

**CHRISTIAN CÉSAR CÂNDIDO DE OLIVEIRA**

**Discurso e memória autobiográfica  
em adolescentes usuários de drogas**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Comunicação Humana  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Claudia Ines Scheuer

São Paulo  
2007

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valeira Vilhena. São Paulo. Serviço de Biblioteca e Documentação: 2004.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## **Dedicatória**

*Aos meus queridos pais, **José e Geralda**, por terem guiado e instruído meus primeiros passos e por terem me dado amor e liberdade suficientes para que eu continuasse o meu caminho.*

*Aos meus irmãos, **Júnior e Zilda**, por dividirem comigo, durante todo este percurso, a cumplicidade, o apoio e a confiança.*

*Ao **Flávio**, meu grande amigo, por ter me acompanhado neste processo, me incentivando e me fazendo entender que ninguém está sozinho neste mundo, e que toda dificuldade pode ser superada.*

## **Agradecimentos**

À **Profa Dra Claudia Scheuer** por ter tido a difícil tarefa de orientar este trabalho sem deixar de ser minha amiga! Por me fazer entender que amigo é aquele com quem nos sentamos por longas horas sem dizer uma só palavra e, ao deixá-lo, temos a sensação de que foi a melhor conversa que já tivemos. Por tantos conselhos e cuidados, imprescindíveis para meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. A você, o meu carinho e a minha gratidão.

À **Profa Dra Sandra Scivoletto** por ter me ensinado dia após dia, que o melhor caminho para se sair de uma dificuldade é através dela. Por confiar e acreditar em meu trabalho e, sobretudo, pelo exemplo de vida, dedicação e ética profissional, qualidades que muito me inspiram.

À **Luciene Stivanin**, minha querida amiga, cuja amizade foi de fundamental importância para a conclusão deste trabalho. Por ter me ensinado que os problemas divididos com aqueles que amamos, tornam-se pequenos, e que as alegrias divididas, multiplicadas.

Aos **adolescentes** que fizeram parte desta tese, por compartilharem comigo suas memórias, muitas vezes ainda não cicatrizadas pelo tempo.

Aos queridos amigos **Daniela do Val, Renata Leite e Luiz Roberto Arbaji Rocha**, por compartilharem comigo, dos mesmos valores humanos. Aristóteles diz que o desejo de ser amigo é um processo rápido, mas a amizade é uma fruta que amadurece lentamente. Agradeço a Deus, por tê-los ao meu lado.

À Fonoaudióloga **Alessandra Cristina Pedraci**, grande exemplo profissional, por todos os momentos de dificuldades e alegrias compartilhados, pelo entusiasmo, incentivo e dedicação aos amigos, qualidades que me incentivaram a concluir este trabalho.

À **Profa Dra Claudia Regina Furquim de Andrade**, por ter me ensinado com profissionalismo e dedicação os primeiros passos do trabalho científico, ainda na graduação.

Às Fonoaudiólogas, **Luciene Stivanin e Viviane Imamura** pelo cuidado que tiveram na análise dos dados desta tese, como juízes.

Aos professores Drs **André Malbergier, Márcia Gabriel da Silva Rêgo, Eliane Schochat, Haydée Fiszbein Wertzner e Sandra Scivoletto**, pelas inúmeras contribuições provenientes das Bancas de Qualificação.

Aos queridos professores e alunos da PEPA (Projeto Especial para o Portador de Deficiência Mental), principalmente à **Cristina Brondi, Claudia Calábria e Catia Lehmann**, pelo apoio, carinho, compreensão e, especialmente, pela amizade verdadeira.

À toda a Equipe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria da USP, principalmente ao **Ednei**, à **Roberta** e à **Celi**, pela atenção e disponibilidade.

À Equipe do **Ambulatório de Adolescentes e Drogas** do Instituto de Psiquiatria da USP, pelo amor e dedicação ao trabalho.

Aos profissionais do **PROMUD** (Programa de Atenção à Mulher Dependente Química) do Instituto de Psiquiatria da USP que me apoiaram durante este trabalho, principalmente às Profas Dras **Silvia Brasileiro e Patrícia Hochgraf**, coordenadoras do Programa, pelas supervisões, pelo respeito e incentivo.

Às Psicólogas **Giselle Petri Costa, Rosana Giacchero e Mônica Ferreira Valente**, pela alegria contagiante, carinho e incentivo, além da enorme experiência clínica, que trouxeram importantes contribuições a este trabalho.

Às Fonoaudiólogas **Rosângela Viana Andrade, Fernanda Malerbi e Fernanda Magliaro**, pelas palavras de apoio e carinho.

À colega Fonoaudióloga **Marina Hannun** do Lar Sírio - Pró Infância, pela confiança e dedicação ao trabalho.

Ao Estatístico **Marcos Maeda**, pelo profissionalismo na análise dos dados desta tese.

Aos profissionais da Escola Olavo Pezzotti, especialmente à Diretora **Maria de Fátima Oliveira**, pela disponibilidade e atenção.

## **Minhas memórias**

*O braço engessado me deixa a lembrança dos mimos;  
A primeira festa de aniversário que recorde, o som daquele grupo infantil;  
A casa da vovó, o cheiro do bolo;  
O beijo de papai e mamãe, o calor eterno do mais puro amor;  
A cumplicidade de meus irmãos, a confiança;  
Os telefonemas dos amigos, a confiança;  
Aqueles que partiram, a saudade;  
O abraço frio dos inimigos, a tristeza pela incompreensão.  
Ah passado!  
Por que não voltas? Tu não vens, por mais que eu espere!  
Tudo bem!  
Dor e alegria me marcaram nesta vida.  
O que seria de uma sem a outra?  
Eu não seria nada, não teria lida.  
Dói pensar que não viverei tudo isso. Tudo passou!  
Ah, se não fosses tu, minha memória, que mantém vivos e quentes os mais importantes momentos de minha vida.  
Se não fosses tu, não poderia agradecer a Deus por todos os que passaram pelo meu caminho!  
Se não fosses tu, seria igual a qualquer outro, não teria deixado minha marca neste mundo!  
Se não fosses tu, não teria a sensação de reviver tudo isto!  
Se não fosses tu, não teria aprendido, não teria amado, não teria vivido.  
O que me deixa mais tranquilo, é saber que mesmo após a minha partida, será a memória dos que ficam que me manterá vivo!*

**Christian Oliveira**

# SUMÁRIO

Lista de siglas	
Lista de quadros	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>3</b>
2.1 Drogas: classificação, tipos e efeitos	3
2.2 Drogas na adolescência	10
2.3 Da infância à adolescência: memória autobiográfica e discurso	17
2.3.1 Memória	17
2.3.2 Memória autobiográfica na infância: o início da construção de uma história de vida	24
2.3.3 Memória autobiográfica: adolescência e gênero	27
2.3.4 Memória autobiográfica e psiquiatria	29
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>34</b>
3.1 Objetivo geral	34
3.2 Objetivos específicos	34
<b>4. HIPÓTESES</b>	<b>35</b>
<b>5. MÉTODOS</b>	<b>36</b>
5.1 Desenho do estudo	36
5.2 Casuística	36
5.2.1. Populações	36
5.2.1.1 População de usuários	37
5.2.1.2 População de não usuários	39
5.3 Material e procedimentos para a seleção e caracterização das amostras	40
5.3.1 Termo de consentimento livre e esclarecido	40
5.3.2 Anamnese clínica	40

