessem sido observados há várias décadas atrás (BALTIERI, 2003).

Com isso, percebemos que apesar dos diferentes aspectos relacionados ao uso do álcool ao longo do tempo em relação às culturas, os problemas relacionados ao uso inadequado do mesmo tanto na esfera clínica, comportamental e social. São relatados em seus 8000 anos de uso pela humanidade, através dos estudos de História e Arqueologia, como também vários relatos encontrados no velho testamento.

4.1 Evolução do conceito de alcoolismo

O conceito de alcoolismo foi criado no século XVIII, após o crescimento da produção e comercialização do álcool destilado decorrente dos avanços da revolução industrial. As bebidas passaram a ser fabricadas em longas escalas o que favoreceu a redução do valor e então a relação que os homens mantinham com o álcool, foi modificada. O álcool que outrora comungava e alegrava, agora passou a estimular a discórdia, agressividade dor, rompimento de laços familiares, amizades e trabalho.

Os primeiros pesquisadores que estudavam o alcoolismo foram Benjamin Rush e Thomas Trotter. Rush foi um psiquiatra americano que dedicou boa parte da sua vida estudando os efeitos do álcool nos indivíduos, criador da ilustre frase “Beber inicia num ato de liberdade, caminha para um hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Enquanto Trotter referiu o termo alcoolismo pela primeira vez enquanto doença, Magnus Huss em 1849, introduziu o conceito de alcoolismo crônico, que para o mesmo se configurava

em estados de intoxicação alcoólica, onde era observável sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (STANDAGE, 2005).

Já na metade do século XX, houve mudanças nas classificações com o objetivo de oferecerem maior confiabilidade e validade devido à necessidade da definição de critérios e com isto, passou-se a considerar o problema do álcool e de outras substâncias psicoativas que não envolviam adicção ou dependência (CARNEIRO, 2010).

Jellinek, causou grande influência na evolução do conceito de dependência, através de seu trabalho o “The Disease Concept of Alcoholism” . No mesmo, o autor refere que o alcoolismo só poderia ser considerado como patologia quando o sujeito apresentava tolerância, abstinência e perda do controle. A tolerância estaria instalada quando o sujeito apresentava a necessidade de ingerir doses cada vez maiores para atingir o mesmo efeito que foi experienciado no início do uso, uma vez que com a habituação, o álcool iria diminuindo os seus efeitos. O estado de abstinência se configuraria como um desconforto físico e psíquico, experimentado pelo sujeito na retirada ou diminuição do álcool (CARNEIRO, 2010).

Apesar dos estudos relacionados à dependência alcóolica datarem do século XVII – XVIII, apenas na metade do século XX, a mesma foi introduzida nos manuais de classificações diagnóstica. Em 1967, a OMS inseriu a dependência alcóolica na Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde (KAPLAN, 2006).

A SDA, portanto, é um transtorno constituído ao longo da vida do sujeito, no qual a interação de fatores sociais e biológicos, atuam como determinantes sobre o modo como o sujeito relaciona-se com o álcool, num processo de aprendizagem individual e social em relação ao seu consumo de bebidas. Um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência. O conceito de síndrome é utilizado na Medicina para designar um conjunto de sinais e sintomas, embora não seja

obrigatória a presença de todos simultaneamente. (GOGLIOTTI& BESSA, 2004)

A CID - 10, classificação adotada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), denomina Transtorno Mental e Comportamental Devido ao Uso do Álcool (F10) para indicar o tipo de substância psicoativa a que essa síndrome está associada. O tipo de transtorno relacionado ao álcool a que estamos nos referindo neste trabalho é a Síndrome de Dependência do Álcool (F10.2). Segundo a CID-10:

“Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.”
(Organização Mundial da Saúde, 1993, p.74).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – (DSM-IV, 1994) aponta alguns pontos para a caracterização da dependência de substâncias& maior tolerância; síndrome de abstinência; desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de controlar ou reduzir o uso da substância; consumo frequente e em maiores quantidades; atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do seu uso; apesar de o indivíduo ter a consciência de apresentar um problema físico ou psicológico causado pela substância, ainda assim persiste o seu consumo (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – (DSM-IV, 1994).

A maioria das pessoas que bebem o faz de forma moderada. Contudo, há evidências de que o “beber pesado” tem se tornado cada vez mais frequente e disseminado tanto entre homens quanto entre mulheres. Assim, o aparecimento de problemas decorrentes desse padrão de beber é cada vez

mais comum, mesmo em indivíduos que não apresentam o diagnóstico de dependência alcoólica. Quando os problemas provenientes do uso abusivo do álcool se tornam frequentes nas diversas áreas de atuação do indivíduo, como na família, no trabalho e na saúde física, devem-se investigar critérios para o abuso e a dependência do álcool (COSTA, 2004).

A definição de padrões de consumo alcoólico compreende aspectos médicos e psicossociais. Os principais padrões de consumo são relatados na literatura como uso moderado, o beber pesado (BP) e o beber pesado episódico (BPE) (BALTIERI, 2003).

Ainda não foi estabelecido consensualmente o consenso de beber moderado, uma vez que o mesmo é derivado da interpretação e percepção de acordo com o indivíduo. Normalmente, utiliza-se este termo para referir-se ao beber socialmente, ou seja, dentro dos padrões estipulados pela sociedade. Contudo, o que entendemos por moderação, ainda é vista de forma equivocada entre os bebedores, os mesmo concebem-na como o uso que não acarreta consequências adversas ao consumidor, esquecendo por sua vez a quantidade de álcool ingerida.

A OMS (2004) estabeleceu uma quantidade de ingestão aceitável e que não ocasionaria danos aos consumidores. A mesma aponta que o consumo adequado seria de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 mL de cerveja, 150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol.

Quadro 1: Dados sobre a concentração de álcool em algumas bebidas

Bebidas	Concentração de álcool / gramas de álcool	Unidades de álcool
1 lata de cerveja – 350 ml	5% = 17 gramas de álcool	1,5
1 dose de aguardente – 50 ml	50% = 25 gramas de álcool	2,5

1 copo de chope – 200 ml	5% = 10 gramas de álcool	1
1 copo de vinho – 90 ml	12% = 10 gramas de álcool	1
1 garrafa de vinho – 750 ml	12% = 80 gramas de álcool	8
1 dose de destilados (uísque, pinga, vodca etc.) – 50 ml	40%-50% = 20g – 25g de álcool	2-2,5
1 garrafa de destilados – 750 ml	40% - 50%+300g=370 gramas de álcool	30-37

O BEP, também denominado binge drinking, é caracterizado por um consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas. O mesmo critério é adotado pelo National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA). Esta definição foi instituída através de dados científicos que associavam essas quantidades de álcool aumentadas a uma possibilidade maior na apresentação de problemas relacionados ao álcool por esses indivíduos (OSCAR-BERMAN, 2000).

Em relação ao BP, o NIAAA, define que o mesmo é caracterizado pelo consumo do álcool acima do considerado uso moderado, ou os padrões socialmente aceitáveis, ou seja, o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres.

Evidências epidemiológicas vêm apontando repetidamente a associação do BP à situações deletérias à saúde e ao meio social, dentre as quais destaca patologias orgânicas e psíquicas, comportamentos inadequados, tanto na esfera sexual como por exemplo comportamento sexual de risco e gravidez indesejada como comportamentos violentos (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios) (OSCAR-BERMAN, 2000).

4.2 Efeitos do álcool no Sistema Nervoso Central

Para o estudo do álcool, quatro aspectos devem ser considerados: a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção. Logo após ser ingerido, o álcool é rapidamente absorvido no trato gastrointestinal, a concentração do álcool no sangue é influenciado pela quantidade ingerida em um determinado espaço de tempo e pela presença de alimentos, graus de tolerância do indivíduo, massa corporal e taxa de metabolização. Posteriormente a absorção, o álcool é distribuído igualmente por todo o organismo através da difusão simples no sangue (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Seguidamente à absorção e distribuição do álcool, são iniciados os processos de destruição e eliminação do mesmo pelo organismo. Os rins eliminam cerca de 5% do álcool pela urina, os pulmões exalam mais 5% através da respiração e o restante sofre oxidação (FREUDENRICH, 2010). A oxidação consiste no processo de transformação do álcool em acetaldeído mediada pela enzima álcool desidrogenase (ADH). Na segunda etapa, o acetaldeído que é altamente tóxico, é oxidado pela enzima aldeído desidrogenase (ALDH) em acetato, o acetato converte-se em Acetil co Enzima A, entrando no ciclo do ácido tricarboxílico (ciclo de Krebs), onde se transforma em dióxido de carbono (CO₂) e água e então eliminado do corpo através da respiração, suor e urina (BORDIN, FIGLIE; & LARANJEIRA, 2004).

Os problemas relacionados ao uso do álcool podem ser observados em três modelos: experimentação, uso e dependência. Para cada modelo citado, observamos mecanismos neurofisiológicos distintos (MALBERGIER & AMARAL, 2012). Ainda segundo os mesmos autores, o contato com o álcool é iniciado com a experimentação que, quanto mais precoce, aumenta a possibilidade do uso frequente, devido a este fator, todos os países restringem a venda de bebidas alcóolicas aos menores de 18 anos.

Conseqüentemente, o uso frequente pode evoluir para a dependência do álcool. É importante salientar que o paciente deve ser visto como um portador de doenças multicausais, pois até o momento, não foi possível inferir qual o principal fator que leva um indivíduo tornar-se dependente e outros não

(MALBERGIER e AMARAL, 2012; Marques& Cruz, 2000; Pechansky, , Szobot, & Scivoletto, 2004).

Esta constatação levaram diversos autores, sugerem alguns fatores de risco que facilitam a evolução do uso frequente para a dependência. Os mesmos acreditam que quanto maior o número de fatores de riscos presentes em um sujeito, maior a probabilidade do mesmo tornar-se dependente, dentre os quais destacam& hereditariedade, psicopatologia, pressão do grupo, acesso, situação familiar e falta de informação (MALBERGIER& AMARAL 2012).

O álcool interfere negativamente no Sistema Nervoso Central (SNC) alterando a cognição e a sua fisiologia. (Cunha e Novaes, 2004). Pesquisas vêm relatando com frequência, estudos que demonstram amnésias nos períodos de embriaguez que acometem cerca de 30 a 40% dos indivíduos no final da adolescência e no início da terceira década da vida, sugerindo que o álcool possa atuar inibindo alguns sistemas de memória, impossibilitando o individuo de recordar-se de eventos ocorridos durante o episódio de embriaguez. (MALBERGIER& AMARAL, 2012) Outros sintomas cognitivos frequentemente relatados por diversos pesquisadores são& euforia, irritabilidade, labilidade afetiva, prejuízo no julgamento, diminuição da atenção, sonolência, lentificação psicomotora, redução do nível da consciência, podendo levar ao coma (NOVAES& CUNHA, 2004).

Embora o álcool seja uma droga de estrutura química simples e de baixa ação farmacológica, quando comparado a outras drogas de abuso, o álcool produz sem dúvidas efeitos lesivos sobre o SNC. Enquanto outras substâncias para produzir efeitos tóxicos necessitem de mínimas doses (miligramas), o álcool precisaria de alguns gramas (FADA& ROSETTI, 1998)

Estudos apontam que o consumo crônico do álcool está fortemente relacionado a anormalidades na morfologia do cérebro, metabolismo cerebral de glicose e aminoácidos, sistema transmissor colinérgico e monoaminérgico, função e estrutura microcelular, fluxo sanguíneo cerebral regional e neurocognição (OSCAR-BERMAN, 2000).

O álcool inibe a atividade de várias regiões cerebrais, como núcleo da rafe, atividade elétrica das células de Purkinge, oliva inferior, locus coeruleus, hipocampo (IERACI & HERRERA, 2007), neurônios da região septal medial. Entretanto, em determinadas áreas, como área tegmental ventral, substância nigra e núcleo accumbens, ricas em dopamina, o etanol aumenta a atividade espontânea. Possivelmente, as ativações nestas regiões medeiam as propriedades de reforço relacionadas à dopamina. De uma forma geral, o etanol deprime a transmissão sináptica, interferindo, inclusive, com a plasticidade sináptica (DILDY-MAYFIELD & HARRIS, 1995).

As manifestações clínicas do alcoolismo podem ser compreendidas através da análise dos mecanismos neurobiológicos envolvidos. O álcool exerce efeito em diversos neurotransmissores no cérebro, entre eles o neurotransmissor inibitório, o ácido gama-aminobutírico (GABA) (RIBEIRO, 2003).

Estudos evidenciam que a interação entre o álcool e o GABA é demonstrada através da redução dos sintomas de abstinência alcoólica quando há a intervenção de substâncias que aumentaria a atividade GABAérgica, como por exemplo, os inibidores de sua recaptação e os benzodiazepínicos. Demonstrando então a possibilidade do referido sistema ter influência na fisiopatologia do alcoolismo (AGUAYO *et al.*, 2002).

As vias neuronais que utilizam GABA exercem importantes ações inibitórias sobre as demais vias nervosas. O receptor para o GABA encontra-se fortemente conectado ao canal de cloro e aos receptores de benzodiazepínicos, formando então, um complexo funcional. O aumento na frequência da abertura dos canais de cloro é promovido através da aclopação do GABA ao seu receptor. O que permite a entrada de maior quantidade de íons para o meio intracelular, tornando-se mais negativo, promovendo então a hiperpolarização neuronal (CARDOSO, 1999).

Baixas concentrações de álcool facilitam a inibição GABAérgica no córtex cerebral e na medula espinhal. A exposição crônica ao álcool podem causar determinados efeitos que podem ser observados na tolerância e

dependência. Tanto nas primeiras horas como durante o uso do álcool, é iniciada uma tolerância ao aumento do influxo de cloro mediado pelo GABA rapidamente (CARDOSO, 1999).

Agindo de forma seletiva, o álcool altera a ação sináptica do glutamato no cérebro. O sistema glutamatérgico, utiliza o glutamato como neurotransmissor constituindo-se como uma das principais vias excitatórias do SNC, realizando relevantes papéis nas alterações nervosas provocadas pelo álcool.

As ações pós-sinápticas do glutamato no SNC são mediadas por dois tipos de receptores & receptores ionotrópicos que são os canais iônicos que causa despolarização neuronal. E receptores de glutamato, o metabotrópico. As ações intracelulares são mediadas pela proteína G (CARDOSO, 1999 ; RIBEIRO, 2003).

Dentre outros, um dos receptores do glutamato ionotrópicos, possui duas famílias & NMDA (n-metil-D-aspartato) e o receptor AMPA/Ka (agonista preferencial é a a -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol propiato). Ambas são identificadas e separadas por possuírem características farmacológicas, moleculares e biofísicas distintas (CARDOSO, 1999; RIBEIRO, 2003).

O efeito eletrofisiológico predominante do álcool é a redução da neurotransmissão excitatória glutamatérgica. Pelo fato do glutamato participar ativamente na plasticidade sináptica, o mesmo possui influência na memória e cognição. Observou-se que baixas concentrações do álcool inibem a ação estimulante mediada pelo NMDA sobre células hipocâmpais em cultura (CARDOSO, 1999).

Estes resultados podem estar relacionados à etiologia da dependência física do álcool, ocorrendo de forma inversa ao que foi descrito em relação a sua ação no GABA. Acredita-se que a retirada do álcool das vias glutamatérgicas, produziriam superexcitação no SNC, originando convulsões, ansiedade e delirium (CARDOSO, 1999).

Em relação aos mecanismos da produção da dependência e da tolerância, destaca-se o influxo dos íons de cálcio que desempenha um papel importante na liberação de neurotransmissores na fenda sináptica. Em concentrações de 25mm de álcool, ocorre a inibição da passagem do cálcio, diminuindo então a liberação de neurotransmissores, com a retirada do álcool, esses canais iônicos aumentariam o fluxo de cálcio e a neurotransmissão, originando os sinais e sintomas da síndrome de abstinência(CARDOSO,1999).

Observamos que o consumo do álcool, pode causar sérias e inúmeras complicações clínicas e psiquiátricas. Atualmente são descritas pela literatura mais de 60 causas de morte relacionadas ao álcool, as patologias mais frequentes são& Cirrose hepática, vários tipos de câncer, pancreatites, polineuropatias, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, acidentes e violência (Laranjeira, 2004; Marín-León, Oliveira, & Botega, 2007, Silva & Quintas, 2010).

Estudos relacionados a avaliações neuropsicológicas como o de Novaes e Cunha (2004), relatam inúmeros comprometimentos cognitivos, principalmente na função executiva, que envolve a capacidade de resolver problemas, antecipar consequências e modificar estratégias, observando o próprio comportamento, comparando-o com o planejamento inicial.

Embora possamos observar que boa parte dos consumidores de álcool mantém o nível intelectual praticamente intacto, percebemos que o grau de comprometimento está diretamente relacionado ao padrão e uso, diferenciando-se entre bebedores sociais até os dependentes, variando de alterações leves a comprometimentos mais severos, como os encontrados na encefalopatia de Wernick e na patologia Kosarkoff (MALBERGIER & AMARAL, 2012; LARANJEIRA, 2004; MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA, & BOTEGA, 2007).

5 Conceito violência

A violência é considerada atualmente como a violação de direitos, muitas vezes com expressões variadas em diferentes contextos. Esse conceito é aceito mundialmente. O seu controle não se restringe apenas ao senso de responsabilidade dos sujeitos ética e socialmente e sim, à redefinição desses conceitos no que tange o ponto de vista moral e legal. A mesma afeta igualmente todos os setores da sociedade se configurando como um fenômeno multifatorial (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Dados epidemiológicos vêm ressaltando o crescimento da mortalidade e morbidade ocasionado pela violência, nas grandes cidades do mundo em alguns países, entre eles o Brasil, principalmente nas duas últimas décadas do século XX (CASTRO; CUNHA; SOUZA, 2011, PRIULI; MORAES, 2007)

O termo violência nos remete à noção de força e utilização da superioridade física sobre outrem. Sua expressão pode ser aceita ou rejeitada em função do conceito de época, circunstâncias e locais. Sua complexidade encontra-se interligada a costumes e normas sociais (MINAYO, 2005).

Muitas vezes utilizadas como sinônimos e mencionadas indiscriminadamente, agressão e violência possuem conceitos distintos. Enquanto Kristensen (2003) enfoca agressão como disposição para agir e atacar e violência como o uso extremado dessa ação. Stelko-Pereira e Williams (2010), entretanto, colocam que a violência pode ser compreendida como um ato agressivo com intencionalidade destrutiva. As autoras tratam os termos como sinônimos, acreditando que a diferenciação funciona como forma de instituir aceitação e naturalização dos comportamentos violentos expressos pelos indivíduos.