5.3.3 Escala de avaliação do nível sócio-econômico familiar	40
5.3.4 Protocolo para a coleta de dados sócio-demográficos relativos ao uso de drogas	41
5.3.5 Questionário para descartar a dependência química para sujeitos não usuários	42
5.4 Material e procedimentos relacionados à avaliação da memória autobiográfica	43
5.4.1 Discurso oral livre	43
5.4.1.1 Avaliação do discurso oral livre por juízes	46
5.4.2 Questionário de memória semântica com características autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)	47
5.4.3 Questionário de memória autobiográfica (Borrini et al., 1989)	49
5.5 Análise estatística	51
5.6 Características das amostras	51
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>56</b>
<b>7. DISCUSSÃO</b>	<b>64</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b>	<b>82</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>85</b>
<b>10. REFERÊNCIAS</b>	<b>103</b>



## **Lista de siglas**

<b>ABIPEME</b>	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
<b>DSM-IV</b>	Manual de Diagnósticos e Estatística de Transtornos Mentais
<b>CID – 10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>APA</b>	Associação Psiquiátrica Americana
<b>SEPIA – IPq/HC/FMUSP</b>	Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
<b>CASA</b>	The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University
<b>CAPPesq</b>	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
<b>FEBEM</b>	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
<b>SAMHSA</b>	National Household Surveys on Drug Abuse

## Lista de quadros

<b>Quadro 01.</b> Drogas listadas na Classificação Internacional de Doenças	3
<b>Quadro 02.</b> Evidências acerca da relação entre o consumo concomitante de álcool e tabaco (Adaptada de Drobles, 2002)	6
<b>Quadro 03.</b> Déficits observados durante a intoxicação aguda por maconha (Adaptado de Solowij, 1998)	10
<b>Quadro 04.</b> Questionário para descartar a dependência química nos adolescentes da população de não usuários (Carlini et al., 2002)	42
<b>Quadro 05.</b> Análise e pontuação do discurso, segundo Peterson e McCabe (1983) e Brown et al. (1986)	45

## Lista de figuras

<b>Figura 01.</b> Áreas relacionadas ao funcionamento da memória semântica (Extraído e modificado de Budson e Price, 2005)	19
<b>Figura 02.</b> Áreas relacionadas ao funcionamento da memória autobiográfica (Extraído e modificado de Budson e Price, 2005)	20
<b>Figura 03.</b> Esquema dos sujeitos da pesquisa: subdivisão em populações e amostras	37
<b>Figura 04.</b> Discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983)	59
<b>Figura 05.</b> Desenvolvimento do ser humano e relação com o meio	80

## Lista de tabelas

<b>Tabela 01.</b> Substâncias de “uso na vida” em população acima de 12 anos e entre 12 e 17 anos, para ambos os gêneros em 107 cidades brasileiras (Carlini et al., 2002)	12
<b>Tabela 02.</b> Primeira droga consumida nas amostras de usuários	52
<b>Tabela 03.</b> Principal droga consumida no último ano nas amostras de usuários	52
<b>Tabela 04.</b> Experimentação de drogas e padrão de uso nas amostras de usuários	54
<b>Tabela 05.</b> Lembrança e não lembrança no Questionário de Memória Semântica com Características Autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)	56
<b>Tabela 06.</b> Comparação intra-amostras e intra-populações para o Questionário de Memória Semântica com Características Autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)	57
<b>Tabela 07.</b> Lembrança e não lembrança no Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al., 1989)	58
<b>Tabela 08.</b> Comparação intra-amostras e intra-populações para o Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al., 1989)	58
<b>Tabela 09.</b> Discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983)	59
<b>Tabela 10.</b> Comparação entre as 4 (quatro) amostras de discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983)	60
<b>Tabela 11.</b> Hierarquia dos elementos encontrados no discurso oral livre das amostras (Peterson e McCabe, 1983)	61

<b>Tabela 12.</b> Discurso oral livre (Brown et al ,1983)	62
<b>Tabela 13.</b> Comparação entre as amostras do discurso oral livre (Brown et al., 1983)	62
<b>Tabela 14.</b> Hierarquia dos elementos encontrados no discurso oral livre das amostras (Brown et al., 1983)	63

## Resumo

**OLIVEIRA, CCC.** Discurso e memória autobiográfica em adolescentes usuários de drogas – São Paulo, 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

A memória autobiográfica é uma memória de longo prazo relacionada à história de vida individual e coletiva que reflete o funcionamento cognitivo, lingüístico e afetivo. Torna-se mais elaborada na adolescência, fase da vida em que grande parte das pessoas experimenta álcool e drogas. O objetivo desta tese foi o de traçar e relacionar o perfil dos discursos autobiográfico oral livre e eliciado de fatos ocorridos na infância em 77 adolescentes usuários e não usuários de drogas, de ambos os gêneros. Os usuários de álcool e/ou drogas (n=37) estavam em tratamento para dependência química no Grupo de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os não usuários de drogas (n=40) estavam regularmente matriculados em Escola Municipal de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo. O discurso autobiográfico oral livre foi analisado com base em dois modelos: o de Peterson e McCabe (1983) - que privilegia a estrutura discursiva através da identificação dos elementos *cenário, complicação, resposta interna, tentativa, consequência e reação* - e o de Brown et al. (1986) - que verifica os temas das memórias (*pessoal, público e ocupacional*). Foram igualmente aplicados questionários para as avaliações da memória autobiográfica (Borrini et al., 1989) e da memória semântica com características autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995). Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas em relação aos temas (Brown et al., 1986), de acordo com o modelo de Peterson e McCabe (1983), em geral, os usuários tiveram menos incidência de estruturas discursivas do que os não usuários e os meninos usuários tiveram pior desempenho

do que os demais sujeitos. Este achado foi semelhante para o questionário de memória semântica com características autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995). Para o questionário de memória autobiográfica (Borrini et al., 1989), foram encontrados desempenhos semelhantes entre usuários e não usuários. Porém, os meninos usuários apresentaram menos lembranças do que os meninos não usuários e do que as meninas usuárias. Além disso, os meninos não usuários também apresentaram menos lembranças do que as meninas não usuárias. Esta tese constatou que, apesar de todos os jovens falarem sobre temas semelhantes, relacionados principalmente às questões pessoais, adolescentes que usam drogas tiveram maior dificuldade para acessarem suas memórias autobiográficas, tanto em discurso oral livre quanto em discurso eliciado de fatos ocorridos na infância. Este dado parece não só ser indicativo de alterações cognitivas e lingüísticas decorrentes do uso de drogas mas, também, de questões relacionadas ao impacto que as drogas têm nos processos de busca de novos conhecimentos e de socialização. O gênero feminino (usuárias e não usuárias) parece ter um perfil mais homogêneo do que o masculino (usuários e não usuários).