Castro, Cunha e Souza (2011), apontam que a violência interfere no funcionamento da sociedade prejudicando a qualidade das relações sociais bem como a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos resultando em sofrimento. A mesma é vista hoje como um problema social e de saúde pública mundial, devido às consequências resultantes da mesma como também pelos

gastos despendidos ao atendimento das vítimas através dos setores de saúde, impactando negativamente em anos potenciais de vida perdidos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, definiu a violência como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (P. 48)

5.1 Violência no contexto familiar

A violência exercida no contexto das relações interpessoais, principalmente as que envolvem laços familiares, pode ser definida como violência familiar. Para caracterizá-la, também podemos fazer uso dos conceitos violência doméstica ou violência intrafamiliar. Entretanto, violência doméstica e intrafamiliar se fazem alvos de confusões conceituais, devido aos significados distintos atribuídos a cada uma dessas expressões.

O ministério da saúde (2001) define violência doméstica como violência que ocorre entre indivíduos que possuem vinculação afetiva, convivência ou consanguinidade. O que pode envolver também, indivíduos que convivam no mesmo ambiente, mas não partilham nenhuma função parental. Aqui não há distinção em relação ao local onde a agressão física ocorre e sim das a relação das pessoas envolvidas. Partilhando da mesma definição, Dossi *et al* (2008), conceitua-a como violência intrafamiliar, pois leva em consideração apenas os componentes da estrutura familiar, e não os agregados, como na definição anterior proposta pelo Ministério da saúde (2001).

Schrader (2003) prefere adotar a expressão violência familiar, pois independentemente do espaço físico onde ocorram as agressões, a mesma é perpetrada por um membro da família em posição de poder, omitindo ou agindo de forma a interferir no prejuíque o bem-estar físico ou psicológico, ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família.

Embora o adjetivo “doméstico” ofereça a conotação de contexto familiar envolvendo nesse grupo crianças, adolescentes, homens e mulheres, o termo violência doméstica vem sendo utilizado com mais frequência para designar a violência do homem contra a mulher. Este entendimento é mais difundido na América do norte, entretanto no Brasil, o termo violência doméstica englobaria também a violência direcionada a crianças e adolescentes, de acordo com Stelko-Pereira e Williams (2010).

Revisando estudos publicados sobre violência doméstica, Tolan, Gorman-Smith e Henry (2006), destacaram três tipos gerais, de acordo com as nomenclaturas mais comumente utilizadas: abuso infantil, abuso de idoso e violência doméstica (geralmente utilizada para se referir à violência entre parceiros íntimos (VPI ou IVP - intimate partner violence)

Obedecendo aos critérios dos objetivos deste estudo, enfocaremos a violência intrafamiliar no contexto da violência entre os parceiros íntimos. Preferimos dar ênfase aos parceiros uma vez que os mesmos podem ser caracterizados como o núcleo familiar central e que seus relacionamentos podem impactar positiva ou negativamente os demais membros que com os quais coabitam, dependendo da dinâmica existente entre o casal.

“Violência entre parceiros íntimos se refere a qualquer comportamento inserido num relacionamento íntimo que cause prejuízos físicos, psicológicos ou sexuais para os envolvidos nessa relação” (Krug *et al.* 2002, p.28).

O autor da deste tipo de violência pode ser um atual ou ex-companheiro. Apesar de maior destaque à mulher como vitimizada na relação, Archer *et al.* (2002), aponta que em alguns casos, as mulheres também podem ser bastante violentas. Devido a esta constatação, Zaleski, Pinsky e Laranjeira (2010), acreditam ser desejável a verificação da ocorrência da violência que pode acontecer mutuamente, através dos relatos dos indivíduos envolvidos, preferencialmente.

A literatura aponta para a necessidade de caracterização de condutas que possam ocasionar danos ao parceiro. Frequentemente os envolvidos relatam situações de ocorrências de violências físicas, sexuais e psicológicas,

sem detalhá-las profundamente. Outras formas de domínio do comportamento também devem ser consideradas e igualmente tidas como violência& monitoramento dos movimentos, isolamento em relação a amigos e outros membros da família, restrição do acesso à informação e assistência (KRUG *et al.*, 2002).

A preocupação relativa às relações violentas reside no fato de que elas tendem a obedecerem a uma escala continuada. Progredindo durante anos em que o relacionamento se mantém, normalmente sendo iniciadas com agressões verbais, passando para as físicas e/ou sexuais, podendo elevar-se a ameaças de morte e por fim, ao homicídio. (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995)

Paiva (1999) destaca que alguns fatores poderiam desencadear as situações de agressividades entre os parceiros, que em muitos casos, apresentam-se interligados, tais como: patologias mentais, falta de diálogo entre o casal, dificuldades sexuais e financeiras, fragilidade na autoimagem e uso do álcool.

A violência entre o casal pode ser expressa sob a forma de comportamento que normalmente aparecem combinados. Para uma melhor compreensão da problemática referida, apresentaremos sucintamente, uma abordagem esquematizada, classificando os comportamentos em três categorias& violência física, sexual e psicológica.

Violência física

A violência física pode ser compreendida como o uso de ameaças, restrições, emprego da força física com a finalidade de causar dor e injúria à outra pessoa, podendo ser ativa ou passiva. Na violência física ativa, como o próprio nome sugere, seria o maltrato explícito, observável, praticado pelo agressor direcionado a vítima, por exemplo, socos, bofetadas, pontapés, uso de instrumentos ou substâncias químicas com o objetivo de causar dano e sofrimento.

No que se refere à violência passiva, as condutas não são tão explícitas como as anteriores, podemos verificar a mesma, quando o agressor priva a

vítima de cuidados médicos, muitas vezes ocasionados pelo episódio violento entre o casal e omissão em situações de situações que proporcionam perigo. Devido a sua maior visibilidade, este tipo de violência, foi o primeiro a ser associado à violência conjugal (DIAS, 2004).

Violência sexual

Este tipo de abuso pode ser entendido como “uma interação sexual conseguida contra a vontade do outro, através do uso da ameaça, força física, persuasão, uso de álcool ou drogas, ou recurso a uma posição de autoridade” (KOSS, 1988 *Apud* ALMEIDA, 2009). Infelizmente são tipo de agressões de difícil identificação, uma vez que as poucas vezes, as lesões não são visíveis e há dificuldade em observar vestígios que indiquem fiabilidade. Em sua grande maioria, decorrente da vergonha e medo, os casos não são denunciados e o intervalo de tempo entre a lesão e a busca por atendimento médico é superior a 48 horas, o que dificulta imputar alguma medida sobre o agressor (MAGALHÃES, 2002).

O preocupante, ainda de acordo com o mesmo autor, é que este tipo de violência pode acarretar em sérios danos à saúde reprodutiva da mulher, podendo ser encontrados em sua grande maioria & corrimentos vaginais, inflamações dos órgãos genitais femininos, lesões cutâneas, infecções urinárias frequentes e persistentes, doenças sexualmente transmissíveis, e gravidez indesejada, depressão, comportamentos de automutilação e suicidas.

Violência psicológica

Esta violência se constitui como um tipo de conduta onde o agressor se utiliza de estratégias para humilhar ou desvalorizar a vítima privada ou publicamente. Geralmente, influenciando e inserindo o sentimento de culpa e responsabilidade do episódio à vítima (LABRADOR *et al*, 2003)

Podendo ser observados neste tipo de violência, hostilizações, rejeições, discriminação, indiferença e uma grande variedade de críticas direcionadas ao agredido (MAGALHÃES, 2002). Condutas como isolar socialmente a vítima, controlar ou restringir seus contatos com parentes e amigos, negar-lhe acesso

aos cuidados de saúde, intimidações, ameaças, controle financeiros, privações de recursos básicos, como por exemplo, acesso a emprego e educação, também são bastante comuns (MATOS, 2006)

Para alguns casais este ser pode ser a única forma de violência presente, entretanto, geralmente a mesma segue acompanhada com as violências supracitadas, dificultando a identificação entre sinais e sintomas. De acordo com Magalhães (2002), vítimas de violência psicológica geralmente demonstram problemas cognitivos, emocionais como crises de choros incontroláveis, depressão, baixa autoestima, sentimentos de culpas e inferioridade, doenças psicossomáticas, ideação suicida e automutilação. Percebemos que as repercussões deste tipo de violência comprometem a saúde física e psicológica dos sujeitos agredidos.

5.2 Álcool e violência

Embora muitos não concebam o álcool como droga, ele é considerado sim uma substância psicoativa, pois atua no sistema nervoso central (SNC), provocando alterações bioquímicas e na fisiologia dos neurotransmissores e conseqüentemente, alterações comportamentais de acordo com a dosagem ingerida.

No início da ingestão podemos observar efeitos estimulantes, como euforia e desinibição, com a continuação da ingestão, os sintomas depressores começam a surgir, gerando incoordenação motora, descontrole e sono, o consumo exagerado pode potencializar o efeito depressor levando o sujeito ao coma (CEBRID,2005; Kaplan, 2006) .

Observamos também que além dos efeitos no SNC, o álcool também produz inúmeras alterações orgânicas, agindo sobre o sistema nervoso periférico (SNP), cardiovascular, gastrointestinal, entre outros.

Estudos direcionados a essa problemática são necessários para fornecer subsídios precisos sobre a SDA, seu funcionamento e conseqüências, para facilitar a formulação de intervenções mais eficientes com o objetivo de auxiliar

os portadores da patologia a conseguirem manter qualidade de vida, autonomia, relações interpessoais saudáveis, entre outros. Vale salientar a importância do tratamento não apenas para o paciente, mas também para seus familiares, uma vez que o fenômeno da dependência repercute de forma negativa em toda estrutura familiar, onde muitas vezes, a família sofre inúmeras vitimizações do portador e/ou vice e versa (LIPSKY *et al.* 2005, HASEGAWA *et al.* 2005; DUALIBI, 2007).

**REVISTA NEUROBIOLOGIA**

NEUROBIOLOGIA JOURNAL

www.neurobiologia.org

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o artigo intitulado: **FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO VIOLENTO EM PORTADORES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA**, de autoria de **Camila Cordeiro dos Santos e Murilo Duarte Costa Lima**, foi aceito para publicação na REVISTA NEUROBIOLOGIA, vol. 75 em 2012. O referido é verdade e dou fé.

Recife/Pe, 25 de agosto de 2012.

Prof. Dr. Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos

Editor Assistente

6 Revisão de literatura

Fatores associados ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcoólica

Camila Cordeiro dos Santos ^{1*}, Murilo Duarte Costa Lima².

Resumo – Pacientes com Síndrome de Dependência Alcoólica estão cada vez mais apresentando comportamento violento. A presente revisão teve como objetivo investigar os fatores associados à expressão deste comportamento violento. O estudo foi realizado nos bancos de dados da PubMed, BVS, e SciELO, no período de 2007 a abril de 2012. Foram encontrados, 526 artigos publicados nos últimos cinco anos, porém, apenas 89 foram aproveitados por demonstrarem pertinência e relevância ao tema de estudo. Os resultados apontaram vários fatores que quando associados ao uso inadequado do álcool, poderiam favorecer a expressão do comportamento, entre os quais, destacam-se histórico pessoal, convivência social, presença de transtorno mental, baixa escolarização e desorganização familiar.

Palavras-chave álcool e violência, álcool e comportamento violento, álcool e violência doméstica.

Factors associated with violent behavior in patients with alcohol dependence syndrome.

Abstract – Patients with Alcohol dependence syndrome are showing increasingly violent behavior. The objective of this review is to investigate the factors associated with the violent behavior expression. This study was conducted in the PubMed, BVS, SciELO databases from 2007 to April 2012. 526 published articles were found in the last five years; however, only 89 were used for demonstrating the relevance and importance to this study approach. The results showed that when several factors associated with the inappropriate alcohol use, could favor the behavior expression, among which are personal history, social life, the presence of mental illness, low education and family disorganization.

Key Words alcohol and violence, alcohol and violent behavior, alcohol and domestic violence.

Estudo realizado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil. ¹Mestranda em Neuropsiquiatria, ³Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ).

***Camila Cordeiro dos Santos** - Rua Maragojipe, 180, Jardim São Paulo – 50920-110 – Recife, PE, Brasil. E-mail & camila_cordeiro@live.com

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Introdução

O uso do álcool pelos seres humanos é relatado por pesquisadores, de tempos remotos aos dias atuais¹. Seu consumo produz tolerância ao longo do tempo e significativa dependência física, acarretando problemas na saúde física, bem-estar, relacionamentos interpessoais e profissionais. Configura-se numa substância bastante acessível, baixo custo e de grande aceitabilidade social, o seu uso muitas vezes é até encorajado, seja pela família ou grupos sociais.^{1,2}

Estudos referem que o consumo do álcool tem se tornado cada vez mais precoce. Jovens o utilizam com frequência, em festas, encontros entre amigos e muitas vezes, em saídas das escolas e universidades.³ Faz-se importante destacar que, quanto mais jovem o início do consumo, maiores as chances de tornarem-se dependentes. Uma vez que o Sistema Nervoso Central (SNC) encontra-se em processo de maturação e o álcool, poderia alterar a sua fisiologia e atividades neuroquímicas, contribuindo então, em mortalidade precoce, devido à exposição do indivíduo a situações de risco, bem como, problemas clínicos, psiquiátricos e legais, em longo prazo⁴.

Em pesquisas realizadas até o momento constatou-se uma significativa associação do uso do álcool à predisposição a violência^{5,6,7}. Observou-se também que o álcool, funcionaria como uma porta de entrada para o consumo de outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas¹. Apesar de ser considerado um depressor do SNC, afetando direta e indiretamente diversos sistemas e mecanismos cerebrais. Quando consumido, inicialmente o álcool provoca euforia e desinibição, com o aumento do consumo, o sujeito, apresenta alterações na percepção de si e dos demais, acarretando em erros no julgamento e conduta inadequada, o que poderia favorecer a expressão do comportamento violento.^{8,9}

O uso contínuo pode levar ao abuso, que se configura como uso recorrente e mal adaptativo da substância. Acarretando em prejuízos clínicos, cognitivos⁸ e sociais para o mesmo. Sobretudo clínico quando há o uso abusivo, pois, com o decorrer do tempo, normalmente aumenta o nível de

tolerância à substância, depois de repetidas doses administradas, o organismo passa então, a necessitar de quantidades maiores com o objetivo de produzir os efeitos iniciais, ocasionando, portanto dependência física no sujeito¹⁰.

A dependência resulta num uso mal adaptativo causando repercussões físicas e sociais, havendo no sujeito grande envolvimento do mesmo a substância. O mesmo, estreita suas relações, restringindo o interesse em atividades sociais, ocupacionais e pessoais nas quais a substância não está inserida, mesmo tendo consciência dos malefícios, o sujeito permanece a usá-lo de forma contínua. A dependência pode ser física ou psíquica. Quando física, é observado distúrbios físicos quando o uso é interrompido, quando psíquica verificamos a compulsão ao consumo visando à obtenção de prazer, conforto, bem estar¹¹.

A Síndrome da Dependência Alcoólica (SDA), portanto, caracteriza-se como um transtorno constituído ao longo da vida, tornando-se desta forma, crônico. É definido como um estado psíquico e físico devido à ingestão repetitiva do álcool, havendo desta forma a compulsão de ingestão de bebidas alcoólicas. Muitos estudos associam a intoxicação por álcool, como um dos principais fatores predisponentes ao comportamento violento¹².

Embora exista esta forte associação do uso do álcool e comportamento violento, a maioria dos indivíduos intoxicados não se tornam agressivos e não apresentam outros fatores de riscos situacionais, entre os quais podemos apontar provocação de terceiros, situações de ameaça real ou interpretada, frustração, pressão social para o comportamento violento, entre outros^{13, 14,15}.

Muitos autores atribuem o comportamento violento provocado pelo álcool aos efeitos psicofarmacológicos, que atuam inibindo comportamentos e aumentando a excitabilidade psicológica. Uma vez que, os episódios de violência associados ao uso do álcool, geralmente estão ligados a intoxicações agudas e crônicas, estudos relatam que diferentemente da embriaguez simples, a embriaguez patológica, parece possibilitar a condução a violência de forma mais impactante^{14, 15,16}.

A violência apresentada e exercida pelo sujeito, pode ser classificada em autoagressão, quando dirigida ao próprio sujeito, e heteroagressão, quando dirigida a parentes e pessoas próximas¹. Os números de violência sofridas em domicílio vêm aumentando significativamente ao longo dos anos principalmente no que diz respeito a agressões físicas, que em sua maioria deixam sequelas físicas e psicológicas nos indivíduos agredidos. Promovendo desta forma, a desestruturação familiar e sequelas físicas e psicológicas, muitas vezes irreparáveis^{16, 17, 18}.

Os episódios de violência associados ao uso do álcool, geralmente estão ligados a intoxicações agudas e crônicas. Estudos relatam que diferentemente da embriaguez simples, a embriaguez patológica, parece possibilitar a condução a violência, entretanto, diversos autores apontam falhas metodológicas em pesquisas que dificultam a diferenciação entre o uso nocivo, dependência e intoxicação alcoólica^{18, 19}.

A cronicidade do uso do álcool aparece frequentemente relacionado a reincidência das agressões, agravando-se em situações de dependência do álcool, aumentando o impacto da violência, elevando então as consequências negativas na saúde física e psicológica da família do paciente, favorecendo então, o prolongamento da violência²⁰.

Em vista a essa problemática, o presente estudo teve como objetivo, verificar na literatura atual, quais os principais fatores associados ao comportamento violento em portadores da SDA, principalmente, no que diz respeito às violências exercidas na esfera intrafamiliar.

Metodologia

Esta pesquisa é um estudo de corte transversal; quanto à abordagem qualitativa; quanto aos objetivos exploratória e descritiva; quanto ao nível de investigação básica, podendo tornar-se aplicada, após coleta de dados e maior aprofundamento futuro; quanto aos procedimentos de coleta bibliográfica e *ex-post-facto*.

Nesse sentido, realizou-se uma revisão da literatura disponível nos principais bancos de dados da PubMed, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), e

ScieLO. Os artigos coletados foram publicados nos últimos cinco anos, ou seja, compreendidos no período de Abril de 2007 a abril de 2012. Os descritores utilizados nas bases de dados em inglês foram “alcohol and violent behavior”, “alcohol and domestic violence” e “alcohol and violence”. Ao realizar a busca utilizando os descritores de forma simultânea, foi observada significativa redução nos resultados da busca, portanto, optou-se pela busca e seleção dos artigos por descritores individuais. Nas bases de dados em português, foram utilizados os seguintes descritores “álcool e comportamento violento”, “álcool e violência doméstica” e “álcool e violência”.

A presente revisão incluiu artigos com resumos e/ ou corpo textual disponível para visualização gratuita, publicados em inglês e português, o que possibilitou abranger artigos publicados em outros idiomas. Artigos que não possuíam artigos disponíveis nas referidas base de dados, foram desconsiderados, bem como artigos que não apresentavam tópicos relevantes ao objetivo da pesquisa. Do total da busca, foram obtidos 526 artigos, dos quais apenas 89 foram aproveitados, por serem pertinentes e relevantes ao objetivo do presente artigo, ou seja, serem originais e com humanos.

Resultados

A base de dados PubMed, apresentou o maior número de artigos utilizados na presente revisão, o número de artigos, totalizaram 337. A BVS apresentou 143 resultados, dos quais 37 eram idênticos aos encontrados no PubMed. Os artigos encontrados no Scielo totalizaram. Evidenciando escassas pesquisas sobre comportamento violento em usuários de álcool, demonstrando a necessidade de maiores pesquisas acerca do tema na América latina e, especialmente, em nosso país.

Discussão

É observado que grande parte da população, já realizou uso de álcool, ao menos uma vez na vida²¹, uns tornaram-se abusadores e outros dependentes, entretanto, grande parte da população refere única

experimentação, ou informam que o consomem socialmente. Todavia, nem todos os dependentes, foco deste estudo, demonstraram comportamento violentos em suas vidas. Embora, a associação do álcool e violência apresentem fortes indícios, ainda permanece equivocado realizar tal afirmação, sugerindo que o álcool, poderia funcionar como um catalisador, porém, faz-se necessário investigar fatores comuns que estejam presentes nos sujeitos violentos, e então fornecer subsídios que facilitem uma intervenção terapêutica que demonstre melhores resultados.²²

Thornberry, (2010)²³ realizou um estudo, verificando os impactos dos maus tratos na infância sobre a vida adulta, constatando que dos 907 participantes de sua pesquisa que sofreram maus tratos na infância, 72% apresentavam comportamento violento, uso problemático de álcool, sintomas depressivos e tentativas de suicídio^{24,25}. Dados corroborados por Walton (2010)²⁶, que relacionou o uso abusivo do álcool a comportamentos violentos. O que nos leva a questionar, qual o sintoma mais preponderante na gênese da violência, o uso do álcool ou os maus tratos sofridos na infância, demonstrando, portanto, que os mesmos são fatores intimamente relacionados^{27, 28}.

Braddy (2008)²⁹, sugere que a exposição a violência na infância e outras formas de comportamento de risco, aumentam a busca e o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas na idade adulta⁶. Podendo contribuir para esses sujeitos apresentarem comportamentos violentos em seu desenvolvimento, incluindo comportamentos desviantes^{30, 31,32}, bem como, exposição a situações de risco^{4, 10, 33,34}.

Esses dados foram substanciados por diversas pesquisas na área, sugerindo que a prevenção do hábito de beber na adolescência, diminuiria potencialmente o comportamento violento na idade adulta^{35, 36,37}.

Os comportamentos violentos, tais como envolvimento em lutas corporais, porte de arma, roubos e assaltos, são evidenciados não apenas pela intoxicação alcoólica, mas também por discussões relativas ao uso e consumo de substâncias psicoativas. Principalmente, quando envolviam o consumo de múltiplas substâncias³⁸, demonstrando então, outros fatores associados que

possivelmente poderiam contribuir para a expressão do comportamento violento na adolescência e que poderiam repetir-se várias vezes na vida adulta³⁹.

Estudos de intervenção no uso precoce, demonstram grande eficácia nas mudanças de comportamento frente ao álcool e demais situações cotidianas, principalmente as relacionadas à comportamentos impulsivos e frustrações^{40,41,42,43} como, por exemplo, o *Bullying* escolar, prevenindo-o e intervindo sobre o mesmo, poderia ser de grande ajuda para evitar o risco de comportamentos violentos tardiamente, uma vez que, resultados de pesquisas, apontam estreita ligação entre o *Bullying* e o comportamento violento adulto. Kim (2011)⁴⁴, também chama a atenção não apenas para o risco de violência sofrida na família ou escola, mas também, para a comunidade. Comunidades de baixa renda normalmente apresentam risco de violência mais acentuada, como também aumento na busca de álcool e outras substâncias na adolescência^{45, 46}.

Outro fator que poderia estar relacionado com o uso precoce seria a pressão do grupo, histórico familiar positivo para o uso do álcool, uma vez que facilitaria o acesso ao mesmo. Adolescentes nessas condições apresentariam mais chances de fazerem uso nocivo e envolverem-se em situações de violência.^{47,48,49}

Corroborando a esses achados, Calafat et. al (2011)¹⁴, realizou uma pesquisa, verificando a influência da rede de amigos em relação ao uso de substâncias psicoativas e comportamento violento, resultando nos principais achados a rede social desviante, poderia influenciar o envolvimento com álcool e situações de violência.^{50,51} Em contrapartida, indivíduos que possuíam redes de amigos que não apresentavam essas características, poderiam funcionar como apoio e proteção a exposição de álcool e violência, observando nessa rede, comportamentos desejáveis e pró-sociais.⁵²

A autoagressão, também aparece em pesquisas como resultante do uso nocivo do álcool. Estudos que verificaram o nível de alcoolemia no sangue de vítimas de mortes violentas, apresentaram em grande parte, resultados

positivos, principalmente em mortes prematuras devido a acidentes, homicídios, suicídios e suicídios indeterminado^{53, 54,55}. Os sangues analisados mostravam níveis de concentração alcoólica superior ao permitido por lei, representando um importante fator de risco para todos os tipos de mortes violentas.^{56,57}

Os autores, afirmam que o álcool juntamente ao histórico pessoal influenciaria de forma significativa na expressão de comportamentos violentos. Homens expostos à violência em seu desenvolvimento seriam mais propensos à violência heterodirigida, enquanto mulheres apresentavam comportamentos violentos autodirigidos, compreendendo automutilações, tentativas de suicídio e suicídios.¹³

Contudo, é necessário explorar outros fatores que poderiam estar envolvidos na gênese da violência em pessoas que apresentam problemas com o álcool. Um dos fatores mais destacado, é a presença se transtornos psiquiátricos.⁵⁸, onde observa-se que indivíduos portadores de transtornos mentais, é possível identificar alta incidência de comportamentos violentos, sobretudo quando associados ao abuso de substâncias psicoativas.^{2,21,58,59}

Avaliações psiquiátricas forenses, demonstraram que, apesar da relação entre o abuso do álcool e crime aparentar ser inquestionável⁶⁰, os mecanismos que suscitam a agressão e violência sob influência do álcool, permanece incompreendido. O consumo do álcool demonstraria efeitos crimonógenos, caracterizado por condutas violentas contra a vida e saúde da família⁶¹, apontando o álcool, como um mecanismo de gatilho para os distúrbios psiquiátricos, sobretudo os distúrbios provenientes de danos ao SNC. A cronicidade do uso do álcool aparece frequentemente relacionado a reincidência das agressões, agravando-se em situações de dependência do álcool, aumentando o impacto da violência, elevando então as consequências negativas na saúde física e psicológica da família do paciente, favorecendo então, o prolongamento da violência.^{62, 63,64}

Os transtornos psiquiátricos mais encontrados foram os de personalidade Antissocial e Boderline (possivelmente devido as suas

características instáveis e impulsivas)^{65,66} e esquizofrenia, sugerindo que o contexto familiar, social juntamente com questões genéticas, teria forte participação na conduta violenta em portadores dos referidos transtornos.⁶⁷

Outro ponto de destaque é a diferença dos efeitos do álcool em homens e mulheres, como Também a gravidade da violência exercida^{1,68}, devido aos impactos neurobiológicos da substância, alterando a cognição e a neuroquímica, podendo gerar comportamentos violentos. No entanto, existem diferenças importantes entre ambos os sexos, referente ao tipo de comportamento violento expresso.¹

Estudos referentes à violência entre parceiros íntimos (VPI), apontam o álcool como um dos principais fatores para a gravidade da VPI, determinando a severidade do ato quando consumido pelas mulheres que muitas vezes são vítimas e perpetradoras da violência,^{19,69} esses achados reforçam os resultados obtidos em pesquisas em âmbitos forenses onde dados semelhantes foram encontrados.^{35,64}

Usuários muitas vezes envolvem-se em lutas corporais, expõem-se a risco como, por exemplo, ter relações sexuais sem proteção com pessoas desconhecidas.^{70, 71, 72,73} Estatísticas apontam que em torno de 15% a 66% dos homicídios e agressões sérias, o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas.⁷⁴

Sustentando esses achados, outros estudos demonstraram novamente que em grande parte das VPI, um ou ambos os parceiros havia ingerido álcool, e a violência exercida estava diretamente proporcional ao grau de intoxicação alcoólica.^{6,74} Entretanto, observa-se que além do álcool, o abuso de outras substâncias psicoativas, sobretudo a cocaína, contribuiu para o aumento da gravidade e do tipo de violência empregada⁵⁰, principalmente quando associados a transtornos de personalidade Antissocial^{75, 76, 77,78}.

Ao investigar a violência entre parceiros íntimos e álcool, foi observado que o uso nocivo do álcool, aumenta as chances de violência tanto para a vítima como para o agressor, reforçando os achados de outros estudos que referiam à intoxicação alcoólica como fator facilitador para a violência. As

mulheres sofreram agressões mais graves. Necessitando de cuidados médicos e, diante da agressão, expressaram mais raiva e aborrecimento quando comparadas aos homens.¹

Chermack (2008)²⁷ substanciou esses resultados quando investigou 489 participantes inscritos em um programa de tratamento de abuso de substância, onde verificou a presença de abusos físicos, psicológicos e sexuais na infância, abuso de substâncias psicoativas, situação financeira baixa e sintomas de depressão. Observando na maioria dos pacientes, 77% de agressões psicológicas, 55% de agressões físicas e 33% lesões graves, salientando a importância de intervenções que englobe, não apenas o abuso das substâncias, mas também, a relação que o histórico de vida do sujeito e sua influência na busca pelo álcool.^{27,79}

Ao presenciar a violência exercida dentro do domicílio por seus pais, além do sofrimento vivenciado na infância e/ou adolescência em períodos fundamentais para o desenvolvimento humano saudável, estudos evidenciam que esta experiência aumenta as chances da reprodução do comportamento na vida adulta.^{52,62, 70, 89}

Essa violência não se restringe apenas entre parceiros como já relatado, se alastra causando impacto em toda estrutura familiar, crianças que convivem em ambientes onde é comum a prática de violência, apresentam significativas interferências negativas em seu rendimento escolar.^{80, 81,82}

Uma análise em mulheres grávidas evidenciou que o abuso do álcool não apenas colocaria em risco a saúde e desenvolvimento do bebê, mas também que as mesmas se tornariam alvos mais vulneráveis à violência perpetrada pelo parceiro. Diminuindo sua capacidade de se proteger, evitar situações de risco e aumentar a possibilidade de ser agredida.⁸⁰

Estudos sobre possíveis intervenções vêm demonstrando que o controle e posteriormente diminuição do álcool, acarretaria significativa diminuição da violência na população, seja em homicídios, agressão física e suicídios,^{83,84,85,86} haja vista, a diferença estatística em regiões onde o uso do álcool é permitido livremente e onde o mesmo tem seu uso severamente controlado,

sugerindo que o livre acesso ao álcool, estaria relacionado com a gênese da violência .⁸⁷

Neste cenário, diversas políticas públicas vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de reduzir a violência relacionada ao álcool, a fim de melhorar a segurança dos indivíduos em suas comunidades^{87,88,89}, prevenir o uso do álcool a adolescentes, seria umas das intervenções mais eficientes para precaver a incidência das agressões e reincidência das mesmas na fase adulta^{84,85,86}. Essas intervenções não devem apenas abranger o uso e abuso das substâncias em si, mas também, focar no histórico psicossocial do sujeito, ajudando-o a elaborar os seus conflitos de maneira mais assertiva.

Conclusão

Pesquisas sobre o uso do álcool e comportamento violento vêm sendo alvo de intensas investigações. Entretanto ainda permanece complexo inferir o uso do álcool como causa direcional à violência, inúmeros fatores psicossociais devem ser levados em consideração, para que desta forma possa ser possível afirmar que o uso inadequado do álcool favoreça a expressão de comportamentos violentos.

Alguns estudos apontam que fatores tais como antecedentes pessoais e familiares envolvendo abuso físico/sexual, experiências inadequadas de socialização e agressões durante a infância e adolescência, bem como efeitos farmacológicos, prejuízo cognitivo, labilidade emocional, desorganização familiar, baixa escolarização, necessidades financeiras, convivência com outros delinquentes, conjuntamente com o uso inadequado do álcool, tornaria muito mais provável a expressão do comportamento violento. Uma vez que não há consenso entre pesquisadores de que apenas o uso do álcool funcionaria como nexos causal para a violência. A violência então seria uma combinação multifatorial de eventos, desde biológicos a psicossocial. O álcool, portanto, funcionaria como um fator facilitador e complicador, mas não como causador direto da violência.

Referências

1. Almeida, R M M; Pasa, G G; Scheffer, M. Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicol. reflex. crit*;22(2)& 252-260, 2009.
2. Elbogen EB; Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder& results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*;66(2)& 152-61, 2009 Feb.
3. Buckley L; Sheehan M; Chapman R. Adolescent protective behavior to reduce drug and alcohol use, alcohol-related harm and interpersonal violence. *J Drug Educ*;39(3)& 289-301, 2009.
4. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration& associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*. 2010 Apr;125(4)&e778-86. Epub 2010 Mar 15.
5. Gadoni-Costa, LM; Zucatti, APN; Dell'Aglio, DD. Violência contra a mulher& levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud. psicol. (Campinas)*;28(2)& 219-227, 2011.
6. Herrera Paredes, JM; Ventura, CAA. Alcohol consumption and domestic violence against women& a study with university students from Mexico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;18(spe)& 557-564, 2010.
7. Zaleski, Marcos; Pinsky, Ilana; Laranjeira, Ronaldo; Ramisetty-Mikler, Suhasini; Caetano, Raul. Intimate partner violence and alcohol consumption. *Rev. Saúde Pública*;44(1)& 53-59, 2010.
8. Easton CJ; Sacco KA; Neavins TM; Wupperman P; George TP. Neurocognitive performance among alcohol dependent men with and without physical violence toward their partners& a preliminary report. *Am J Drug Alcohol Abuse*;34(1)& 29-37, 2008.
9. Monras M, Aparicio A, Lopez JA, Pons I. Prevalence of alcohol consumption related disorders in a prison population convicted of crimes against road safety. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 May-Jun;39(3)&163-7.
10. Fulkerson JA, Pasch KE, Perry CL, Komro K. Relationships between alcohol-related informal social control, parental monitoring and adolescent problem behaviors among racially diverse urban youth. *J Community Health*. 2008 Dec;33(6)&425-33.
11. Hines DA; Straus MA . Binge drinking and violence against dating partners& the mediating effect of antisocial traits and behaviors in a multinational perspective. *Aggress Behav*;33(5)& 441-57, 2007 Sep-Oct.

12. Cork A; Ferns T. Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part II). *Int Emerg Nurs*;16(2)& 88-93, 2008 Apr.
13. Bácskai E; Czobor P; Gerevich J. Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism. *Psychiatry Res*;165(1-2)& 103-10, 2009 Jan 30.
14. Calafat, amador; Kronegger, Luka; Juan, Montse; Angels Duch, Mari Angels; Kosir, Matej. Influence of the friends' network in drug use and violent behaviour among young people in the nightlife recreational context . *Psicothema (Oviedo)*;23(4)& 544-551, 2011. tab, ilustr.
15. Castro, ML; Cunha, SS; Souza, Delma P O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev. Saúde Pública*;45(6)& 1054-1061, 2011.
16. Holder HD. Alcohol and violence& a complex nexus of drinking environment and drinking pattern. *Addiction*;103(1)& 78-9, 2008 Jan.
17. Bittar, D B; Nakano, A M S. Violência intrafamiliar& análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto contexto - enferm.*;20(1)& 17-24, 2011.
18. Moreira, T C.; Belmonte, E L.; Vieira, F R; Noto, A R; Ferigolo, M; Barros, H M. T. A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes& comparação entre sexos . *J. Pediatr. (Rio J.)*;84(3)& 244-250, 2008.
19. Lysova AV; Hines DA. Binge drinking and violence against intimate partners in Russia. *Aggress Behav*;34(4)& 416-27, 2008 Jul-Aug.
20. Castillo ED; Alarid LF. Factors associated with recidivism among offenders with mental illness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*;55(1)& 98-117, 2011 Feb.
21. Lindqvist P .Mental disorder, substance misuse and violent behaviour& the Swedish experience of caring for the triply troubled. *Crim Behav Ment Health*;17(4)& 242-9, 2007.
22. Wiggers JH. Reducing alcohol-related violence and improving community safety& the Alcohol Linking Program. *N S W Public Health Bull*;18(5-6)& 83-5, 2007 May-Jun.
23. Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J Adolesc Health*. 2010 Apr;46(4)&359-65. Epub 2010 Jan 4.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol and suicide among racial/ethnic populations - 17 states, 2005-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009 Jun 19;58(23):637-41.
25. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Substance use in suicides in Mexico & results of the Epidemiological Surveillance System of Addictions, 1994-2006. *Salud Publica Mex.* 2009 Jul-Aug;51(4):306-13. Spanish.
26. Walton MA; Chermack ST; Shope JT; Bingham CR; Zimmerman MA; Blow FC; Cunningham RM. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents & a randomized controlled trial. *JAMA*;304(5):527-35, 2010 Aug 4.
27. Chermack ST; Murray RL; Walton MA; Booth BA; Wryobeck J; Blow FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment & correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug Alcohol Depend*;98(1-2):35-44, 2008 Nov 1.
28. Colbert SJ; Krause N. Witnessing violence across the life course, depressive symptoms, and alcohol use among older persons. *Health Educ Behav*;36(2):259-77, 2009 Apr.
29. Brady SS, Tschann JM, Pasch LA, Flores E, Ozer EJ. Violence involvement, substance use, and sexual activity among Mexican-American and European-American adolescents. *J Adolesc Health.* 2008 Sep;43(3):285-95. Epub 2008 May 12.
30. Eklund JM, af Klinteberg B. Alcohol use and patterns of delinquent behaviour in male and female adolescents. *Alcohol Alcohol.* 2009 Nov-Dec;44(6):607-14. Epub 2009 Jan 8.
31. Shepherd J. Preventing alcohol-related violence & a public health approach. *Crim Behav Ment Health*;17(4):250-64, 2007.
32. Pereira, P C; Santos, A B; Williams, L C A. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. *Psic. & Teor. e Pesq.*;25(1):19-28, 2009.
33. Brook DW, Rubenstone E, Zhang C, Morojele NK, Brook JS. Environmental stressors, low well-being, smoking, and alcohol use among South African adolescents. *Soc Sci Med.* 2011 May;72(9):1447-53. Epub 2011 Apr 12.
34. Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE 3rd. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and

- perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*. 2008 Feb;121(2)&297-305.
35. Komro KA, Tobler AL, Maldonado-Molina MM, Perry CL. Effects of alcohol use initiation patterns on high-risk behaviors among urban, low-income, young adolescents. *Prev Sci*. 2010 Mar;11(1)&14-23.
 36. D'Costa G; Nazareth I; Naik D; Vaidya R; Levy G; Patel V; King M. Harmful alcohol use in Goa, India, and its associations with violence& a study in primary care. *Alcohol Alcohol*;42(2)& 131-7, 2007 Mar-Apr.
 37. Fritz MV; Wiklund G; Kuposov RA; af Klinteberg B; Ruchkin VV. Psychopathy and violence in juvenile delinquents& what are the associated factors? *Int J Law Psychiatry*;31(3)& 272-9, 2008 Jun-Jul.
 38. Blay, N; Calafat, A; Juan, Montse; Becoña, Elisardo; Mantecón, Alejandro; Ros, Marga; Far, Antoni . Violence in nightlife environments and its relationship with the consumption of alcohol and drugs among young Spaniards. *Psicothema (Oviedo)*;22(3)& 396-402, 2010. tab
 39. Xue Y, Zimmerman MA, Cunningham R. Relationship between alcohol use and violent behavior among urban African American youths from adolescence to emerging adulthood& a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2009 Nov;99(11)&2041-8. Epub 2009 Sep 17.
 40. Tikkanen R; Holi M; Lindberg N; Tiihonen J; Virkkunen M. Recidivistic offending and mortality in alcoholic violent offenders& a prospective follow-up study. *Psychiatry Res*;168(1)& 18-25, 2009 Jun 30.
 41. Saitz R; Naimi TS. Adolescent alcohol use and violence& are brief interventions the answer? *JAMA*;304(5)& 575-7, 2010 Aug 4.
 42. Cunningham RM, Walton MA, Goldstein A, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC. Three-month follow-up of brief computerized and therapist interventions for alcohol and violence among teens. *Acad Emerg Med*. 2009 Nov;16(11)&1193-207.
 43. Voisin DR; Salazar LF; Crosby R; Diclemente RJ; Yarber WL; Staples-Horne M. Witnessing community violence and health-risk behaviors among detained adolescents. *Am J Orthopsychiatry*;77(4)& 506-13, 2007 Oct.
 44. Kim MJ; Catalano RF; Haggerty KP; Abbott RD. Bullying at elementary school and problem behaviour in young adulthood& a study of bullying, violence and substance use from age 11 to age 21. *Crim Behav Ment Health*;21(2)& 136-44, 2011 Apr.

45. Walton MA, Cunningham RM, Goldstein AL, Chermack ST, Zimmerman MA, Bingham CR, Shope JT, Stanley R, Blow FC. Rates and correlates of violent behaviors among adolescents treated in an urban emergency department. *J Adolesc Health*. 2009 Jul;45(1):77-83. Epub 2009 Feb 20.
46. Witte SS; Batsukh A; Chang M. Sexual risk behaviors, alcohol abuse, and intimate partner violence among sex workers in Mongolia & implications for HIV prevention intervention development. *J Prev Interv Community*;38(2):89-103, 2010 Apr.
47. Kuntsche E; Gossrau-Breen D; Gmel G. The role of drunken older siblings and drunken peers in the alcohol-violence nexus. *Eur J Public Health*;19(4):394-9, 2009 Aug.
48. Vieira, E M; Perdoná, G S C; Santos, M A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*;45(4):730-737, 2011.
49. Vieira, L J E S; Pordeus, A M J; Ferreira, R N; Moreira, D P; Maia, P B; Saviolli, K C. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saude soc.*;17(3):113-125, 2008.
50. Feingold A; Kerr DC; Capaldi DM. Associations of substance use problems with intimate partner violence for at-risk men in long-term relationships. *J Fam Psychol*;22(3):429-38, 2008 Jun.
51. Green KM; Doherty EE; Zembrak KA; Ensminger ME . Association between adolescent drinking and adult violence & evidence from a longitudinal study of urban African Americans. *J Stud Alcohol Drugs*;72(5):701-10, 2011 Sep.
52. Muñoz-Rivas MJ; Gámez-Guadix M; Graña JL; Fernández L . Relationship between dating violence and use of alcohol and illegal drugs in Spanish adolescents and young adults. *Adicciones*;22(2):125-33, 2010.
53. Freitas EA; Mendes ID; Oliveira LC . Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. *Rev Saude Publica*;42(5):813-21, 2008 Oct.
54. Ray JG, Moineddin R, Bell CM, Thiruchelvam D, Creatore MI, Gozdyra P, Cusimano M, Redelmeier DA. Alcohol sales and risk of serious assault. *PLoS Med*. 2008 May 13;5(5):e104.

55. McKinney CM, Caetano R, Rodriguez LA, Okoro N. Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence? *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 Apr;34(4):655-8. Epub 2010 Jan 26.
56. Palmstierna T; Olsson D. Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*;115(1):66-72, 2007 Jan.
57. Paula, C M. C. de; Ruzzene, M A. M; Martinis, B S. Blood alcohol concentration and violent deaths. *Medicina (Ribeirão Preto)*;41(1):24-29, jan.-mar. 2008. tab, graf.
58. Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP, Huang B, Chou SP, Grant BF. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders & results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jan;69(1):12-22.
59. Roudsari BS; Leahy MM; Walters ST. Correlates of dating violence among male and female heavy-drinking college students. *J Interpers Violence*;24(11):1892-905, 2009 Nov.
60. Juszcak D; Talarowska M. The characteristics of offenders abusing alcohol in view of forensic-psychiatric assessments. *Pol Merkuriusz Lekarski*;27(159):213-5, 2009 Sep.
61. Sacks S, Cleland CM, Melnick G, Flynn PM, Knight K, Friedmann PD, Prendergast ML, Coen C. Violent offenses associated with co-occurring substance use and mental health problems & evidence from CJDATS. *Behav Sci Law*. 2009 Jan-Feb;27(1):51-69.
62. Roberts AL, Gilman SE, Fitzmaurice G, Decker MR, Koenen KC. Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood. *Epidemiology*. 2010 Nov;21(6):809-18.
63. Sheppard MA; Snowden CB; Baker SP; Jones PR. Estimating alcohol and drug involvement in hospitalized adolescents with assault injuries. *J Adolesc Health*;43(2):165-71, 2008 Aug.
64. Rabello, P M; Caldas Júnior, A F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*;41(6):970-978, 2007.
65. Tikkanen R; Holi M; Lindberg N; Virkkunen M. Tridimensional Personality Questionnaire data on alcoholic violent offenders & specific connections to severe impulsive cluster B personality disorders and violent criminality. *BMC Psychiatry*;7:36, 2007.

66. Kraanen FL; Scholing A; Emmelkamp PM. Substance use disorders in perpetrators of intimate partner violence in a forensic setting. *Int J Offender Ther Comp Criminol*;54(3)& 430-40, 2010 Jun.
67. Fazel S; Grann M; Carlström E; Lichtenstein P; Långström N. Risk factors for violent crime in Schizophrenia & a national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry*;70(3)& 362-9, 2009 Mar.
68. Chermack ST; Grogan-Kaylor A; Perron BE; Murray RL; De Chavez P; Walton MA. Violence among men and women in substance use disorder treatment & a multi-level event-based analysis. *Drug Alcohol Depend*;112(3)& 194-200, 2010 Dec 1.
69. Reinaldo, A M S; Pillon, S C. Alcohol effects on family relations & a case. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;16(spe)& 529-534, 2008.
70. Wodarski JS. Prevention of adolescent reoccurring violence and alcohol abuse & a multiple site evaluation. *J Evid Based Soc Work*;7(4)& 280-301, 2010 Jul.
71. Schäfer I; Verthein U; Oechsler H; Deneke C; Riedel-Heller S; Martens M. What are the needs of alcohol dependent patients with a history of sexual violence? A case-register study in a metropolitan region. *Drug Alcohol Depend*;105(1-2)& 118-25, 2009 Nov 1.
72. Tikkanen R, Ducci F, Goldman D, Holi M, Lindberg N, Tiihonen J, Virkkunen M. MAOA alters the effects of heavy drinking and childhood physical abuse on risk for severe impulsive acts of violence among alcoholic violent offenders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 May;34(5)&853-60. Epub 2010 Mar 1.
73. Vignau J, Soichot M, Imbenotte M, Jacquemont MC, Danel T, Vandamme M, Lhermitte M, Allorge D. Impact of tryptophan metabolism on the vulnerability to alcohol-related blackouts and violent impulsive behaviours. *Alcohol Alcohol*. 2010 Jan-Feb;45(1)&79-88. Epub 2009 Sep.
74. World Health Organization. Preventing violence by reducing the availability and harmful use of alcohol. Geneva; World Health Organization; 2009. 16 p.
75. Saatcioglu O; Erim R. Aggression among male alcohol-dependent inpatients who smoke cigarettes. *J Psychol*;143(6)& 615-24, 2009 Dec.

76. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence & epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int.* 2009 May;106(19)&323-8. Epub 2009 May 8. Review.
77. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Krindges M. Violent behavior in adolescents and parent-child cohabitation. *Rev Saude Publica.* 2010 Dec;44(6)&979-85. Epub 2010 Oct 8. English, Portuguese.
78. Priuli, R M A; Moraes, M S . Adolescents in conflict with the law. *Ciênc. saúde coletiva*;12(5)& 1185-1192,2007.
79. Ferns T; Cork A. Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part I). *Int Emerg Nurs*;16(1)& 43-7, 2008 Jan.
80. Flynn HA; Chermack ST. Prenatal alcohol use & the role of lifetime problems with alcohol, drugs, depression, and violence. *J Stud Alcohol Drugs*;69(4)& 500-9, 2008 Jul.
81. Gabatz, R I B; Padoin, S M M; Neves, E T; Terra, M G. Factors associated with institutionalization & perspectives for children who suffered domestic violence. *Rev. Gaúcha Enferm* ;31(4)& 670-677, 2010.
82. Thompson MP; Sims L; Kingree JB; Windle M. Longitudinal associations between problem alcohol use and violent victimization in a national sample of adolescents. *J Adolesc Health*;42(1)& 21-7, 2008 Jan.
83. Goldstein RB, Grant BF. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults & results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2009 Sep;70(9)&1237-49. Epub 2009 Jun 16.
84. Huguelet P; Perroud N. Is there a link between mental disorder and violence? *Arch Gen Psychiatry*;67(5)& 540, 2010 May.
85. Peluso Ede T; Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*;30(1)& 19-24, 2008 Mar.
86. Razvodovsky YE. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatr Danub.* 2009 Sep;21(3)&290-6.
87. Wood DS. Alcohol controls and violence in Nunavut & a comparison of wet and dry communities. *Int J Circumpolar Health.* 2011 Feb;70(1)&19-28. Epub 2011 Feb 17.
88. Brådvik L, Berglund M, Frank A, Lindgren A, Löwenhielm P. Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death &

a combined medico-legal and case-record study. *BMC Psychiatry*. 2009 Aug 4;9&48.

- 89.** Colasanti A; Natoli A; Moliterno D; Rossattini M; De Gaspari IF; Mauri MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry*;23(6)& 441-8, 2008 Sep.

7 Pergunta condutora

Quais são os fatores psicossociais mais predominantes que predispõe o portador da síndrome da dependência alcóolica a apresentar comportamentos violentos?

8 Hipóteses

O uso do álcool aumentaria o comportamento violento quando associado a uma personalidade pré-mórbida associadas a dificuldades de relacionamento do casal.

9 Objetivos

9.1 Objetivo Geral

Investigar os fatores psicológicos que influenciam o comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcóolica.

9.2 Objetivos específicos

- Explorar os fatores predisponentes ao comportamento violento.
- Verificar os sintomas presentes no comportamento violento em pessoas portadoras da síndrome da dependência do álcool.
- Compreender a percepção que os sujeitos portadores de SDA têm da sua enfermidade.
- Analisar se há predominância em sexo e idades no comportamento violento, como também no tempo de uso do álcool.

10. Método

10.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa configura-se em um estudo transversal, exploratório inferencial. Onde se buscou a compreensão do fenômeno através de levantamento bibliográfico prévio favorecendo uma aproximação mais clara e concisa sobre o tema abordado. O que possibilitou a escolha correta em relação aos instrumentos escolhidos para a coleta de dados, favorecendo a construção de hipóteses precisas. De posse dos conhecimentos obtidos através dos levantamentos dos dados, foi possível descrever as características dessa população estabelecendo relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Auxiliando então, a descrição com exatidão os fatos e fenômenos da realidade da população em questão. (GIL,2002).

10.2 Local da pesquisa

O Núcleo Especializado em Dependência Química-NEDEQ foi criado em novembro de 2000 no Hospital das Clínicas – HC da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Através de iniciativas dos departamentos de neuropsiquiatria, assistência social, docentes e outros colaboradores com o objetivo de prestar auxílio ao dependente químico.

O NEDEQ Desenvolve ações de assistência ao dependente químico, com atividades preventivas, de ensino e de pesquisa, no HC/UFPE, tais como & acompanhamento Clínico, orientação familiar, psicoterapia, terapia ocupacional, farmacoterapia e grupos de auto-ajuda. Constituída por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiras. (docentes funcionários do HC ou voluntários).

10.3 Universo e amostra

Já foram atendidos pelo NEDEQ, cerca de 540 pacientes dependentes das mais variadas substâncias psicoativas desde sua criação.

Nesta pesquisa utilizamos os critérios da amostra por conveniência, no qual foram abordados todos os pacientes que buscaram o tratamento para sua enfermidade no NEDEQ dentro do prazo estimado (Janeiro a outubro/2012) e que cumpriram os critérios diagnósticos da síndrome da dependência alcoólica. A amostra foi composta por 95 participantes cujos mesmos já haviam sido previamente triados pela equipe de saúde do núcleo, e que contemplaram os critérios estabelecidos anteriormente em relação à inclusão e exclusão na presente pesquisa.

10.4 Critérios de inclusão e exclusão

A presente pesquisa compreendeu 95 participantes. Foram incluídos na pesquisa sujeitos que cumpriram os critérios do diagnóstico da síndrome da dependência alcoólica que elegeram o álcool como substância psicoativa de escolha, há mais de seis meses e que não apresentavam comorbidades psiquiátricas graves como quadros psicóticos agudos. E excluídos pacientes que apresentaram quadros demenciais e comprometimento cognitivo grave que dificultassem sua compreensão acerca do tema pesquisado.

10.5 Instrumentos

10.5.1 Entrevista

A entrevista foi aplicada com o objetivo de coletar informações a respeito das características sóciobiodemográficas dos participantes. Foi desenvolvida especialmente para atender os objetivos da pesquisa. Trata-se de

uma entrevista semiestruturada composta por perguntas referentes ao histórico pessoal e histórico de doença atual, verificar a concepção que os sujeitos possuem do seu uso como também identificar padrões de comportamento violento apresentado pelos mesmos e sua conexão com o uso contínuo do álcool. (Apêndice B)

10.5.2 CAGE Questionnaire

A escala CAGE, (Cut Down, Annoyed by Criticism, Guilty and Eye-opener), é recomendado em questionários de triagem para verificar a presença do uso nocivo ou de risco do álcool. Apesar de não realizar o diagnóstico, auxilia na detecção dos bebedores de risco. É composto por quatro perguntas que avaliam o sentimento de culpa, problemas relacionados ao álcool, entre outros. Segundo a literatura, a sua sensibilidade varia de 43% a 100% e a especificidade, de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada. No Brasil, sua validação foi feita em 1983 por Masur e Monteiro (1983), que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. Problemas relacionados ao álcool podem ser detectados quando o resultado apresenta duas ou mais respostas afirmativas. (PAZ FILHO et al, 2001). Por ser rápido, aplicável em menos de 1 minuto, quando acompanhado de questões sobre quantidade e frequência de consumo de álcool, torna-se um instrumento útil para ser incorporado às rotinas médicas ou entrevistas psicológicas. (Anexo A)

10.5.3 “The Alcohol Use Disorders Identification Test “ AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool)

O AUDIT é um teste composto por dez questões, cada uma com margem de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação obtida auxilia na identificação dos diferentes padrões de consumo Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona

III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos., uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência . o mesmo, foi desenvolvido pela OMS como instrumento de rastreamento para uso problemático de álcool. (BABOR, 2003). Apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 76% para população brasileira. Adotou-se como ponto de corte o escore ≥ 8 obtido no AUDIT para definir uso arriscado ou prejudicial de álcool (MORETTI- PIRES& CORRADI –WEBSTER 2011; MENESES- GAYA *et al.* 2009). (Anexo B)

Quadro 2: Pontuações obtidas no AUDIT e suas respectivas intervenções

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

FONTE: http://www.fmrp.usp.br/paipad/servicos/treinamento/instrucao_audit.php.

Acesso em 20/12/2012

10.5.4 Conflict Tactics Scales – Revised CTS2 - Escala sobre Táticas de Conflitos

A CTS2 foi concebida para avaliar a violência entre casais, fornecendo dados sobre o respondente e também sobre seu par. É composta de 78 itens, sendo que cada item é apresentado em pares de 02 perguntas. A primeira pergunta de cada par se refere a um possível comportamento do respondente, e a segunda se refere à mesma ação, só que praticada pelo companheiro.

Esse instrumento é composto de 5 sub-escalas as quais abordam a ocorrência de comportamentos de negociação, agressão psicológica, violência física, consequências da violência sobre a saúde do respondente e de seu companheiro (injúria) e coerção sexual entre o casal. Tal instrumento inclui questões que medem a frequência e a gravidade/forma das agressões sofridas (Straus, 1979 ; Moraes, Hasselmann & Reichenheim, 2002). (Anexo C)

10.6 procedimentos

Após uma triagem prévia realizada pela equipe de saúde do NEDEQ, os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Os objetivos e os procedimentos da pesquisa foram devidamente informados, inclusive sobre os possíveis desconfortos que esse procedimento poderá desencadear e seus direitos como paciente. Àqueles que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Após a assinatura do TCLE, foi aplicada nos participantes a escala CAGE. Os pacientes que apresentaram uma pontuação igual ou superior a 2 pontos foram convidados a responderem o restante dos instrumentos.