**Descritores:** Memória. Autobiografia. Linguagem. Adolescente. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

## **Abstract**

**OLIVEIRA, CCC.** Discourse and autobiographical memory in drug users adolescents – São Paulo, 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Autobiographical memory is a long-term memory related to the individual and collective history that reflects cognitive, linguistic and affective skills. It becomes more elaborated in adolescence, phase of life during which most part of people experiment with alcohol and drugs. The aim of this *thesis* was to describe and relate the profile of the free verbal and stimulated autobiographical discourses of facts occurred during childhood in 77 adolescent drug users and non-users of both genders. Alcohol and/or drug users (n=37) were recruited from the Outpatient Clinic for Adolescents and Drugs of the Childhood and Adolescence Psychiatric Service (SEPIA) of the Psychiatry Institute (IPq) of Hospital das Clínicas of Sao Paulo University Medical School (HC-FMUSP) and non-users (n=40) attended public elementary school in São Paulo city. Free verbal autobiographical discourse was analyzed based on two models: Peterson and McCabe (1983) - which privileges the discourse structure through the identification of the elements *setting, complication, internal response, attempt, consequence and reaction* - and Brown et al. (1986) - which verifies the themes of memories (*personal, public and occupational*). Furthermore, questionnaires for the evaluation of the autobiographical (Borrini et al., 1989) and semantic memory with autobiographical characteristics (Kihlstrom and Schacter, 1995) were applied. Although significant differences related to the themes (Brown et al., 1986) were not found, in accordance with the model proposed by Peterson and McCabe (1983), users, in general, presented lower incidence of discourse structures than non-users and male users had worse performance than other subjects. This result was similar for the



semantic memory with autobiographical characteristics (Kihlstrom and Schacter, 1995). For the autobiographical memory questionnaire (Borrini et al., 1989), similar performances between users and non-users were found. However, male users presented fewer memories than both male non-users and female users. Moreover, male non-users also presented fewer memories than female non-users. This *thesis* verified that, although all subjects talk about similar themes, mainly related to *personal issues*, drug users had greater difficulty to access their autobiographical memories, both in the free verbal and stimulated autobiographical discourses of facts occurred during childhood. This data is seemingly indicative of cognitive and linguistic impairment resulting from the drug use and also of questions related to the impact drugs have in the search processes for new knowledge and socialization. Females (users and non-users) apparently have a more homogeneous profile than males (users and non-users).

**Key Words:** Memory. Autobiography. Language. Adolescent. Substance-Related Disorders.

# ***1. INTRODUÇÃO***

## 1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é um fenômeno universal e tão antigo quanto o próprio homem (Fortes, 1991; Leite, 1999) que sempre buscou substâncias capazes de proporcionar bem estar físico, mental e espiritual. Porém, nos dias atuais, este comportamento parece estar ultrapassando as fronteiras que delimitam uma vida equilibrada, causando transtornos, não apenas aos usuários de drogas, mas também à sociedade como um todo. (Laranjeira e Surjan, 2001, Hannon e Cuddy, 2006; Estrin e Sher, 2006).

Nos Estados Unidos, estima-se que 18% da população sofrerá algum transtorno por uso de drogas em algum momento da vida (Galanter e Kleber, 1994). Outro estudo destacou que 25% dos jovens americanos consumiam maconha (O'Malley et al., 1995).

Em países desenvolvidos, 66% dos adolescentes e 90% dos adultos consomem álcool. De todos estes, cerca de 10% são dependentes e 50% apresentam problemas temporários de saúde física e/ou mental em virtude do consumo. Em 1994, ainda nestes países, estimou-se que quase a metade da população de jovens consumia algum tipo de droga ilícita, sendo 7% até os 12 (doze) anos, 26% entre os 14 (quatorze) e 17 (dezessete) anos e 49% entre 18 (dezoito) e 21 (vinte e um) anos. Também é importante salientar que de 40% a 50% dos acidentes fatais no trânsito envolvendo jovens são devidos ao consumo de álcool (O'Malley et al., 1995; Silveira e Gorgulho, 1996).

No Brasil, o consumo de álcool *per capita* aumentou 74,5% entre 1970 e 1996, sendo observada tendência semelhante em relação a outras drogas (Carlini-Marlatt, 2001). O V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas realizado por Galduróz et al. (2004) entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 (vinte e sete) capitais brasileiras, constatou que a média

de idade, do primeiro uso de álcool foi de 12,5 anos, de tabaco, 12,8 anos, de maconha, 13,9 anos e, de cocaína, 14,4 anos.

O uso de drogas parece comprometer mais os adolescentes do que os adultos. Isto ocorre porque, apesar do menor tempo de uso, os adolescentes são mais vulneráveis aos seus efeitos danosos por se encontrarem em processo de desenvolvimento físico, psíquico e social. Para Saxon (1988), o consumo de drogas, além de aumentar as chances de um adolescente se envolver com problemas legais, pode comprometer os relacionamentos familiares, o desempenho escolar e as saúdes física e psíquica.

Dentre estes problemas de saúde física e psíquica, a memória, habilidade cognitiva responsável pela aquisição, armazenamento e recuperação de informações, também pode estar prejudicada em adolescentes usuários de drogas (Piper e Meyer, 2004).

A memória autobiográfica, um tipo de memória de longo prazo relacionada à história de vida individual e coletiva, é uma importante medida para a averiguação de habilidades cognitivas, lingüísticas e afetivas (McAdams, 1985; 1996; 2001). Responsável pelo armazenamento de informações relevantes sobre experiências pessoais, esta memória está associada à construção de imagens mentais durante a recuperação das lembranças (Conway, 1990; 1996; Conway e Pleydell-Pearce, 2000).

Apesar de essa memória fornecer importantes informações sobre a identidade do sujeito, são escassos os trabalhos a respeito deste tema em usuários de drogas (Eiber et al., 1999; Mackinger et al., 2004), especialmente em adolescentes.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar, por meio do discurso oral, a memória autobiográfica de adolescentes usuários e não usuários de drogas.

## ***2. REVISÃO DA LITERATURA***

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. DROGAS: CLASSIFICAÇÃO, TIPOS E EFEITOS

Droga é qualquer substância que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções (Ghodse, 1995). Droga psicotrópica ou substância psicoativa é aquela cuja utilização altera o funcionamento do sistema nervoso central, causando modificações no psiquismo e alterando o comportamento de um indivíduo (Masur e Carlini, 1993).

Nesta tese, o termo “droga” será empregado para designar qualquer substância com potencial para atuar sobre o sistema nervoso central.

A Classificação Internacional de Doenças, CID-10, (OMS, 1993) descreve as drogas de acordo com a ação sobre o sistema nervoso central, o que pode ser visualizado no quadro 01.