Os pacientes foram atendidos, às quintas-feiras, das 13h00min às 17h00min, no local de estudo. Foram entrevistados entre 3 a 5 participantes por tardes, com uma estimativa de 50 minutos por pacientes. Os dados serão coletados em um único encontro.

Realizou-se um estudo com os 10 primeiros participantes da pesquisa com a finalidade de realizar possíveis alterações e adequações dos instrumentos.

10.7 Estudo piloto

Antes da coleta de dados, foram selecionados 5 alunos estudantes de graduação da área de saúde que concordaram em fazer parte da equipe de pesquisa. Os mesmos passaram por um treinamento com duração de 5 horas, com o objetivo de familiarizem-se com os instrumentos de coleta, com o Termo de Consentimento, instruções e padronizações dos procedimentos a serem realizados nesta fase.

O treinamento consistiu em reuniões e discussões de grupo a respeito do método do estudo, o que facilitou a execução do estudo piloto. O mesmo compreendeu os dez primeiros participantes, objetivando a realização de possíveis alterações e adequações metodológicas, bem como a verificação de alteração dos instrumentos caso fosse, para que os mesmos pudessem apresentar maior precisão na coleta dos dados, correspondendo aos objetivos da pesquisa.

A experiência do estudo piloto apontou que a metodologia definida se encontrava adequada em relação à população estudada, o que foi demonstrado pelo fato dos entrevistadores conseguirem executá-la sem dificuldades.

10.8 Tratamento estatístico

Neste estudo foi utilizada uma abordagem quantiqualitativa. Constitui-se em um método de estudo relativamente recente onde será possível quantificar os resultados obtidos nas pontuações das escalas aplicadas e analisá-las estatisticamente no tratamento dos dados. Ao mesmo tempo em que avalia as respostas obtidas na entrevista, relaciona-as a fenômenos não quantificáveis, no caso percepção e concepção sobre o uso do álcool e comportamento violento possam ser analisados.

A referida abordagem possibilita então, uma compreensão mais clara do tema pesquisado, facilitando a interpretação dos dados obtidos na coleta. Integrando dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, permitindo que cada método ofereça o que tem de melhor e evitando as limitações de cada abordagem. (GIL, 2002).

Almeida (2003), considera como variável dependente a “característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”. Neste caso, consideramos como variável dependente os participantes portadores da síndrome da dependência alcóolica que expressavam comportamentos violentos.

Em relação à variáveis independentes que seria a “dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto em outra variável”. Partindo desta premissa, apontamos como variáveis independentes & sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, idade de início de consumo de bebidas alcoólicas, histórico e tipo de abuso sofrido, uso de álcool na família de origem, tempo de consumo, uso de outras substâncias psicoativas, tipo de bebida utilizada e tipo de violência praticada.

Com base nas informações obtidas através da aplicação da entrevista e escalas, construiu-se uma base de dados em planilha eletrônica em formato —.xls, realizando análises exploratórias em relação às distribuições de frequências. Para a análise estatística dos dados gerados neste trabalho foi utilizado o software GraphPad Prism (versão 5.0).

Durante a análise, observamos a necessidade de se agrupar algumas classes de respostas para algumas variáveis como idade e escolaridade. Os agrupamentos realizados com o objetivo de adequar a análise estatística, não interferiram a caracterização inerente a cada variável.

Na análise estatística utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, χ^2 , na análise bivariada para verificar a existência de associação entre os itens que compõem a entrevista, as escalas e as variáveis: gênero, faixa

etária, escolaridade e renda familiar. Em relação à associação de análises univariadas, utilizamos o teste exato de Fisher.

11 Aspectos éticos

Os procedimentos desta pesquisa só foram iniciados após aprovação do projeto de pesquisa, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, pelo Comitê de ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde.

O TCLE foi apresentado aos participantes da pesquisa, fornecendo os esclarecimentos que se fizerem necessário, e, diante do consentimento, solicitamos a assinatura do termo. Durante a apresentação do TCLE, os participantes foram informados dos riscos a que poderão estar expostos e aos benefícios que receberão.

12 Resultados

A população participante do estudo (N=95) foi composta por 64 homens (67%), e 31 mulheres (33%). Para facilitar a análise dos dados, os sexos foram analisados separadamente com a finalidade de compará-los de acordo com o objetivo deste estudo.

Na amostra pesquisada houve predominância da faixa etária que compreende entre 30 a 39 anos em idade, tanto em homens (28%), quanto em mulheres (39%). Em relação ao estado civil, foi realizada uma divisão em dois grupos: vivendo sem companheiro - compreende os solteiros, viúvos e divorciados, que mantém alguma relação afetiva embora não coabite com o parceiro, ao passo que o grupo —vivendo com companheiro - engloba os casados e as pessoas em união estável. A predominância nesta variável foi coabitar com o parceiro, onde encontramos 72% dos homens e 84% das mulheres.

Mais da metade dos homens e mulheres entrevistados apresentam tempo de estudo igual ou superior a oito anos, conforme a tabela 1.

Em relação ao consumo de risco, avaliado através do AUDIT com pontuação superior a 8 pontos, 100% da amostra total referiu realizar, os mesmos resultados foram encontrados na escala CAGE, onde duas ou mais respostas são utilizadas como ponto de corte para averiguar a presença da dependência. Os dados relatados, podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos pacientes atendidos no NEDEQ no período de Janeiro a outubro de 2012.

	Homens (N=64)		Mulheres (N=31)	
	N	FREQ	N	FREQ
Idade				
18-29	17	27%	9	29%
30-39	18	28%	12	39%
40-49	13	20%	10	32%
>50	16	25%	0	0%
Ocupação				
Autônomo (a)	17	27%	14	45%
Empregado(a)	29	45%	10	32%
Desempregado(a)	10	16%	7	23%
Aposentado (a)	8	12%	0	0%
Escolaridade				
≤ 8 anos de estudo	24	37,5%	12	39%
9 ou mais anos de estudo	40	62,5%	19	61%
Estado Civil				
Vivendo com companheiro (a)	46	72%	26	84%
Vivendo sem companheiro (a)	18	28%	5	16%
Não tem companheiro (a)	0	0%	0	0%
Consumo de risco de álcool				
Sim (AUDIT ≥ 8)	0	0	0	0%
Não (AUDIT < 8)	64	100%	31	100%
Dependência de álcool				
Sim (CAGE ≥ 2)	0	0	0	0%
Não (CAGE < 2)	64	100%	31	100%

Embora, a amostra tenha se mostrado totalmente predominante no consumo de risco aferido pelo AUDIT, houve diferenças nas pontuações referentes ao uso nocivo e provável dependência, demonstrado entre os sexos conforme tabela 2. A pontuação média das mulheres foi de 24,7 e dos homens 25,2.

Tabela 2: Prevalência dos padrões de consumo de álcool encontrados nos participantes do estudo.

	Homens (N=64)		Mulheres (N=31)	
	N	FREQ.	N	FREQ.
Uso nocivo	2	3%	0	0%
Provável dependência	62	97%	31	100%
Total	64	100%	31	100%

Ao investigar a relação do histórico positivo para uso de álcool na família de origem dos participantes e o consumo do álcool pelo mesmo, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre os homens, entretanto, podemos perceber que a porcentagem encontrada nas mulheres se encontra bastante alta. Os dados obtidos demonstraram que o consumo do álcool presente no histórico familiar exerce forte influência em relação ao uso do mesmo pelos participantes. Os dados encontram-se demonstrados na tabela 3.

Tabela 3: Relação entre história positiva para o uso de álcool na família e uso atual.

	Histórico de uso do álcool na família		Uso do álcool pelos participantes		
	N	FREQ	N	FREQ	Valor de P
Gênero Homens	55	86%	64	100%	P=0.0029*
Mulheres	28	90%	31	100%	P=0.2377

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Através da entrevista, foi possível não só apenas realizar o levantamento de informações e realizar o perfil sócio demográfico da amostra. O instrumento nos auxiliou a investigar outros fatores presentes no histórico do sujeito que podem estar relacionados ao seu comportamento atual em relação ao uso nocivo do álcool, bem como os comportamentos violentos relatados pelos mesmos.

Ao serem questionados sobre os seus respectivos comportamentos enquanto crianças e os comportamentos atuais, verificamos que 51% (N=33) dos homens se consideravam como tímidos, alegaram também, que o uso do álcool promoveram sua socialização com os demais, atualmente 14% (n=9) dos mesmos, ainda referem a timidez, dados estes, estatisticamente significante. Por sua vez, 70% (N=22) das mulheres, relataram timidez na infância e apenas 55% (N=17) informam que continuam tímidas, contudo, apesar da visível redução, a mesma não apresentou significância.

Já no quesito solidão na infância, a mesma foi relatada por 37,5% (N=24) dos homens e 61% (N= 19) das mulheres. Atualmente, 59% (N=38) dos homens e 90% (N= 28) das mulheres, ainda informam sentirem-se solitários. Muitos desses pacientes referem que os prejuízos causados pelo uso do álcool os afastam das pessoas próximas como também, promovem o isolamento social devido a culpa e a vergonha pelo comportamento expresso enquanto intoxicados pelo álcool. Dados esses significantes que podem ser conferidos na tabela 4.

Tabela 4: Comparação do comportamento infantil e comportamento atual dos usuários.

	Comportamento infantil			Comportamento atual			Valor de P
		N	FREQ		N	FREQ	
Homens	Tímido	33	51%	Tímido	9	14%	P<0.0001*
	Social	1	1,5%	Social	2	3%	P=1.000
	Agressivo	3	5%	Agressivo	0	0%	P=0.2441
	Feliz	1	1,5%	Feliz	4	6%	P=0,3650
	Tranquilo	22	34%	Tranquilo	15	23%	P=0.2419
	Extrovertido	8	12,5%	Extrovertido	0	0%	P=0.0062*
	Solitário	24	37,5%	Solitário	38	59%	P=0.0211*
Mulheres	Tímido	22	70%	Tímido	17	55%	P=0.2930
	Social	1	3%	Social	1	3%	P=1.000
	Agressivo	0	0%	Agressivo	1	3%	P=1.000
	Feliz	0	0%	Feliz	0	0%	-
	Tranquilo	7	23%	Tranquilo	1	3%	P=0.0529
	Extrovertido	3	10%	Extrovertido	0	0%	P=0,2377
	Solitário	19	61%	Solitário	28	98%	P=0.0159*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Apesar de outros comportamentos tais como social, agressivo, feliz e tranquilo terem sido relatados por alguns participantes, os mesmos não se mostraram significância ao serem comparados ao comportamento atual. Excetuando o comportamento extrovertido que foi relatado por 12,5% (N=8) dos homens em relação ao comportamento infantil, não sendo apresentado na idade adulta. Presenciar violência motivada pelo álcool em algum momento da vida, principalmente na família de origem, também foi um fator significativo, se configurando em um fator de risco para a expressão do comportamento violento atual. A significância foi demonstrada tanto quando cruzamos os dados

desconsiderando a variável sexo ($P = 0,0139$) e também quando analisamos separadamente conforme tabela 5.

Tabela 5: Relação entre presenciar episódios de violência motivada pelo álcool e comportamento violento expresso atualmente.

		N	FREQ	Valor de P
Gênero	Homens			
	Presenciar violência motivada pelo álcool	57	89%	P= 0.0131*
Comportamento violento atual	64	100%		
Mulheres	Presenciar violência motivada pelo álcool	31	100%	
	Comportamento violento atual	31	100%	

* $P < 0,05$ pelo teste exato de Fisher

Participaram deste estudo os pacientes atendidos pelo NEDEQ, que possuíam diagnóstico de SDA, entretanto, através das entrevistas, foram relatados pelos mesmos que o álcool não era a única droga utilizada. Muitos utilizavam outras substâncias psicoativas frequentemente, embora seu uso não tenha se configurado enquanto dependência. Entre as mais referidas, encontramos o cigarro, maconha, cocaína e crack. A utilização dessas substâncias mostrou-se fortemente relacionadas à expressão do comportamento violento intrafamiliar, demonstrando significância em ambos os sexos, conforme tabela 6.

Tabela 6: Uso de múltiplas substâncias psicoativas e comportamento violento

		Substâncias de abuso e comportamento violento			
		N	FREQ	Valor de P	
Gênero	Homens	Álcool	64	100%	-
		Álcool e cigarros	19	30%	P<0.0001*
		Álcool e maconha	15	23%	P<0.0001*
		Álcool e cocaína	5	8%	P<0.0001*
		Álcool e crack	13	20%	P<0.0001*
	Mulheres	Álcool	31		-
		Álcool e cigarros	9	29%	P<0.0001*
		Álcool e maconha	8	26%	P<0.0001*
		Álcool e cocaína	4	13%	P<0.0001*
		Álcool e crack	3	10%	P<0.0001*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Em relação ao tipo de bebida ingerida, houve significância em mulheres 81% (N=27) e homens (N=52), que consumiam bebidas fermentadas, esta que demonstrou maior predominância frente às destiladas (P= 0,0004). O início precoce (antes dos 18 anos) do uso do álcool em 86% homens (N=55) e 87% mulheres (N=27) também demonstrou significância em ambos os sexos (P= 0,0029), resultado semelhante em quem possuía mais de 10 anos de consumo alcóolico. Ao investigar a frequência do consumo, mostrou predominância em dias alternados e fins de semana, o que demonstrou significância em ambos os sexos. Nos homens (N=45) encontramos 70% desta frequência de consumo e nas mulheres (N=20) 64,5%. A significância encontrada foi de (P= < 0,0001) tanto em análises separadas quanto a gêneros quanto em análises conjuntas. No que diz respeito à quantidade de consumo alcóolico, verificou-se que usuários que consumiam 6-8 doses de bebida em dias típicos, 69% dos

homens (N=44) e 84% das mulheres (N=26), mostraram maior predominância e significância ($P = < 0,0001$) analisados separada e conjuntamente. Os mesmos também relataram que já chegaram a causar algum tipo de prejuízo a si ou a outrem. Todas essas variáveis foram comparadas com o comportamento violento relatado pelos usuários.

Tabela 7& Comparação entre a violência sofrida na infância e violência praticada atualmente contra os parceiros

		Violência sofrida na infância		Violência praticada atualmente			
		N	FREQ	N	FREQ	Valor de P	
Gênero	Homens	Violência Psicológica	43	67%	58	90%	$P = 0.0020^*$
		Violência Física	39	61%	51	80%	$P = 0.0326^*$
		Violência Sexual	2	3%	16	25%	$P = <0.0001^*$
	Mulheres	Violência Psicológica	25	81%	31	100%	$P = 0.0240^*$
		Violência Física	24	77%	26	84%	$P = 1.0000$
		Violência Sexual	3	9%	1	3%	$P = 0.6124$

* $P < 0,05$ pelo teste exato de Fisher

O instrumento utilizado neste estudo para medir a violência praticada entre os parceiros íntimos foi a escala de tática de conflitos (CTS2). A mesma possibilitou a identificação de 3 tipos de violência de acordo com a natureza da ação e também situações e injúria que é configurada como condutas que resultam em lesão física no parceiro.

As respostas foram organizadas de acordo com a ocorrência de pelo menos uma das categorias propostas pela escala. Desta maneira, foi possível verificar a prevalência dos comportamentos violentos praticados tanto pelos usuários como pelos parceiros de acordo com as vivências relatadas na entrevista pelo usuário.

A agressão psicológica ao parceiro foi verificada ao indagar aos usuários se já haviam praticado ou sido vítimas de insultos, xingamentos, destruir pertences pessoais propositalmente, gritar, berrar, virar as costas e ir embora no meio de uma discussão, fazer algo que causasse ofensa ou acertar e jogar coisas no parceiro, como também acusa-lo de ser ruim de cama. De acordo com as mulheres (N=31), todas haviam se comportado desta maneira ao menos uma vez, o mesmo tipo de conduta foi adotada por todos os seus respectivos parceiros. Em relação aos homens, 90% (N=58) adotaram essa conduta enquanto 78% de suas parceiras (N=50) fizeram o mesmo.

A violência física foi praticada por 84% das mulheres (N=26) e sofridas por 94% dos seus parceiros (N=29) . Em relação aos homens, a referida conduta foi observada 8% dos usuários (N=51) e sofridas por 60% de suas companheiras (N=39). A violência física de acordo com a escala utilizada se refere a comportamentos como jogar alguma coisa no companheiro que poderia machucá-lo; torcer o braço ou puxar o cabelo dele; dar um empurrão; usar uma faca ou arma contra ele; dar um murro ou acertá-lo com alguma coisa que pudesse machucar; sufocar ou estrangular o companheiro; jogá-lo contra a parede com força; dar uma surra nele; segurá-lo com força; dar um tabefe ou bofetada nele; queimar ou derramar líquido quente no companheiro de propósito; chutá-lo.

A CTS2 aponta coerção sexual para as seguintes condutas adotadas por um dos parceiros & obrigar o companheiro a fazer sexo sem proteção, utilizar a força física ou armas para força-lo a fazer sexo oral ou anal, segurar, bater ou usar arma para obrigá-lo fazer sexo, insistir em fazer sexo com o companheiro, contra a vontade deste, sem usar força física; fazer ameaças para obrigá-lo a

fazer sexo oral o u anal; insistir para que fizesse sexo oral ou anal sem usar força física; fazer ameaças para obrigá-lo a fazer sexo.

Cerca de 3% das mulheres (N=1) admitiram ter adotado pelo menos um desses comportamentos na vida. Em contrapartida afirmaram terem sofrido pelo menos uma dessas agressões em 29% dos casos pelos seus companheiros (N=9), configurando-se na única modalidade de violência na qual houve um relato de maior vitimização das mulheres quando comparado aos índices de perpetração dessa violência pelas mesmas. Dados estes, semelhantes a perpetuação no caso dos usuários (N=16) que adotaram essa conduta em 25% dos casos, sofrendo apenas 1,5% praticado por suas companheiras (N=1).

A injúria foi praticada por 54% das mulheres (N=17) entrevistadas, as quais reconheceram que teriam gerado alguma lesão em seus parceiros, as mesmas apresentaram 45% de prevalência de alguma lesão ocasionada por seus companheiros (N=17). Em relação à injúria praticada pelos homens (N=33), em suas parceiras a prevalência foi de 51% e o inverso foi de 16%, praticada pelas suas parceiras (N=10).

As situações de injúria foram retratadas quando um dos parceiros íntimos apresentou pelo menos uma dessas consequências decorrentes dos episódios de violências vivenciados: torsões, contusões, “mancha roxa” ou pequenos cortes devido a uma briga entre o casal; desmaios decorrentes de pancadas na cabeça durante uma briga; foi ou deveria ter ido a um médico ou serviço de saúde, quebrou um osso, sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga.

Em relação à violência psicológica exercida pelos participantes contra os seus parceiros, não houve diferenças significativas entre os gêneros, excetuando a violência física e sexual sofrida pelas participantes que demonstrou maior prevalência. Esses dados sugerem que as mulheres são tanto vítimas como perpetradoras da violência intrafamiliar. Estas informações podem ser visualizadas na tabela 8.

Tabela 8: Prevalência dos tipos de violências praticadas e sofridas pelos usuários e seus parceiros.

	Tipo de Violência	Praticado pela (a) usuário (a)		Praticada pelo(a) parceiro (a)		Valor de P	
		N	FREQ	N	FREQ		
Gênero	Homens	Violência psicológica	58	90%	50	78%	P<0.0001*
		Violência física	51	80%	39	60%	P<0.0001*
		Violência sexual	16	25%	1	1,5%	P<0.0001*
	Mulheres	Injúria	54	17%	45%	14	P<0.0001*
		Violência psicológica	31	100%	31	100%	-
		Violência física	26	84%	29	94%	P= 0,0174*
	Violência sexual	1	3%	9	29%	P<0.0001*	
	Injúria	17	54%	14	45%	P<0.0001*	

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Em relação à presença do álcool nos episódios de violência, todas as mulheres e 97% dos homens (N=63) afirmaram estares sob o efeito do mesmo. Os usuários consideraram que a gravidade da violência exercida e sofrida entre o casal, era maior na presença do álcool, a afirmação foi desta associação foi relatada por 98% dos homens (N=62) e por todas as mulheres. Dos participantes entrevistados, 93,5% das mulheres (N=29) e homens (N=60), consideraram sua relação com o álcool prejudicial, relatando que já foram orientados por familiares, amigos e médicos a buscarem tratamento para a dependência alcóolica. Apesar das análises do teste de Fisher não apontar significância isoladamente ou entre gêneros, percebemos que os percentuais são bastante altos.

Ao serem questionados a respeito sobre a influência exercida pelo álcool no comportamento que poderiam estar associados aos episódios de violência, os principais motivos relatados pelas mulheres foram irritação (80% n=25), sentimento de ser traída pelo parceiro ou pessoas próximas (58% N=18), falta de apoio (32% N=10) entre outros motivos (13% N=4). O mesmo se repetiu nas respostas fornecidas nas entrevistas realizadas nos homens irritação (90% n=58), sentimento de ser traída pelo parceiro ou pessoas próximas (47% N=30), falta de apoio (31% N=20) entre outros motivos (12,5% N=8). Todas as variáveis mostraram significância estatística quando calculadas juntas ou separadamente conforme tabela 9.

Tabela 9: Influência do álcool no comportamento dos usuários relatado pelos mesmos.

Influência do álcool no comportamento					
		N	FREQ	Valor de P	
Gênero	Homens	Irritado	58	90%	P= 0,0276*
		Traído	30	47%	P=< 0,0001*
		Falta de apoio	20	31%	P=< 0,0001*
		Outros	8	12,5%	P=< 0,0001*
	Mulheres	Irritado	25	80%	P= 0,0240*
		Traído	18	58%	P=< 0,0001*
		Falta de apoio	10	32%	P=< 0,0001*
		Outros	4	13%	P=< 0,0001*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

No que tange aos motivos das discussões que originaram os episódios de violência, os mais predominantes nas mulheres foram ciúmes, filhos, uso do álcool/drogas, interferência da família, dificuldades financeiras, entre outros motivos. As mesmas predominâncias foram feitas nos homens. As informações estão descritas na tabela 10.

Tabela 10: Principais motivos que originaram os episódios de violência segundo os participantes.

		Motivos que originaram os episódios de violência			
		N	FREQ	Valor de P	
Gênero	Homens	Ciúmes	47	73%	P=< 0,0001*
		Filhos	21	33%	P=< 0,0001*
		Álcool/ Droga	64	100%	-
		Interferência da família	7	11%	P=< 0,0001*
		Dificuldades financeiras	23	36%	P=< 0,0001*
		Outros	10	15%	P=< 0,0001*
	Mulheres	Ciúmes	23	74%	P= 0,0047*
		Filhos	12	39%	P=< 0,0001*
		Álcool/ Droga	31	100%	-
		Interferência da família	7	22%	P=< 0,0001*
		Dificuldades financeiras	11	35%	P=< 0,0001*
		Outros	8	26%	P=< 0,0001*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Outra variável relacionada ao histórico de abusos sofridos na infância foi estatisticamente significativa quando comparados à violência exercida contra os filhos, demonstrando que indivíduos abusados na infância, tendiam a repetir os mesmos comportamento nos filhos (tabela 11), podendo gerar um ciclo vicioso onde caberia intervenções com o objetivo de intervir sobre o mesmo, evitando então, possíveis expressões comportamentos violentos intrafamiliares futuramente.

Tabela 11: Relação entre abuso sofrido na infância e abuso praticado contra os filhos

		Sofreu abuso na infância		Praticou violência contra os filhos			
		N	FREQ	N	FREQ	Valor de P	
Gênero	Homens	Sim	47	73%	16	25%	P=< 0,0001*
	Mulheres	Sim	28	90%	10	32%	P=< 0,0001*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher

Por fim, em relação a fatores protetores, foi observado em ambos os gêneros que a busca de tratamento para o alcoolismo, poderiam estar relacionados a redução da expressão e gravidade dos episódios de violência. A redução da violência foi demonstrada por 22% homens (N=14) e por 10% das mulheres (N=3), dados estatisticamente significante, nos chamando a atenção na necessidade de intervir sobre os fatores de risco possibilitando a redução do comportamento violento entre os parceiros.

13. Discussão

Este trabalho constatou que o uso nocivo e a dependência do álcool juntamente a fatores como abuso na infância, histórico familiar positivo para o uso de álcool, frequência e padrão do consumo alcóolico, uso de múltiplas substâncias e o fato de presenciar violências motivadas pelo uso do álcool, contribuíram para a expressão atual do comportamento violento intrafamiliar.

Identificar os principais fatores associados ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcóolica, se constitui numa importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de intervenção com o objetivo de reduzir estes comportamentos que causam impactos negativos nas famílias e na qualidade de vida de seus membros.

Apesar da grande associação entre consumo de álcool e violência doméstica entre diferentes profissionais tanto da área de saúde, judicial e social, (Moore *et al.*, 2008; Stuart *et al.* 2009) ainda não foi possível estabelecer como esses fatores interagem e influenciam esses comportamentos. O álcool de acordo com Wiggers (2007) funcionaria como um catalisador na expressão do comportamento violento. Autores concordam que o fenômeno possui etiologia multifatorial.

No período de janeiro a outubro de 2012, foram abordados e convidados a participarem da pesquisa todos os pacientes que procuraram o serviço prestado pelo Nedeq e que obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo. A amostra compreendeu 95 pacientes, houve a predominância do sexo masculino (67%) corroborando com os achados de (CARLINI *et al.*, 2002; NOTO *et al.*, 2003; CARLINI *et al.*, 2005; LARANJEIRA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2008).

Estudos epidemiológicos apontam que quando comparado as mulheres, os homens consumiam álcool em maiores quantidades e frequência, envolvendo-se em episódios de violência e acidentes, contribuindo para a

mortalidade precoce neste gênero, dados estes demonstrados pelos estudos de Laranjeira *et al.* (2007) e Pinsky *et al.* (2010).

Embora apresentem prevalências menores, é importante ressaltar que a frequência do consumo do álcool pelas mulheres vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos como evidenciam alguns estudos (BARROS *et al.*, 2008; BORTOLUZZI *et al.*, 2010), apresentando tendência crescente no Brasil (GALDURÓZ; CARLINI, 2007). Este aumento foi evidenciado através do II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI *et al.*, 2005), quando comparado ao quando ao levantamento realizado em 2001 (CARLINI *et al.*, 2002).

No 1º levantamento em torno de 17% dos homens e 5,7% das mulheres foram considerados como dependentes do álcool (3&1). Já no II levantamento foi demonstrado o aumento da dependência tanto em homens (19,5%) quanto em mulheres (6,9%), entretanto, houve diminuição na relação homem/mulher (2,8& 1) (CARLINI *et al.*, 2005)

Pesquisadores acreditam que o aumento da frequência do consumo do álcool pelas mulheres esteja relacionado ao contexto econômico e cultural atual, que favorecem independência financeira, participação no mercado de trabalho que poderiam favorecer o desenvolvimento de hábitos até então predominante nos homens, neste caso, o consumo de álcool em ambientes como festas, bares e happy Hour com amigas (KERR-CORRÊA *et al.*, 2008).

Os pacientes que apresentaram maior escolaridade e maior renda financeira demonstraram o consumo alcoólico mais frequente. A prevalência de uso e abuso de álcool apresenta-se em alguns estudos associados aos segmentos de maior escolaridade (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004; BORTOLUZZI, *et al.*, 2010; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009), enquanto em outros, à menor escolaridade (BARROS *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2004). No que se refere à renda, também há discrepância, sendo encontrada tanto

associação positiva entre consumo de álcool e renda mais elevada (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004; BARROS *et al.*, 2008), como também associação inversa entre essas variáveis (COSTA *et al.*, 2004).

Ao refletirem sobre essa situação, Vargas, Oliveira e Araújo (2009), apontaram que uma parcela significativa de estudos demonstrou um consumo mais frequente entre os segmentos de maior nível socioeconômico. No entanto é nas classes menos favorecidas, que o consumo abusivo e de alto risco se faz presente em maior proporção, acarretando maiores prejuízos. Possivelmente, outros fatores culturais e religiosos se conjuguem com as variáveis escolaridade e renda, influenciando de forma complexa o perfil de consumo de bebidas alcoólicas nesta população. A análise da influência do nível de escolaridade e de renda sobre comportamentos é deveras complicada, sobretudo em países em desenvolvimento, uma vez que incrementos individuais de anos de escolaridade têm um efeito restrito no aumento da renda.

Além dos padrões de consumo de álcool que caracterizam a dependência, também observamos indícios de binge drinking em um grande número de participantes. Binge Drinking é definido internacionalmente como o padrão de consumo de 4 ou mais doses em uma ocasião (BURAZERI; KARK, 2010). No Brasil, este fenômeno é semelhante ao beber pesado em um curto espaço de tempo. Diversos estudos vêm apontando que este padrão de consumo, encontra-se fortemente associado a maiores problemas físicos, mentais e sociais do que padrões de consumo que se aproximam da dependência (BARBOR *et al.*, 2010; ZALESKI, 2009; LARANJEIRA *et al.*, 2007).

Em um estudo realizado apenas com pacientes alcoolistas, Laranjeira e colaboradores (2009), encontraram a prevalência de 29% na amostra que referiam consumir cinco ou mais doses em um dia típico, nosso estudo, entretanto, apontou prevalência bem mais elevada em nossa amostra. Em relação à frequência desse padrão de ingestão, nossa amostra apontou uma

prevalência preocupante. Enquanto um estudo conduzido por Barros e colaboradores (2008), apontaram em seu estudo que 9,6% dos pacientes referiam consumir seis ou mais doses em uma ocasião pelo menos uma vez ao mês, cerca de 70% dos nossos pacientes entrevistados relataram que consumiam essa quantidade mais de uma vez por semana e quando começavam a beber, encontravam dificuldades em parar, corroborando com os estudos que apontam a perda do controle sobre o padrão de ingestão à dependência (GIGLIOTI & BESSA, 2004).

O padrão de consumo elevado entre as pessoas mais jovem, têm sido fortemente atribuído ao grande apelo de marketings das indústrias de bebidas alcólicas e ao pequeno poder de regulação do estado brasileiro (VENDRAME *et al.*, 2009). Cabe destacar que o álcool não se constitui como uma mercadoria comum, conseqüentemente, deve ser alvo de políticas públicas estratégicas que considerem os efeitos negativos individuais e sociais (BABOR *et al.* 2010).

A verificação deste tipo de nuance nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas em uma população serve como um forte indicador para a possibilidade de diversas conseqüências sociais que decorrem do consumo elevado e esporádico do álcool. Quando verificamos os prejuízos causados pela bebida, um estudo conduzido por Mendoza-Sassi & Béria (2003) em Rio Grande-RS, apontaram que 2,4% dos entrevistados alegaram terem causado algum prejuízo e 5,4% apontaram o mesmo, entretanto não nos últimos 12 meses. Essas proporções mostraram-se mais elevadas em Jiquié – BA em um estudo de base populacional onde foram encontrados 4,1% no último ano e 10% mas não nos últimos 12 meses (FERREIRA,2010). Nossa amostra, porém, revelou dados significativamente mais elevados, 40 % no último ano e 60% mas não nos últimos 12 meses. Vale salientar que nossa amostra foi composta apenas por pacientes que satisfazem o critério de dependência,

devido a isto, as prevalências demonstram superioridade ao serem comparados à população geral.

Normalmente, os prejuízos causados pelo consumo elevado de álcool, estão relacionados aos altos índices de acidentes de trânsito, violência contra a mulher, acidentes de trabalho, absenteísmo e até mesmo homicídios como relata Zaleski e colaboradores (2010). Esta situação demonstra que estratégias de intervenção que objetivem a diminuição do consumo alcóolico, poderia colaborar com a redução da violência, grave problema que enfrentamos atualmente.

Percebemos em nosso estudo, a prevalência do consumo exacerbado de álcool no comportamento violento em pacientes jovens, esses dados foram corroborados por um estudo transversal realizado por Primo e Stein (2004) e estudos epidemiológicos no Brasil, que apontaram que os padrões de risco para o consumo de bebidas alcoólicas são mais frequentes nas faixas etárias dos jovens (CARLINI *et al.*, 2007; LARANJEIRA *et al.*, 2007; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009). Os mesmos apontaram que em sua amostra foi encontrada associação significativa das variáveis dependentes abuso e dependência de álcool com sexo masculino, idade entre 30 e 49 anos, indivíduo, história familiar positiva de consumo de álcool, resultados muito próximos ao nosso estudo. Tais fatos nos levam a inferir que a dependência do álcool é um transtorno que se estabelece ao longo da vida (GIGLIOTTI; BESSA, 2004), enquanto o consumo de risco pode ser identificado logo no início, sendo positivo no sentido de favorecer intervenções precoces;

Nosso estudo verificou que a média do início do consumo em ambos os gêneros foi de 12 anos de idade, os mesmos resultados foram encontrados por Pinsky e Pavarino (2007), ou seja, bem antes da idade legal para consumo. Pesquisas vêm destacando as repercussões futuras em pessoas que iniciam precocemente a experimentação de bebidas alcoólicas. Os efeitos deletérios vão desde comprometimentos orgânicos associados ao consumo (MATTHEWS, 2010) até a problemas relacionados à violência (SILVA *et al.*,

2009), uma vez que a experimentação exerce forte influência no padrão de consumo na idade adulta (VIEIRA et al., 2007).

Através dos levantamentos realizados pelas entrevistas, notamos que a maior parte dos participantes referiu crescer em um ambiente violento, nos quais presenciavam episódios de violência motivados ou não pelo uso de álcool, tanto entre a família de origem quanto por vizinhos. Apesar de esses dados demonstrarem significância estatística para o comportamento atual, não podemos afirmar este fator como determinante, entretanto, devemos levar em consideração que as experiências vivenciadas neste contexto, poderiam funcionar como um tipo de facilitador à aprendizagem deste tipo de comportamento.

Ser vítima indireta da violência conjugal onde os protagonistas são as figuras de referência possibilita a vivência de um mundo imprevisível, inseguro e assustador, promovendo a manifestação de sintomas de ansiedade, de evitação e agressividade (SANI, 2008).

Dados como esses puderam ser apontado quando pedimos que os sujeitos comparassem o comportamento infantil ao comportamento atual. Uma parcela significativa respondeu que eram tímidos e solitários. Na idade adulta, houve diminuição da timidez, provavelmente o efeito desinibidor do álcool o tenha favorecido. Em contrapartida, o sentimento de solidão aumentou o que nos leva a presumir que devido a questões do próprio histórico juntamente à falta de apoio da família e de pessoas próximas, devido aos comportamentos decorrentes do álcool expressos pelo sujeito, tenham aumentado a sensação de desamparo, facilitando o isolamento.

Além de desestabilizar a vida emocional dos filhos, as experiências de violências domésticas vivenciadas, poderiam acionar estratégias de sobrevivência desajustadas, associando-se a outros aspectos como baixa autoestima, medo e revolta, que dificultam o sujeito a regular suas emoções, favorecendo níveis elevados de reatividade comportamental. (SANI, 2008; ALMEIDA, 2009)

Quando não há intervenção com o objetivo de interromper estes casos de conduta, a ocorrência da interiorização de que os comportamentos vivenciados em casa pode aparentar como a melhor forma de lidar com os problemas pode ser maior, favorecendo, portanto, a transgeracionalidade destes comportamentos. (SANI, 2008; ALMEIDA, 2009). Tornando a criança mais suscetível a estados afetivos variáveis, imprevisíveis e negativos (SANI, 2002; 2004).

Quando há a vivência na infância e/ou adolescência de situações familiares de violência, percebemos que a aprendizagem por parte do agressor sobre um determinado estilo de relacionamento, é repetida em suas vítimas, tanto em relações assimétricas, demonstradas com a violência castigo (PERRONE & NANNINI, 1998) e com o terrorismo íntimo (JOHNSON, 2000), ou no contexto de relações simétricas onde encontramos a violência agressão (PERRONE & NANNINI, 1998) ou o controle violento mútuo (JOHNSON, 2000). Fato observado em nosso estudo entre a relação sobre presenciar violência e exercê-la atualmente e corroborado por Almeida (2009).

Em relação às manifestações de violência doméstica, observamos que neste cenário, de acordo com os relatos dos participantes, as mulheres demonstraram maiores níveis e gravidade de agressões que seus companheiros, com exceção à violência sexual e física, provavelmente por encontrar-se em desvantagem em relação à utilização da força física. Em uma pesquisa realizada por Bona (2011), onde foi utilizada a mesma escala deste estudo para violência entre o casal, verificou-se que houve corroboração em relação às manifestações de violência perpetradas pelas mulheres. Entretanto, na referida pesquisa, as mulheres foram mais agressivas fisicamente, em nosso estudo, contudo, apesar de apresentarem este comportamento mais prevalente que os homens em situação semelhante, as mesmas foram mais agredidas fisicamente por seus parceiros.