**Quadro 01.** Drogas listadas na Classificação Internacional de Doenças

<b>Depressores do Sistema Nervoso Central</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◇ Álcool;</li><li>◇ Benzodiazepínicos;</li><li>◇ Barbitúricos;</li><li>◇ Solventes ou inalantes;</li><li>◇ Opiáceos (morfina, codeína; meperidina, propoxifeno, metadona; heroína).</li></ul>
<b>Estimuladores do Sistema Nervoso Central</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◇ Cocaína;</li><li>◇ Nicotina;</li><li>◇ Cafeína;</li><li>◇ Anfetaminas e drogas de ação semelhante (anfetamínicos)</li></ul>
<b>Perturbadores do Sistema Nervoso Central</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◇ Derivados da cannabis: maconha, haxixe, THC;</li><li>◇ Derivados indólicos: plantas e cogumelos;</li><li>◇ Sintéticos: LSD-25, MDMA (ecstasy);</li><li>◇ Anticolinérgicos.</li></ul>

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), um sistema classificatório elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994), descreve critérios diagnósticos para o *abuso* e a *dependência* de drogas.

Para o diagnóstico de *abuso*, um ou mais dos seguintes itens deve ocorrer no período de 12 (doze) meses, sem nunca preencher os critérios para dependência:

- ◇ Uso recorrente, resultando em fracasso ao cumprir obrigações importantes relativas ao trabalho, à escola ou em casa;
- ◇ Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico;
- ◇ Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- ◇ Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Já para o diagnóstico de *dependência*, o paciente tem um padrão mal-adaptativo de uso que leva a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos. Três ou mais dos seguintes critérios devem ocorrer no mesmo período de 12 (doze) meses:

- ◇ Tolerância => definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - ◆ Necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - ◆ Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- ◇ Abstinência => manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
  - ◆ Síndrome de abstinência característica para a substância;
  - ◆ A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

- ◇ A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo mais longo do que o pretendido;
- ◇ Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso;
- ◇ Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou para a recuperação de seus efeitos ;
- ◇ Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso;
- ◇ A persistência no uso, apesar de haver consciência dos efeitos nocivos físicos e/ou psicológicos continuados ou recorrentes causados ou exacerbados pela substância.

O *álcool*, uma droga de uso e abuso, tem propriedades euforizantes e depressoras. Em relação à cognição, estudos mostram que o seu uso agudo prejudica o pensamento e o julgamento o que, cronicamente, pode lesionar o cérebro e provocar alterações na memória e na aprendizagem (Goldstein e Kalant, 1990; Beatty et al., 1995; Lezak, 1995; Bechara et al., 2001).

Paulus et al. (2006) observaram que o álcool aumenta o tempo de latência em tarefas de memória de trabalho. Do mesmo modo, Rupp et al. (2006) também constataram que esta droga provoca disfunção cognitiva na região pré-frontal capaz de alterar funções executivas e, conseqüentemente, habilidades como a memória.

Turkington (1996) observou que dependentes de *tabaco*, quando comparados com indivíduos não fumantes em teste de memória visual e verbal, têm maiores dificuldades para se lembrar de faces e nomes de pessoas.



Para Drobos (2002), existem evidências acerca da relação entre o consumo concomitante de álcool e tabaco. O quadro 02 descreve tais achados.

**Quadro 02** – Evidências acerca da relação entre o consumo concomitante de álcool e tabaco (Adaptada de Drobos, 2002)

---

- ◆ Pessoas que bebem têm maior tendência ao tabagismo: 90% dos dependentes de álcool fumam, sendo que 70% destes fumam ao menos um maço por dia;
  - ◆ Quanto mais intenso o consumo de álcool, maior o de cigarro;
  - ◆ Indivíduos com ambos os diagnósticos utilizam outras drogas com mais frequência se comparados com aqueles que utilizam apenas uma delas;
  - ◆ Fumantes bebem mais do que não-fumantes;
  - ◆ Fumantes têm uma chance 2,7 vezes maior de se tornarem dependentes de álcool se comparados aos não-fumantes;
  - ◆ Apesar do declínio do consumo de cigarro na população geral nesses últimos anos, a prevalência de tabagismo entre os dependentes de álcool não se modificou.
- 

Os *solventes* ou *inalantes* têm o poder de comprometer a aquisição de novas informações, a memória e a atenção (Lezak, 1995). Podem ser consumidos involuntariamente por pessoas que trabalham com estas substâncias (mineradores, trabalhadores da indústria química) ou podem ser utilizados como drogas de abuso (tolueno ou cola de sapateiro). Para Mathias (2002), o uso agudo de solventes é capaz de provocar quedas, acidentes e convulsões, e as complicações crônicas vão de prejuízos leves em habilidades cognitivas a quadros demenciais avançados.

Rosenberg et al. (2002) constataram que usuários de solventes apresentaram mais alterações na memória, atenção, planejamento e resolução de problemas do que usuários de cocaína. Os mesmos autores

relataram também que, entre os usuários de solventes, a habilidade para controlar seu comportamento e perceber os problemas relacionados ao consumo desta substância era menor do que entre os usuários de cocaína.

Os *opiáceos*, drogas naturais derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*), podem alterar funções visuoespaciais e visomotoras (Lezak, 1995; Rogers, 2000). Estudo de Ersche et al. (2006) verificou que usuários podem apresentar alterações nas funções executivas e na memória, mesmo após abstinência. Crianças em idade escolar usuárias de ópio são consideradas um grupo de risco para psicopatologias. Além disto, esta droga prejudica o desempenho acadêmico, uma vez que afeta a atividade cerebral, provocando sonolência, turvação dos processos sensoriais e mentais e desinteresse por tudo (Nunes et al., 2000).

A *cocaína*, substância extraída das folhas da *Erythroxylon coca*, pode ser consumida na forma de um sal (o cloridrato de cocaína, podendo ser inalado ou dissolvido em água para ser injetado), ou de uma base que é fumada (“crack”). É uma droga capaz de estimular o funcionamento cerebral, causando déficit de atenção, de concentração, de memória visual e verbal, de aprendizagem, de fluência verbal, de integração visuomotora e de tomada de decisões (Strickland et al., 1993; Bechara et al., 2001; Lee et al., 2006). Quanto mais alterações o paciente apresentar, pior será o prognóstico do tratamento (Aharonovich et al., 2006).

No estudo de Cunha et al. (2001), dependentes de cocaína com média de 31 (trinta e um) dias de abstinência apresentaram déficits de atenção, de memória visual, de memória verbal, de funções executivas, de capacidade de aprendizagem e de coordenação visuomotora.

As *anfetaminas*, drogas sintéticas, são capazes de alterar a atenção, o planejamento e a memória operacional (Rogers e Robbins,

2001). De acordo com Hanson (2001), algumas das complicações agudas encontradas em usuários de *ecstasy*, um tipo de anfetamina, são: amnésia, alucinações visuais e auditivas, paranóia e hipertermia.

A *maconha* é a droga ilícita mais usada mundialmente (UNODCCP, 2001). Nos EUA, 40% da população adulta já experimentou maconha pelo menos uma vez (Gold, 1989).

Um levantamento realizado em 1997, com estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras, mostra que a maconha é a droga ilícita mais utilizada no Brasil. Esta foi a substância que teve maior aumento do *uso na vida*, ou seja, de pelo menos uma vez, passando de 2,8% em 1987 para 7,6% em 1997. O *uso freqüente* e o *uso diário* da maconha também aumentaram estatisticamente ao longo dos 4 levantamentos realizados pelos mesmos autores. O uso freqüente (seis vezes ou mais no mês) passou de 0,4% em 1987 para 1,7% em 1997 (Galduróz et al., 1997).

Em outro estudo, envolvendo as 24 (vinte e quatro) maiores cidades do Estado de São Paulo (Galduroz et al., 1999), e que teve como amostra um público de adolescentes na faixa etária acima dos 12 (doze) anos, a maconha foi a droga que teve maior uso na vida (6,6%), seguida por porcentagens bem mais baixas de solventes (2,7%) e pela cocaína (2,1%).

O consumo desta droga, que pode ser fumada ou ingerida, provoca distúrbios psíquicos pelos quais o THC (tetra-hidrocanabinol) é o principal responsável. Seus efeitos agudos causam prejuízo à atenção, à memória e ao aprendizado (Solowij et al., 2002; Schweinsburg et al., 2005; Egerton et al., 2006; Chang et al., 2006), efeitos que podem ser potencializados quando há associação com outras drogas como, por exemplo, o MDMA ('ecstasy') (Croft et al., 2001).

Um estudo, comparando usuários diários de maconha com ex-usuários esporádicos e usuários esporádicos, constatou que os déficits

cognitivos, apesar de detectáveis após 7 (sete) dias de consumo, eram reversíveis e relacionados ao consumo recente e não estavam relacionados ao uso cumulativo ao longo da vida (Pope, 2001).

Solowij et al. (2002) constataram que usuários crônicos de maconha têm apresentado déficits cognitivos, especialmente aqueles que iniciaram o uso durante a adolescência. Outros estudos têm sugerido também uma associação entre o uso prolongado de maconha e a presença de alterações eletroencefalográficas (Struve et al., 1999; Cadet et al., 2006), reforçando a hipótese de que a maconha pode produzir neurotoxicidade cumulativa.

As alterações neuropsicológicas mais consistentemente descritas nos usuários crônicos de maconha estão relacionadas às tarefas psicomotoras, atenção e memória de curto prazo (Pope, 2001). Tais constatações sugerem o comprometimento de estruturas cerebrais tais como o hipocampo, o córtex pré-frontal e os gânglios da base. Sabe-se que os receptores canabinóides cerebrais (CB1) encontram-se localizados preferencialmente nestas regiões e no cerebelo (Iversen, 2003).

Pope e Yurgelun-Todd (1996) encontraram evidências que o uso prolongado (anos) de maconha é capaz de causar prejuízos cognitivos relacionados à organização e à integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processos de atenção e memória. Este estudo relata ainda que esta droga também pode prejudicar a aprendizagem dentro de períodos de consumo mais curtos. Ainda para os mesmos autores, prejuízos atencionais podem ser detectados a partir de fenômenos tais como o aumento da vulnerabilidade à distração, o afrouxamento das associações, a intrusão de erros em testes de memória, a incapacidade em rejeitar informações irrelevantes e a piora da atenção seletiva. Tais prejuízos parecem estar mais relacionados ao tempo de consumo do que à sua frequência.

Solowij (1998) descreve alguns déficits observados durante a intoxicação aguda por maconha. O quadro 03 descreve tais achados.

**Quadro 03** – Déficits observados durante a intoxicação aguda por maconha (Adaptado de Solowij, 1998)

---

- ◆ Redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações (por ex., sintetizar informações);
  - ◆ Habilidades psico-espaciais (por ex., problemas para diferenciar tempo e espaço);
  - ◆ Piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados;
  - ◆ Redução da capacidade para realizar atividades complexas (por ex., dirigir automóveis);
  - ◆ Prejuízo da representação mental do ambiente;
  - ◆ Redução das atividades da vida diária;
  - ◆ Redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo;
  - ◆ Piora das tarefas de memória de códigos;
  - ◆ Redução da formação de conceitos;
  - ◆ Piora da estimativa de tempo;
  - ◆ Piora da capacidade de concentração.
- 

Outros estudos também relataram que o consumo prolongado de maconha e a predisposição à esquizofrenia são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de psicoses (Hall, 1998; J van Os et al., 2002).

## **2.2 DROGAS NA ADOLESCÊNCIA**

O uso regular e a eventual dependência de álcool e drogas nesta fase podem resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade futura (Kandel et al., 1986; Newcomb e Bentler, 1989), além de problemas relacionados à saúde física e mental (Estrin e Sher, 2006).

O diagnóstico de abuso e/ou dependência química na adolescência deve ser diferencial. Isto porque alguns dos sintomas da dependência podem ser confundidos com outros transtornos que incidem na puberdade como a depressão, o déficit de atenção, a hiperatividade e o comportamento social-disfuncional.

Para o diagnóstico clínico, Marques e Cruz (2000) recomendaram, além da utilização dos critérios preconizados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10 - OMS, 1993) ou pelo Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV - APA, 1994), a triagem dos fatores de risco que incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos.

Pesquisa com alunos do ensino fundamental e médio de 10 (dez) capitais mostrou que 26,8% dos meninos e 22,9% das meninas tinham feito uso de drogas (exceto álcool e tabaco) pelo menos uma vez na vida. Desses, 4,3% do sexo masculino e 2,5% do feminino fizeram uso freqüente de alguma droga (Galduróz et al., 1997).

Carlini et al. (2002), em estudo domiciliar em 107 cidades brasileiras, mostrou que 19,4% da população maior de 12 (doze) anos de idade fez “uso na vida” de drogas, exceto álcool e tabaco. Em outro estudo, Galduróz et al. (2004) constataram que, em estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 (vinte e sete) capitais brasileiras, para o uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco), o Brasil esteve na frente de outros países da América do Sul: Brasil (22,6%); Chile (19,8%); Uruguai (13,5%); Equador (12,3%); Venezuela (6%); Paraguai (5,6%). Constataram também que o uso de maconha aumentou de 3,5% para 5,9%.

Segundo Noto et al. (1997), 88,1% das crianças e adolescentes em situação de rua relataram já terem usado algum tipo de droga na vida, proporção bastante elevada se comparada à dos estudantes da rede pública entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos (12%).

O último levantamento domiciliar (Carlini et al., 2002) identificou as drogas mais consumidas pela população brasileira pelo menos uma vez na vida, dados descritos na tabela 01.

**Tabela 01** – Substâncias de “uso na vida” em população acima de 12 anos e entre 12 e 17 anos, para ambos os gêneros em 107 cidades brasileiras (Carlini et al., 2002)

Tipo de droga	População acima de 12 anos		População de 12 a 17 anos	
	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
Álcool	77,3	60,6	52,2	44,7
Tabaco	46,2	36,3	15,2	16,2
Maconha	10,6	3,4	3,4	3,6
Solvente	8,1	3,6	3,0	3,8
Orexígenos	3,2	5,3	3,3	3,7
Benzodiazepnícnicos	2,2	4,3	0,4	2,2
Cocaína	3,7	0,9	0,0	0,9
Codeína	1,5	2,4	0,6	2,7
Estimulante	0,8	2,2	-	-
Crack	0,7	0,2	0,2	0,4

O uso de drogas na adolescência tem maior risco de provocar transtornos por uso de substâncias do que na idade adulta, devido à ação química do álcool e/ou drogas no cérebro em desenvolvimento (Lewinsohn et al., 1999; Hanna et al., 2001; Hoffman et al., 2001).