A violência psicológica apresentou prevalência de 100%, quando praticada pelas mulheres, e de 90%, quando praticada pelos homens. Em relação à violência física encontramos que 84% das mulheres como

agressoras e de 80% do mesmo comportamento, sendo os homens os agressores, vale salientar, porém que mesmo apresentando maior prevalência de agressões físicas contra os parceiros, os mesmos praticavam o mesmo tipo de violência em 94% dos casos.

Em relação às situações de injúria tiveram maior frequência quando as mulheres foram as responsáveis pelas lesões & 54% das ocorrências. Os homens teriam provocado danos à saúde das parceiras em aproximadamente 51% dos casos. Archer (2002), em uma meta-análise, indicou que as mulheres tendem a subestimar menos que os homens os atos de violência por elas praticados. Já Bácskai, Czobor, Gerevich (2011), acreditam que as mulheres sentem menos inibição em relação a agressões físicas em suas relações íntimas do que os homens. Resultados estes que contribuem para a compreensão dos dados analisados

No que diz respeito à violência sexual, de acordo com os resultados encontrados neste estudo, seria um conduta mais frequente dos homens (25%), quando comparado ao mesmo tipo de comportamento apresentado pelas mulheres (3%). Maiores taxas de perpetração em mulheres, quando comparadas com homens, também foram encontradas em dois estudos de representatividade nacional realizados no Brasil (REICHENCHEIM *et al.*, 2006; ZALESKI, *et al.*, 2010).

As prevalências encontradas para violência psicológica nesta investigação apontaram 100% das mulheres e 90% dos homens como perpetradores. Estes resultados encontraram-se elevados quando comparados aos achados de Reichenheim *et al.* (2006) em levantamento realizado em 16 capitais brasileiras (média de 78.3% de agressão psicológica). Nessa mesma pesquisa, foram encontradas, em média, prevalência de violência física praticada por mulheres em torno de 20%, e praticada por homens de aproximadamente 15%, valores bem inferiores aos encontrados neste estudo. Contudo, vale salientar que Reichenheim *et al.* (2006) investigaram um número inferior de comportamentos de violência ao utilizarem uma versão reduzida da CTS2.

Em relação à prevalência da injúria, um estudo realizado com uma população significativa do município de São Paulo referente aos problemas de violência física entre os casais, apontou resultados contrários aos encontrados nesse estudo. Enquanto 25.5% das mulheres necessitaram de atendimento médico após episódio de violência sofrida pelo parceiro, apenas 3,8% dos homens demonstraram essa necessidade (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Na literatura consultada, não encontramos a prevalência da violência sexual em estudos referente à representatividade nacional acerca da violência sexual entre o casal. Contudo, através do estudo de Schraiber *et al.* (2007), que investigavam vitimizações femininas no contexto conjugal em duas regiões distintas no Brasil & o maior centro urbano, São Paulo, e uma região rural do Nordeste, composta por 15 municípios, observaram que 10,1% das mulheres afirmaram vitimizações desta violência pelo menos uma vez na vida enquanto no nordeste, o percentual aumentou para 14.3%. Esses foram os dados mais próximos encontrados em nosso estudo. Assim como observado no estudo conduzido, Reichenheim e Moura (2005), foi apontado maior perpetração masculina dessa modalidade de violência, tal como observado no presente estudo.

No que tange aos motivos que originaram os episódios de violência, os participantes atribuíam a responsabilidade ao estado de embriaguez em que se encontravam. Afirmando que a presença do álcool, tornavam as agressões mais graves, os mesmos referiam que se sentiam mais irritados e os motivos mais citados pelos mesmos enquanto motivadores das discussões foram & o uso do álcool, ciúmes, falta de apoio, discussões sobre os filhos e interferência familiar e questões a cerca das dificuldades financeiras do casal, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Almeida (2009), indicando que apenas o álcool não foi o único causador dos episódios violentos.

Ainda que as prevalências nos homens sejam mais elevadas, a tendência na redução das diferenças mostra-se bastante preocupante. As mulheres são mais vulneráveis aos efeitos e prejuízos do álcool quando

comparada aos homens (WILSNACK *et al.*, 2000). Tanto para fatores biológicos, absorvendo 30% a mais de álcool que o homem e também pelo fato da dificuldade que o organismo feminino tem de metabolizar o álcool por ter mais gordura e menos água que o masculino. O homem possui uma quantidade duas vezes maior de enzima desidrogenase, que protege o fígado dos efeitos maléficos do álcool (CEYLAN-ISIK *et al.*, 2010). Como também a fatores relacionados à violência associada ao consumo de bebidas alcólicas, onde a vulnerabilidade da mulher à violência é bem maior, mesmo que ela não ingira álcool. Estudos relacionados à violência entre parceiro íntimos revelam que os casos de violência entre os parceiros estão associados a relatos de homens alcoolistas frente ao relato de mulheres alcoolistas. (WONG *et al.*, 2010; ZALESKI *et al.*, 2010)

O uso de múltiplas substâncias psicoativas também demonstrou significância e de acordo com os participantes, não só contribuíam para os episódios, como também os agravava, sendo muitas vezes os motivos das discussões. Os homens apresentaram maior predominância neste padrão de uso. Corroborando a este achado Meneguel *et al* (2000) apontou que os homens apresentavam maior agressividade com o uso de várias substâncias, as quais destacava maconha, cocaína e crack. Já no estudo de Bácskai , Czobor , Gerevich (2011) ocorreu o inverso, de acordo com os mesmos, a amostra aponta maior pontuação de alguns fatores de traço agressão, incluindo hostilidade e raiva em mulheres que em homens. O que nos leva a inferir que as propriedades farmacológicas de cada substância atuam de forma diferenciada nos sexos e que apesar de demonstrar significância, outras variáveis poderiam estar relacionadas ao uso das substâncias e ao comportamento violento.

O fato de alguns pacientes já ter buscado tratamento para a dependência alcóolica, demonstrou significância na redução da violência na família do participante. Este resultado se assemelha ao estudo de Bácskai , Czobor , Gerevich (2011), que afirmaram que o tratamento influenciou positivamente ambos os pacientes do sexo masculino e feminino e aumentou a porcentagem de boas ligações no relacionamento familiar. Provavelmente, com

o apoio terapêutico, estes pacientes aumentaram o período de abstinência, gerando uma diminuição dos conflitos e um aumento da sua participação na rotina da família. O que nos possibilita acreditar que o estudo dos perfis dos participantes e a criação de programas estratégicos de intervenção com a finalidade de redução do consumo e compreensão da dinâmica familiar, poderia ser um fator protetor contra as agressões entre os parceiros.

Apesar do rigor metodológico adotado para a condução da pesquisa, alguns pontos não conseguiram ser relevados em sua totalidade. Algumas variáveis como cor da pele e religião, poderiam ter sido abordadas, o que facilitaria a compreensão de algumas variáveis que se mostraram controversas. Entrevistar e aplicar as escalas nos parceiros dos participantes poderia nos revelar e possibilitar o entendimento do funcionamento da dinâmica familiar. Esta participação poderia auxiliar na verificação dos pontos concordantes e discrepantes nas respostas dos parceiros e participantes, mesmo não se configurando como objetivo da pesquisa, uma vez que a relevância se encontra na percepção do paciente sobre sua relação com o álcool.

Apesar da boa adesão aos objetivos e possuírem o padrão de respostas rápidas, o grande número de questões e extensão da entrevista pode ter despertado algum tipo de desinteresse ou desconforto. O que pôde ser observado quando os pacientes foram submetidos à escala CTS2, apesar das respostas serem dicotômicas (SIM/NÃO), a mesma apresentava algumas questões delicadas e difíceis para alguns participantes assumirem adotar alguns tipos de comportamentos quando questionados.

Os estudos transversais são muito utilizados para a investigação e prevalência de condições, o que possibilita melhorar o planejamento das ações de saúde e gerar hipóteses de novos estudos. Entretanto, este tipo de estudo não permite a observação ao longo do tempo em relação a redução da ingestão e padrão do consumo alcoólico como a diminuição dos episódios violentos, avaliando desta forma o estado e não a continuidade.

Por fim, ainda nos deparamos com o contexto do local da pesquisa, um centro de referência em dependência química, situado na zona urbana na

região do nordeste, o que pode impossibilitar a comparação a outros estudos semelhantes conduzidos em outros contextos e localidades.

14. Conclusão

Em relação ao comportamento violento, as variáveis que mais se mostram associadas foram: histórico familiar positivo para o uso de álcool, ter presenciado violência associada ao álcool em algum momento do desenvolvimento, abuso infantil, tanto nas esferas física, psicológica quanto sexual, uso de múltiplas substâncias, padrão e tempo de consumo, demonstrando que os prejuízos estão de certa forma interligada ao tempo de uso.

De acordo com nossos achados e literatura concordante, sofrer e ser exposto à violência durante o desenvolvimento facilitaria a expressão da violência do sujeito na vida adulta. Uma vez que o mesmo teria certa tendência a internalizar esses tipos de condutas, assimilá-las como corretas e recorrer às mesmas em situações que o sujeito encontraria dificuldades de lidar de forma madura e adaptativa.

Entretanto, diante de nossos resultados, percebemos que apontar o álcool como determinante para a violência intrafamiliar, ainda permanece equivocado. Apesar de estarem fortemente associados e estudos apontarem que em uma parcela significativa de agressões domésticas um dos parceiros estava sob influência do álcool nos leva a inferir que o mesmo não assumiria o papel de causador, e sim de catalisador, ou seja, amplificaria à violência, mas não funcionaria como causa unidirecional à mesma. Apoiando, portanto, a hipótese deste estudo.

Na maior parte das situações de violência relatadas pelos participantes, além do consumo do álcool, se encontravam presentes outras variáveis, as quais não podemos descartar influência (ciúmes, falta de apoio, problemas financeiros, interferência da família, entre outros). Cabe ressaltar que apesar de alguns pacientes referirem que enquanto sóbrios não seriam sujeitos agressivos, o fato de tornarem-se ao beber, não os exime da responsabilidade da agressão dirigida ao parceiro.

Como percebemos apenas o uso do álcool não é capaz de explicar isoladamente a violência intrafamiliar. Portanto, focalizar a intervenção apenas na problemática do consumo, aparenta ser insuficiente. É necessária uma análise aprofundada da dinâmica do casal. Sendo assim, a intervenção no consumo e nas outras variáveis que se fazem presentes, auxiliaria o sujeito não só a reduzir a probabilidade de desenvolver comprometimentos orgânicos, mentais e sociais decorrentes do álcool, como também, possibilitaria um convívio saudável entre os parceiros.

De acordo com o relato dos participantes, as agressões são mais violentas com a presença do álcool. Os mesmos acreditam que quando estão alcoolizados, acabam perdendo a noção da intensidade da força física, bem como sobre o que é dito para humilhar e agredir verbalmente o parceiro, o que poderia ser facilmente compreendido. Uma vez que o álcool diminuiria a regulação do comportamento, entretanto, para afirmar este fato no estudo, seria interessante uma descrição mais detalhada dessas lesões e agressões a fim de comparar com a violência sem a influência do álcool.

Apesar de admitirem seus erros, e relatarem o desejo de mudanças no comportamento e relacionamento. Os agressores atribuem ao álcool boa parcela de responsabilidade do seu comportamento ao fato de se encontrar alcoolizado como também às provocações e a postura do parceiro diante de seu estado, o que aumentaria o comportamento violento. Muitas vezes acreditando que uma vez tratado a problemática do álcool, os problemas relacionados à violência estariam resolvidos. Entretanto verificamos que o tratamento individualizado poderia ser eficiente em parte, mas não excluiria totalmente os episódios de violência. Percebemos que só a intervenção com os agressores seria insuficiente sem a participação da família.

15. Referências

- ADEODATO VG, et al. **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros**. Rev Saude Publica.;39(1)&108-13. 2005.
- ADÉS J, LEJOYEUX M. **Comportamentos alcoólicos e seu tratamento**. 2.ed. Lisboa& 7, 2004, Climepsi Editores.
- AGUAYO, A.T., **Catalyst deactivation by coke in the transformation of aqueous ethanol into hydrocarbons**. Industrial and Engineering Chemistry Research., 41,4216–4224.2002.
- ALMEIDA LS. **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 2003.
- ALMEIDA, MV. **Violência conjugal e álcool & (In)existência de uma relação causal?**. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Coimbra, 2009.
- ALMEIDA, R. M. M., PASA, G. G. & SCHEFFER, M. **Álcool e Violência em Homens e Mulheres**. Psicol. Reflex. Crit. Vol.22. Porto Alegre, 2009.
- AMARAL, R. A. ; MALBERGIER A. **Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26, n.3, pp. 156-163. 2004.
- American Psychiatric Association – APA. **Diagnostic and statistical manual of 8.mental disorders (DSM-IV)**. 4.ed. Washington& American Psychiatric Association, 1994.
- BÁCSKAI E, CZOBOR P, GEREVICH J. **Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population**. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2011 Jul 1;35(5)&1333-40. doi& 10.1016/j.pnpbp.2011.04.005. Epub Apr 22. 2011.
- BÁCSKAI E, CZOBOR P, GEREVICH J. **Heavy drinking as a differential predictor of physical aggression in clinical and general populations**. Alcohol. 2010 Mar;44(2)&131-9. Doi: 10.1016/j.alcohol.2010.
- BALTIERI DA. **Álcool e crime**. Em& Rigonatti SP, Serafim AP, Barros EL, eds. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica.; 2003, São Paulo& Vetor. Pp. 151–63.
- BHONA. FMC. **Violência doméstica e consumo de álcool entre mulheres & um estudo transversal por amostragem na cidade de Juiz de Fora - MG - Universidade Federal de Juiz de Fora -Dissertação (Mestrado. 2011).**
- CARDOSO, SH. **Effects of Alcohol in the Brain** . Brain & Mind Magazine 3(8), Jan/March 1999.
- CARNEIRO, H **Bebida, Abstinência E Temperança**. Editora Sebac, São Paulo, 2010.

CASTRO, ML; CUNHA, SS and SOUZA, D P Oliveira de. **Violence behavior and factors associated among students of Central-West Brazil.** Rev. Saúde Pública , vol.45, n.6, pp. 1054-1061. Epub Sep 23, 2011.

CHALUB, M., & TELLES, L. E. B.. **Álcool, drogas e crime.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(2), 69-73. 2006.

CHASE KA, et al. **Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners.** J Stud Alcohol.;64(1)&137-49. 2003.

CHAVEZ, K. A. P., O'BRIEN, B., & PILLON, S. C. . **Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(2), 1194-1200. 2005.

CHERMARK, S. T., et al.. **Distal and proximal factors related to aggression severity among patients in substance abuse treatment& Family history, alcohol use and expectancies.** Addictive Behaviors, 31(5), 845-858. 2006.

CLARK, D. B., et al.. **Health problems in adolescents with alcohol use disorders& Self-report, liver injury, and physical examination findings and correlates.** Alcoholism& Clinical & Experimental Research, 25(9), 1350-1359. 2001.

COSTA JSD, et al. **Heavy alcohol consumption and associated factors& a population-based study.** Rev Saúde Pública; 38&284-91, 2004.

CUNHA, P. J., & NOVAES, M. A. . **Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool& Implicações para o tratamento.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 23-27. 2004.

DIAS, I. **A violência sobre as mulheres e os idosos.** Psychologica, 36, 33-61. 2004.

DILDY-MAYFIELD, J. E. AND HARRIS, R. A.& **Ethanol inhibits kainate responses of glutamate receptors expressed in Xenopus oocytes& role of calcium and protein kinase C.** J. Neurosci. 15& 3162–3171, 1995.

DOSSI, A.P., et al. **Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar& agressões denunciadas num município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005.** Caderno de Saúde Pública, 24(8), 1939-1952. 2008.

DUALIBI S, et al.. **The effect of restricting opening hours on alcohol related violence.** Am J Public Health; 97(12)&2276-2280. 2007.

ELBREDE, M. F., et al., D. A. **Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 57(1), 9-15. 2008.

FADA, F.; ROSSETTI, Z.L. **Chronic ethanol consumption& from neuroadaptation to neurodegeneration.** Progress in Neurobiology, 56, pp. 385 - 431, 1998.

FERREIRA, LN. **Prevalência da dependência de álcool e fatores associados na Zona Urbana de Jequié-Ba.** Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

FONTES, A., FIGLIE, N. B., & LARANJEIRA, R. . **O comportamento de beber entre dependentes de álcool& Estudo de seguimento.** Revista de Psiquiatria Clínica, 33(6) 304-312. 2006.

GALDUROZ J.C.F.; CAETANO R. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil.** Rev Bras Psiquiatr;26(Supl I)&3-6, 2004.

GALDUROZ JCF e NOTO AR. **Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º grau da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras.** Jornal Brasileiro de Dependências Químicas;1(1)&25-32, 2000.

GIGLIOTTI, A; BESSA, MA. **Síndrome de Dependência do Álcool& critérios diagnósticos.** Rev. Bras. Psiquiatr. Vol.26 . São Paulo. Maio, 2004.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed., 2002 São Paulo, Atlas.

GRAHAM, K., et al. **Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured?** Alcoholism& Clinical and Experimental Research, 31(1), 78-88. 2007.

GRANT, J. D., et al.. **Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence& Evidence from a twin design.** Psychological Medicine, 36(1), 109-118. 2006.

HASEGAWA, M., et al.. **Prevalence of intimate partner violence and related factors in a local city in Japan.** Japanese Journal of Public Health, 52(5), 411-421. 2005.

HIGGINS E. S.; GEORGE M.S. **Neurociências para prática clínica& a fisiopatologia do comportamento e da doença mental.**, 2010, Porto Alegre, Artmed.

IERACI, A.; HERRERA, D. G. **Single alcohol exposure in early life damages hippocampal stem/progenitor cells and reduces adult neurogenesis.** Neurobiology of Disease. v. 26, p. 597-605, 2007

KAPLAN, H I et al.. **Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.**, 2006 Porto Alegre, Artmed.

Kristensem, C.H., et al . **Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia, 8(1), 175-184. 2003.

KRUG et al. , **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization.2002.

LABRADOR, F et al. **La eficacia de los tratamientos psicológicos.** Infocop, 17, 25-30. 2003.