Os adolescentes apresentam evolução mais rápida da experimentação ao abuso (Semlitz, 1996; Stewart e Brown, 1995) e é mais comum, nesta fase da vida, o uso de múltiplas substâncias (Holmberg, 1985; Scivoletto, 1997; Siliquini et al., 2001).

Estudo de Chen et al. (1997) constatou que os adolescentes tornaram-se dependentes de maconha com uso menos freqüente e em menor quantidade do que os adultos (35% para o grupo de adolescentes e 18% para o grupo de adultos). Em outra pesquisa, adolescentes também apresentavam mais sinais de dependência do que adultos, sendo comuns os relatos de tolerância e perda de controle (Chen e Antony, 2003).

Sterling e Weisner (2005) verificaram, em uma amostra de 419 adolescentes em tratamento para dependência química com idades entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos, que aproximadamente 55% apresentavam outro transtorno psiquiátrico, como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, déficit de atenção hiperatividade e transtorno de conduta. Outros autores relatam, além destes transtornos, o suicídio (Helstrom et al., 2004; Bukstein et al., 2005; Chen et al., 2005; Vörös et al., 2005; Beitchman et al., 2005).

Segundo Rohde et al. (1996), em uma amostra de adolescentes abusadores ou dependentes de álcool, 48% apresentavam transtorno de humor e, em 58% destes, a depressão precedeu o uso de álcool. Burke et al. (1994) também sugerem que a presença de transtorno de humor na adolescência é responsável pelo início do uso precoce de drogas.

A alteração da percepção e as reações psicomotoras induzidas por drogas podem levar a acidentes fatais (Asbridge et al., 2005). Os jovens dependentes correm maior risco de se envolverem em crime e prostituição para financiar seu próprio consumo (Florenzano et al., 1993; Fergusson et al., 1995; Lewinsohn et al., 1996; Hallfors et al., 2004; Sakai et al., 2004; Thompson et al., 2005) e de serem vítimas de violência (Kingery et al., 1992; Chang et al., 2003; Valdez et al., 2006; Nelson e Gordon, 2006).

Envolvimento em atividades ilegais, problemas sociais, de baixo rendimento e evasão escolar também são mais comuns entre adolescentes que abusam de drogas (Carlini et al., 1989; Scivoletto, 1997; Bachman et al., 1981; Tavares et al., 2001; Galduróz, 1995).

Na adolescência, o cérebro passa por mudanças na organização das funções cognitivas e o álcool e outras drogas podem afetar o funcionamento do sistema nervoso central (White e Swartzwelder, 2005).



Estudo de Oliveira et al. (2005) constatou que adolescentes em tratamento para dependência química apresentaram maior dificuldade em provas de memória de trabalho do que adolescentes não usuários, e esta dificuldade foi maior quando a repetição serial esteve mais associada à fonologia do que à semântica.

Caldwell et al. (2005) encontraram diferenças de ativação em áreas tais como a frontal e a temporal, entre adolescentes usuários e não usuários. O mesmo estudo também constatou que, além de as mulheres usuárias de álcool serem mais vulneráveis aos efeitos cerebrais desta droga do que os homens, também tinham maiores chances de apresentarem problemas comportamentais devidos à continuidade do uso.

As alterações neurocognitivas decorrentes do uso de álcool em adolescentes, isoladamente, podem ser consideradas sutis. Porém, as conseqüências ao desenvolvimento global do adolescente são muito danosas quando estas alterações somam-se aos prejuízos que este uso causa em sua dinâmica educacional, familiar, ocupacional e social (Spear, 2002; Brown e Tapert, 2004).

Muitos estudos na literatura descrevem as particularidades do uso de drogas entre os gêneros, na adolescência. Essas particularidades estão centradas, principalmente, no padrão de uso e nas conseqüências na vida destes adolescentes (Miller et al., 2005; Suris et al., 2005; Isralowitz e Rawson, 2006).

Zilberman et al. (2003) revisaram a literatura a fim de verificar as diferenças entre as comorbidades psiquiátricas presentes em mulheres e homens usuários de drogas bem como a significância clínica destas diferenças no tratamento, constatando que:

- ◆ A prevalência, ao longo da vida, de transtornos pelo uso de substâncias em mulheres americanas é de 5 a 8 %;

- ◆ A idade de início para o uso de substâncias tem diminuído entre adolescentes do sexo feminino, o que aumenta o risco de dependência neste grupo;
- ◆ As mulheres são mais sensíveis do que os homens aos efeitos fisiológicos do álcool e de outras drogas;
- ◆ A progressão entre o primeiro uso da substância, o aparecimento de problemas e a busca por tratamento é mais rápida em mulheres;
- ◆ As mulheres geralmente buscam tratamento em ambientes de atendimento médico primário e psiquiátrico geral, ao invés de serviços especializados no tratamento de usuários de drogas;
- ◆ A dependência em mulheres tem um importante impacto na gravidez, no neonato e, como amplamente demonstrado atualmente, em toda a família.

Na adolescência, uma informação importante é a companhia em que se deu o primeiro uso de droga (Kandel 1982; Lynskey et al., 1998). Muitas vezes, essa experimentação ocorre com os pais (Graham et al., 2006) ou entre irmãos e primos do mesmo gênero (Moon et al., 1999).

Giusti (2004) observou que o primeiro uso de drogas com familiares ocorreu em maior proporção dentre os indivíduos do sexo feminino do que dentre aqueles do sexo masculino. Somente entre as garotas foi observado o primeiro uso com o namorado. Por outro lado, somente os garotos iniciaram o uso de drogas com estranhos. Wilson et al. (2005) encontraram importante associação entre experimentação de álcool, tabaco e maconha na adolescência com oferta realizada por vizinhos.

Após a experimentação, ambos os gêneros são igualmente suscetíveis ao uso de drogas (Van Etten e Anthony 1999; Beato-Fernández et al., 2005). Whitmore et al. (1997) observaram que os adolescentes de ambos os sexos iniciavam o consumo regular de substância com a mesma idade e usavam a mesma quantidade de

substâncias, porém, os adolescentes dependentes do sexo masculino eram mais jovens quando da experimentação da primeira droga. Já as adolescentes progrediam mais rapidamente do abuso para a dependência, usaram drogas por razões diferentes das dos meninos e também se mostraram mais vulneráveis às conseqüências deste uso.

Everett et al. (1998) constataram que meninas do ensino médio que fumavam tabaco tinham 6 (seis) vezes mais risco de terem usado cocaína, inalantes ou outras drogas ilícitas "na vida" do que as não fumantes e 5 (cinco) vezes mais risco de serem, no momento, usuárias de álcool, maconha e cocaína. Estudo realizado com adolescentes americanos revelou que as garotas tinham mais facilidade para obter cocaína, crack, LSD ou heroína do que os garotos (CASA, 2003).

Semelhante ao que ocorre entre os adolescentes do sexo masculino, no sexo feminino a progressão de uma droga para outra sofre forte influência das colegas. Com o amadurecimento físico e mental, estas usuárias acreditam que fumar cigarro ajuda a relaxar e que beber diminui a tristeza, a monotonia e a depressão (CASA, 2003).