LARANJEIRA R, et al.. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.

LARANJEIRA, R. . Apresentação & **Álcool & Da saúde pública à comorbidade psiquiátrica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 1-2. 2004.

LIMA M. **Epidemiologia do alcoolismo**. In & Ramos SP, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. 3ª ed.;. p.45-65. 1997. Porto Alegre, Artes Médicas.

LIPSKY S, et al.. **Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence**. Drug Alcohol Depend.;78(1)&39–47. 2005.

MACK, A. H., & FRANCES, R. J.. **Treatment of alcohol use disorders in adolescents**. Journal of Psychiatric Practice, 9(3), 195-208. 2003.

MAGALHÃES, T. **Maus tratos em crianças e jovens – Guia para Profissionais.**, 2002, Coimbra & Quarteto Editora.

MORAES C. L.; HASSELMANN M. L.; Reichenheim M. **Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1)&163-176, jan-fev, 2002.

MARÍN-LÉON, L., OLIVEIRA, H. B., & BOTEGA, N. J. . **Mortalidade por dependência de álcool no Brasil & 1998 - 2002**. Psicologia em Estudo, 12(1), 115-121. 2007.

MARLBBERGIER, A.; AMARAL R. A. **Transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas**. Em & Teixeira L. A.; Caramelli P. Neurologia cognitiva e do comportamento., Pp 402-413, 2012 Rio de Janeiro, Revinter.

MARQUES, A. C. P. R., & Cruz, M. S. **O adolescente e o uso de drogas**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(2), 32-36. 2000.

MATOS, M. V. **Violência nas relações de intimidade & Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher**. Instituto de Educação e Psicologia & Universidade do Minho. 2006.

MELONI, J. N., & LARANJEIRA, R. . **Custo social e de saúde do uso do álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 7-10. 2004.

MENEGUEL SN, et al. **Mulheres cuidando de mulheres & um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad Saude Publica.;16(3)&747-57, 2000.

MENESES- GAYA, C. ; et al. **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) & an updated systematic review of psychometric properties**. Psychol. Neurosci., vol.2, n.1, pp. 83-97. 2009.

MINAYO, M.C.S. **Violência & um problema para a saúde dos brasileiros**. In & Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da

violência na saúde dos brasileiros (pp.10-41).. 2005. Brasília, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** 2001. Brasília e Ministério da Saúde.

MORETTI-PIRES, R. O; CORRADI-WEBSTER, I. M. **Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil.** Cad. Saúde Pública . vol.27, n.3, pp. 497-509. 2011.

National Institute on Alcohol and Alcoholism – NIAAA. **Helping patients who 4.drink too much& a clinician’s guide**, National Institute on Alcohol and Alcoholum.. Disponível em& pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf. 2005

NOTO AR, *et al.* **Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas& um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria,;51(2)&113-21, 2002.

OLIVEIRA FA. **Violência contra a mulher é uma questão de saúde pública.** Jornal da redevsaúde; 19(10), 1999.

Organização Mundial da Saúde. Neurociências: **Consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Resumo Genebra, Suíça: Autor. 2004.

OSCAR-BERMAN, M.. **Neuropsychological vulnerabilities in chronic alcoholism.** In A. Noronha, M. Eckardt, & K. Warren (Eds.), **Review of NIAAA’s neuroscience and behavioral research portfolio** (NIAAA Research Monograph No. 34). Bethesda, MD& National Institutes of Health.2000.

PAIVA JR. **Mulheres espancadas** [online] 1999.Disponível em& http&//www.members.tripod.com/soswomen/paget.html.> (24 nov. 1999). [Links]

PECHANSKY, F., SZOBOT, C. M., & SCIVOLETTO, S. . **Uso de álcool entre adolescentes& Conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos.**Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 14-17. 2004.

PHILLIPS, R. **Uma Breve Historia Do Vinho,** 2000. Penguin books. Reino Unido

PINHO, A. A. **Violência contra a mulher& Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.**Revista de Saúde Pública, 36(4), 470-477. 2002.

PINSKY I, PAVARINO FRV. **A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade no trânsito no Brasil& considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública.** Rev Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 29(1). 2007.

PRIMO, Newton Luiz Numa Peixoto and STEIN, Airton Tetelbom. **Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): Um estudo**

transversal de base populacional. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul ., vol.26, n.3, pp. 280-286. 2004.

PRIULI, R. M. A.; MORAES, M. S. **Adolescentes em conflitos com a lei.** Ciência e Saúde Coletiva, 12&1185-1192, 2007.

PULCHERIO, G. **Alcool Outras Drogas & Informacao.**, 2002 Casa do psicólogo, São Paulo.

RABELLO PM & CALDAS-JUNIOR AF **.Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas.** Rev Saúde Pública;41(6)&970-8,2007.

RIBEIRO M. **Neurobiologia da dependência química.** [cartilha]. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD – UNIFESP), 2003.

SAFFIOTI HIB, Almeida SS. **Violência de gênero: poder e impotência.**; 1995 Rio de Janeiro, Revinter.

SCHARAIBER, L.B., & D'Oliveira, A.F.P.L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica** [cartilha]. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP. 2003.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AF and COUTO, MT. **Violence and health& recent scientific studies.** Rev. Saúde Pública., vol.40, n.spe, pp. 112-120. 2006.

SILVA, T. ; e QUINTAS, J. **Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento.** Toxicodependências ., vol.16, n.3, pp. 45-58. 2010.

SILVEIRA CM, PANG W, ANDRADE A, ANDRADE LH. **Heavy Episodic drinking in the 9.São Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil& gender and socio-demo-graphic correlates.** J of Stud on Alcohol; 68&18-27,2007.

STANDAGE, T. **História do mundo em 6 copos.**, 2005. Jorge Zahar, Rio de Janeiro

STELKO- PEREIRA ,A.C., & WILLIAMS, L.C.A.. **Sobre o conceito de violência& distinções necessárias.** In& Williams, L. C. A., Maia, J.M.D., & Rios, K.S.A. (Orgs.) Aspectos psicológicos da violência& pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental 2010 (pp.41-66). Santo André& ESEtec Editores Associados.

STRAUS MA. **Measuring intrafamily conflict and violence& the Conflict Tactics Scale (CTS).** J Marriage Fam.; 41& 75–88. 1979.

TESTA M, et al..**Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence.** Drug Alcohol Depend. Apr 1;122(1-2)&135-41. doi& 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.023. Epub 2011 Oct 19. 2012.

TOLAN, P., GORMAN- SMITH & HENRY, D. (2006). **Family Violence**. Annu. Rev. Psychol , 57, 557– 583.

VAIZ BONIFAZ, R. G., & NAKANO, M. S. **La violência intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada [Special issue]**.Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12, 433-438. 2004.

WIGGERS JH. **Reducing alcohol-related violence and improving community safety& the Alcohol Linking Program**. N S W Public Health Bull;18(5-6)& 83-5, May-Jun2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on alcohol**. Genebra& 2.WHO, 2004.

ZALESKI, M., et al...**Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria,26(1), 40-42. 2004.

ZALESKI, Marcos; et al. **Intimate partner violence and alcohol consumption**. Rev. Saúde Pública;44(1)& 53-59, 2010.

ZILBERMAN, M. L., & BLUME, S. B. **Violência doméstica,abuso de álcool e substâncias psicoativas**.Revista Brasileira de Psiquiatria, 27(Supl. 2), s51-s55.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP& 50740-600, Tel.& 2126 8588.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Fatores predisponentes ao comportamento violento de portadores da síndrome da dependência alcoólica atendidos num centro de referência.**

Pesquisador Responsável: Camila Cordeiro dos Santos

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar)& (81) 9757-1624

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cidade Universitária - Recife - PE. 2º Andar -CEP& 50670-901 Fone& 81 21268539. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento.

O objetivo da presente pesquisa é Investigar os fatores que influenciam o comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcoólica. A pesquisa será realizada com os pacientes atendidos pelo Núcleo de Dependência Química do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – NEDEQ / HC – UFPE.

Os passos da operacionalização (execução) da pesquisa estão descritos abaixo.

- (1) Solicitar o consentimento e a assinatura do Termo de Anuência do Coordenador do NEDEQ;
- (2) Informar aos participantes sobre o estudo e obter o consentimento para a participação, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).
- (3) Preencher a ficha clínica Individual com os dados sócios demográficos e as características Clínicas dos pacientes que cumprirem os critérios de elegibilidade (selecionados) para a pesquisa (Apêndice B) .
- (4) O participante irá responder 2 escala que busca verificar a sua relação com o álcool o CAGE (Anexo A) e o AUDIT (Anexo B) como também uma escala que

averigua a existência ou não da violência como também os seus níveis, o CTS (ANEXO C).

Essa pesquisa poderá causar um mínimo desconforto ou constrangimento devido a natureza de suas perguntas que podem causar sensibilização nos participantes, vale salientar porém que todos os dados obtidos, serão tratados em sigilo, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes. Em contrapartida, a participação será de grande benefício ao seu tratamento, pois, a identificação das comorbidades psiquiátrica no início do tratamento será de grande valia para a eficácia do mesmo, vale ressaltar que as informações obtidas favorecerá a criação de um projeto terapêutico individualizado.

Caso você não queira participar deste estudo ou queira se retirar da pesquisa a qualquer momento, não vai haver qualquer prejuízo da continuidade do seu tratamento neste serviço.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Fatores predisponentes ao comportamento violento de portadores da síndrome da dependência alcóolica atendidos num centro de referência.**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Camila Cordeiro dos Santos, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data

_____ / _____ / _____

Assinatura do sujeito ou responsável& _____

Testemunha 1& _____

Testemunha 2& _____

Pesquisadora& _____

Camila Cordeiro dos Santos

Apêndice b - Entrevista

1. Caracterização do Sujeito

Nome & _____ Idade _____
 Endereço & _____ Bairro & _____
 _ Município & _____ Estado _____
 _____ Tel & _____ Celular & _____

Pessoa de referência & _____

Sexo & () Masculino () Feminino Data de Nascimento ___/___/___

Estado Civil

() Convive com o companheiro (a)

() Não Convive com o companheiro (a)

() Não tem companheiro

Escolaridade &

() Fundamental completo () Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto

() Ensino Superior completo () Ensino Superior Incompleto

() Pós Graduação Completa () Pós Graduação Incompleta

Fonte de Renda &

() Autônomo () Assalariado/empregado () desempregado

() Aposentadoria, benefício ou pensão () Outras

2. Histórico Pessoal

2.1 Você sofreu algum abuso enquanto criança? () Sim () Não

2.2 De que tipo? () Física () Psicológica () Sexual

2.3 Presenciou alguma vez algum episódio de violência em casa motivado pelo álcool? () Sim () Não

2.4 Como considerava seu comportamento quando criança?

() Tímido () sociável () agressiva () feliz () tranquila () extrovertida
() Solitário

2.5 E atualmente?

() Tímido () sociável () agressiva () feliz () tranquila () extrovertida
() Solitário

3. História Psiquiátrica

3.1 História familiar do uso de substâncias psicoativas & () Sim () Não

3.2 Grau de parentesco & _____ Tipo de droga:

3.3 Idade de Início& _____ Tipo de Droga/Álcool& _____

3.4 Tempo de consumo& _____

3.5 Padrão de consumo& () Diário () fins de semana () Dias alternados

3.6 Já fez tratamento para dependência antes? sim () não ()

3.7 Uso de medicação& sim () não () Qual? _____

4. História com o Álcool

4.1 Que tipo de bebida você consome?

4.2 Com que frequência é consumida? () bebe regularmente () ou procura desculpas/motivos para beber

4.2 Você considera a sua relação com o álcool prejudicial? sim () não ()

4.4 O que o levou a procurar tratamento?

5. Álcool e Violência

5.1 Desde quando começaram a ocorrer episódios de irritação/violência?

() 1 mês () 6 meses () 1 ano () Mais de 1 ano

5.2 De que tipo? () Física () Psicológica () Sexual

5.3 Com que frequência ocorrem estas irritação/violências?

- Semanalmente
- Uma vez ou mais por semana
- Mais do que uma vez por mês
- Mais do que uma vez por ano

5.4 O que é que normalmente originava os episódios de violência?

- Ciúmes
- Discussões acerca dos filhos
- Álcool / Droga
- Discussões por causa dos pais/sogros
- Dificuldades financeiras
- Problema no trabalho
- Interferência dos vizinhos
- Outras

Quais?

5.5 Os filhos assistiram esse episódio de violência? Sim Não

5.6 Os filhos já foram maltratados? Sim Não

5.7 Como você fica da agressão?

- Continua violento
- Muda de comportamento

5.8 Costuma estar sob o efeito de álcool aquando dos episódios de violência?

- Sim
- Não
- Às vezes

5.9 Em termos de consequências/lesões, a gravidade da violência é maior.

- Com a presença do álcool
- sem ele

5.10 Como se sente após o episódio de violência?

Deprimido Decepcionado Aliviado Irritado Arrependido
 Confuso Não lembra

5.11 Acha que o álcool era o grande causador da violência?

Sim Não

5.12 Qual a diferença entre a violência com a influência do álcool e a violência sem o álcool?

Não há Sente-se mais irritado Sente-se traído Sente falta de apoio da família Sente-se deprimido Sente-se mais agitado Outros

Quais?

Apêndice c

TERMO DE COMPROMISSO COM PESQUISA SOBRE Fatores predisponentes ao comportamento violento de portadores da síndrome da dependência alcóolica atendidos num centro de referência

Eu, **Camila Cordeiro dos Santos**, CPF Nº 062151074-25, assino este termo de compromisso obrigando-me a respeitar o caráter sigiloso de todas as informações que vier a ter conhecimento, bem como estou ciente que, estarei sujeita à sanções administrativas, civis e criminais em caso de violação das informações a mim confiadas.

Comprometo-me, a aplicar a pesquisa somente no local previamente estabelecido, ou seja, no Núcleo de Dependência Química do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – NEDEQ/ HC-UFPE. Os participantes das pesquisas já encontram-se em tratamento e acompanhamento clínico no núcleo acima referido.

Comprometo-me ainda, a colaborar com a equipe terapêutica do NEDEQ/ HC-UFPE, oferecendo dados sobre a pesquisa aos profissionais facilitando a abordagem com os pacientes, possibilitando a prevenção e recidivas dos comportamentos violentos que possam ser apresentados pelos pacientes em tratamento e acompanhamento terapêutico. Declaro que a pesquisa será interrompida se forem observados resultados desfavoráveis ou a qualquer momento que o participante assim desejar.

Camila Cordeiro dos Santos

Anexo A- Cut down Annoyed Guilty Eye-opener Questionnaire (CAGE)

1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Anexo B - The Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 »» Consumo de baixo risco// Valores de 8 a 19 »» Consumo Nocivo/Abuso//
Valores de 20 a 40 »» Dependência

Anexo C - Conflict Tactics Scales – Revised CTS2 - Escala sobre Táticas de Conflitos

Item	Escala*	
1a	(N)	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?
1b		Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?
2a	(N)	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele?
2b		Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você?
3a	(Pm)	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)?
3b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
4a	(Fm)	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo?
4b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
5a	(Fm)	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?
5b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
6a	(Im)	Você teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?
6b		Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com você?
7a	(N)	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?
7b		Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?
8a	(Cm)	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha?
8b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
9a	(Fm)	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)?
9b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
10a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você?
10b		Seu companheiro(a) fez isso?
11a	(Fg)	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)?
11b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
12a	(lg)	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?
12b		Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?
13a	(Pg)	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?
13b		Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?
14a	(Fg)	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar?
14b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
15a	(Pg)	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito?
15b		Seu companheiro(a) fez isso?
16a	(lg)	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?
16b		Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?
17a	(Fg)	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)?
17b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
18a	(Pm)	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)?
18b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
19a	(Fg)	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força?
19b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
20a	(N)	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?
20b		Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema?

- 21a (Ig) Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?
21b Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?
- 22a (Fg) Você deu uma surra no seu companheiro(a)?
22b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 23a (Fm) Você segurou o seu companheiro(a) com força?
23b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 24a (Cg) Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você?
24b Seu companheiro(a) fez isso?
- 25a (Pm) Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?
25b Seu companheiro(a) fez isso?
- 26a (Cm) Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física?
26b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 27a (Fm) Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)?
27b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 28a (Ig) Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
28b Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?
- 29a (Cg) Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você?
29b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 30a (N) Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?
30b Seu companheiro(a) fez isso?
- 31a (Fg) Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito?
31b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 32a (Cm) Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?
32b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 33a (Pg) Você acusou o seu companheiro(a) de ser "ruim de cama"?
33b Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso?
- 34a (Pm) Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)?
34b Seu companheiro(a) fez isso?
- 35a (Pm) Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)?
35b Seu companheiro(a) fez isso?
- 36a (Im) Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
36b Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?
- 37a (Fg) Você chutou o seu companheiro(a)?
37b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 38a (Cg) Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você?
38b Seu companheiro(a) fez isso com você?
- 39a (N) Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?
39b Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?

*Legenda para as escalas: Cg = coerção sexual grave; Cm = coerção sexual menor; Fg = violência física grave; Fm = violência física menor; Ig = injúria grave; Im = injúria menor; N = negociação; Pg = agressão psicológica grave; Pm = agressão psicológica menor; CTS2 = *Revised Conflict Tactics Scales*.

Anexo D - Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Av. da Engenharia, s/n - 1º Andar. Cid. Universitária, CEP 50740-600. Recife - PE.
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Of. Nº. 050/2012 - CEP/CCS

Recife, 24 de janeiro de 2012

A**Camila Cordeiro dos Santos**

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR - 453053

CAAE – 0390.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 404/11

Título: Fatores predisponentes no comportamento violento de portadores da síndrome da dependência alcoólica atendidos num centro de referência

Pesquisador Responsável: Camila Cordeiro dos Santos

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 24 de janeiro 2012.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Anexo E – Certificado de apresentação do pôster “Fatores associados ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcoólica”, apresentado no XX Simpósio do cérebro.



XX SIMPÓSIO SOBRE O CÉREBRO

ESTILO DE VIDA DO SÉCULO 21: *Seu cérebro está preparado?*

CERTIFICADO

Certificamos que Camila Cordeiro dos Santos participou do XX Simpósio sobre o Cérebro realizado nos dias 25 e 26 de outubro, no centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, apresentando o trabalho **FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO VIOLENTO EM PORTADORES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA**, autoria de Camila Cordeiro dos Santos, Murilo Duarte Costa Lima.

Recife, 26 de outubro de 2012.



Prof. Nicodemos Teles de Pontes Filho
Diretor do CCS/UfPE



Prof. Sandra Lopes de Souza
Coordenadora da Comissão Organizadora