O abuso físico ou sexual é mais freqüente entre o sexo feminino do que entre o masculino e é um importante fator de risco para o uso de drogas entre os adolescentes. Garotas que sofreram abuso físico ou sexual têm duas vezes mais chances de fumar, beber ou usar drogas do que as adolescentes que não sofreram tais abusos, assim como iniciam o uso de substâncias mais precocemente e em maior quantidade (CASA, 2003; Martin et al., 2005).

Entre as usuárias de drogas, também é comum o diagnóstico de transtorno alimentar (APA, 2000; Brasiliano, 2005; Conason e Sher, 2006). Para o sexo feminino, as insatisfações com a imagem corporal e as tentativas de controlar o peso são importantes fatores causadores de transtorno alimentar e do uso de substâncias. De 30 a 50 % dos

indivíduos com bulimia e de 12 a 18% daqueles com anorexia nervosa fazem uso abusivo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas (APA, 2000). Os indivíduos do sexo feminino com transtorno alimentar freqüentemente iniciam o uso de cocaína e outras substâncias como modo de controlar o peso, diminuir o apetite e aumentar o metabolismo (Hudson et al., 1992; Sansone e Sansone 1994, Herzog et al., 2006).

A presença de transtorno de humor na adolescência é um fator de risco para transtorno por uso de substância. Entre adolescentes em tratamento por abuso de substâncias, é freqüente o diagnóstico de transtorno de ansiedade (Rohde et al., 1996; Sareen et al., 2006; Chiang et al., 2006). A depressão geralmente precede o uso de algumas substâncias e é também um importante fator de risco para o início precoce do uso de drogas (Rohde et al., 1996; Chinet et al., 2006).

## **2.3 DA INFÂNCIA À ADOLESCÊNCIA: MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA E DISCURSO**

### **2.3.1 MEMÓRIA**

As informações e os conhecimentos de mundo devem ser processados, armazenados e evocados em diferentes sistemas de memória, que funcionam de forma cooperativa e concomitante (Xavier, 1993).

Considera-se que a memória consiste de três processos: a *aquisição*, que envolve a percepção e a codificação de informações; o *armazenamento* ou retenção de informações, que envolve o seu processo de consolidação; e a *recuperação*, necessária na busca das informações armazenadas. (Pompéia, 1995).

Existem *memórias de curto* e de *longo prazo*.

A *memória de curto prazo*, também denominada por alguns autores como memória de trabalho, representa a capacidade que um indivíduo tem para manter temporariamente conteúdos restritos de um determinado contexto na mente. Esta memória é importante para a realização de atividades cognitivas básicas e imediatas como, por exemplo, a compreensão, o raciocínio e o cálculo (Tulving, 2002). Ainda para o mesmo autor, dependendo da tarefa que lhe for requerida, a memória de trabalho utiliza uma rede de áreas corticais ou subcorticais e, sempre, o córtex prefrontal. Normalmente, esta rede de áreas corticais (parietal e occipital) e subcorticais (região posterior do cérebro, como, por exemplo, as áreas visuais de associação) se encontram unidas às regiões prefrontais, formando um circuito.

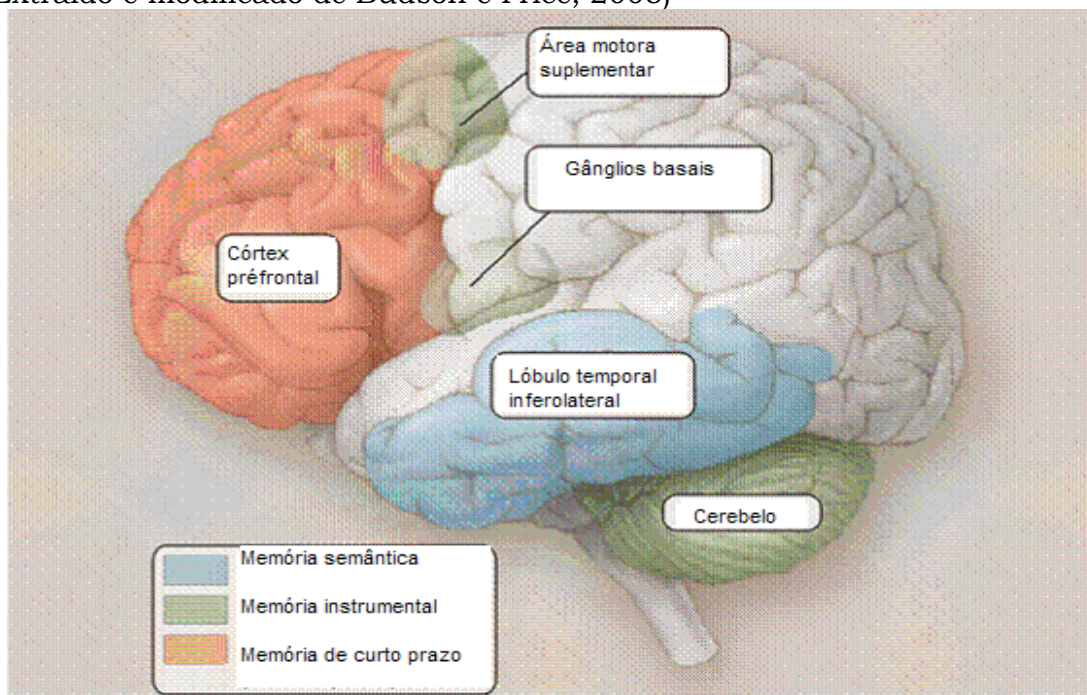
Por sua vez, a *memória de longo prazo* representa a capacidade de armazenamento e recuperação de conteúdos por longos períodos de tempo e com caráter mais permanente subdividindo-se em: **semântica** e **episódica** (Tulving et al., 1994).

A **memória semântica** consiste na capacidade de estabelecer conhecimento sobre o mundo, incluindo fatos, conceitos e vocabulário. Ela define, portanto, o saber ou a “cultura” ou, ainda, as “competências” de um sujeito. Este tipo de memória organiza-se na ausência de um referencial temporal ou contextual específico, e se refere às informações cuja evocação tem pouca ou nenhuma relação com a história pessoal do sujeito (Tulving et al., 1994; Taussik e Wagner, 2006).

Budson e Price (2005) descrevem que a memória semântica é um sistema eminentemente declarativo e explícito. Os lóbulos temporais inferolaterais são importantes para atribuir nomes e para as tarefas de categorização, mediante as quais a memória semântica pode ser avaliada. Porém, em um sentido mais amplo, a memória semântica pode residir em múltiplas e diversas áreas do córtex relacionadas com os

diversos tipos de conhecimento. A figura 01 ilustra as áreas importantes para o funcionamento da memória semântica.

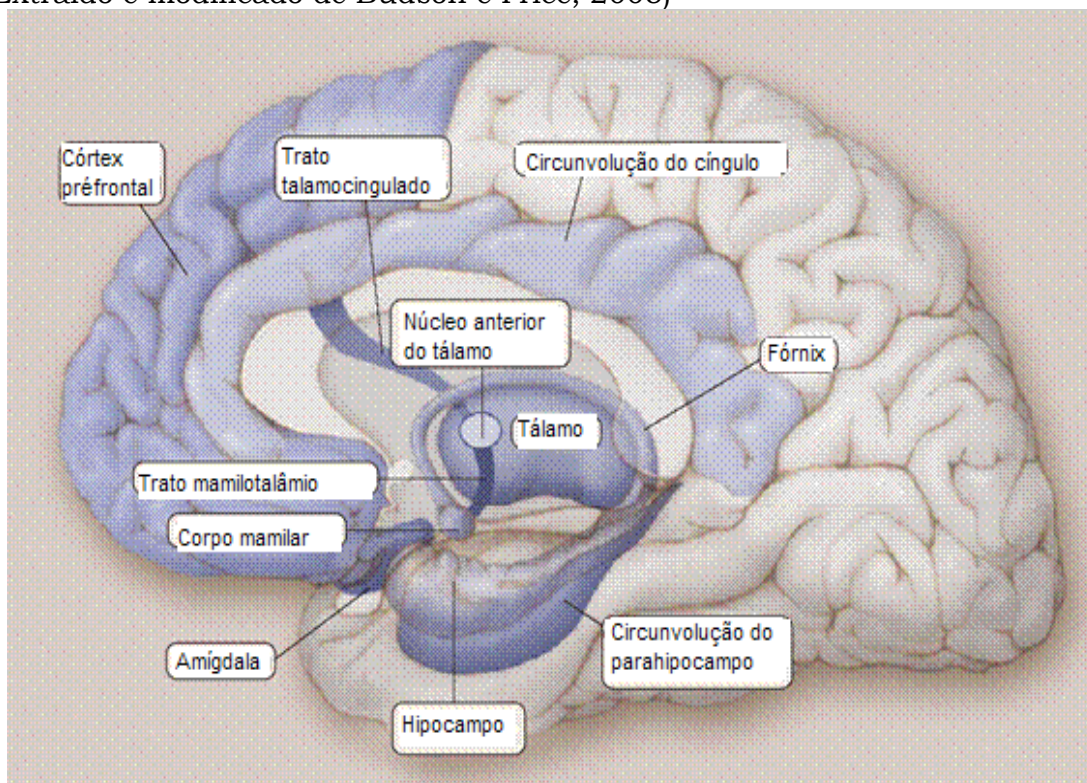
**Figura 01** – Áreas relacionadas ao funcionamento da memória semântica (Extraído e modificado de Budson e Price, 2005)



A **memória episódica**, também denominada por alguns autores de **memória autobiográfica**, é um sistema de memória explícita e declarativa que permite ao sujeito registrar e evocar informações num determinado contexto espacial e temporal, por vezes inespecíficos, permitindo que ele se recorde de fatos de sua história pessoal, familiar ou social (Tulving et al., 1994). Para Wheeler et al. (1997), este tipo de memória constitui um sistema de memória neurocognitivo, cuja singularidade resulta da capacidade de recordar a partir do ato de reviver a experiência.

Os lóbulos temporais mediais, incluídos o hipocampo e o parahipocampo, formam o núcleo principal do sistema de memória autobiográfica, que também necessita de outras regiões para um bom funcionamento (Budson e Price, 2005). Estas regiões estão ilustradas na figura 02.

**Figura 02** – Áreas relacionadas ao funcionamento da memória autobiográfica (Extraído e modificado de Budson e Price, 2005)



Uma série de operações complexas é realizada durante a aquisição, o armazenamento e, principalmente, a evocação das memórias autobiográficas, tais como a integração de informações, a auto-reflexão, o processamento da emoção, a imaginação visual, a atenção, a resolução de problemas e, até mesmo, as habilidades sociais (Svoboda et al., 2006; Kao et al., 2006).

Nessa perspectiva, é função da memória autobiográfica definir a identidade pessoal, relacionar a história de vida de uma pessoa à história pública e sustentar uma rede de objetivos e projetos pessoais ao longo da vida (Conway e Pleydell-Pearce, 2000; Thomas-Antérion et al., 2006).

A memória autobiográfica pode ser acessada por meio de diversos estímulos, como pela música, (Schulkind et al., 1999; Foster e Valentine, 2001; Irish et al., 2006), por imagens, fotos ou faces (Gilboa, 2004; Denkova et al., 2006), por questionários padronizados ou pelo

discurso oral livre (Hermans et al., 2005; Schaefer e Philippot, 2005; Ivanoiu et al., 2006). No entanto, a expressão de evocação mais relatada na literatura é a verbal, o que mostra forte relação entre a memória e a linguagem (Matsumoto e Stanny, 2006).

Alguns pesquisadores sugerem que as memórias autobiográficas têm caráter de narrativa, porque uma pessoa organiza a experiência, fato ou acontecimentos de sua vida de modo similar à organização de uma história (Brown, 1990; Radvansky et al., 2005).

Quando uma pessoa fala sobre um evento autobiográfico específico, geralmente inclui elementos considerados pistas facilitadoras para o acesso à recordação global, como os dados temporais, de localização espacial e, ainda, informações sobre outras pessoas presentes no momento da construção da lembrança (Radvansky et al., 2005). Juntos, estes elementos auxiliam no estabelecimento de um padrão estável de ativação da experiência e, conseqüentemente, de uma maior clareza e veracidade da verbalização da memória.

Muitos estudos a respeito da organização da memória autobiográfica têm examinado a dinâmica destes elementos. Mais do que capazes de ordenar o evento, eles facilitam a recuperação do fato vivenciado, (Conway e Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005) e permitem maior clareza de idéias, riqueza de detalhes e informações imprescindíveis para sua compreensão (Catal e Fitzgerald, 2004), de forma que um interlocutor, sem ter participado da construção da memória, consiga visualizá-lo de modo mais ou menos claro.

Estudo de Dijkstra e Misirlisoy (2006) examinou os elementos contidos na memória autobiográfica de adolescentes e de adultos. Trata-se de um estudo longitudinal, em que a mesma recordação foi solicitada em momentos diferentes. Os resultados indicaram estabilidade em domínio nos temas da lembrança. No entanto, foi encontrada ausência relativa de informações temporais em ambos os grupos, o que sugere



que tais informações, por serem mais abstratas, geralmente são omitidas durante a evocação da memória autobiográfica.

Outros autores também utilizam a marcação de elementos no discurso para verificar a estrutura interna da memória autobiográfica. Peterson e McCabe (1983) e Lahey (1988) fazem-se valer da verificação dos elementos que são capazes de desencadear a seqüência lógica do fato. Tais elementos são: o *cenário*, a *complicação*, a *resposta interna*, a *tentativa*, a *conseqüência* e a *reação*.

Além dos elementos marcadores do discurso, outras formas de análise têm sido discutidas na literatura como, por exemplo, a relevância do fato evocado, as emoções que acompanham o discurso e os temas implicados na memória autobiográfica.

Howes e Katz (1992) verificaram a recordação de acontecimentos relacionados ao conhecimento de mundo e aqueles relacionados à própria experiência de vida do sujeito. Foi observado que recordações de eventos autobiográficos ocorridos há muitos anos foram evocadas com maior especificidade (cuja veracidade foi verificada com um parente próximo) do que aquelas relacionadas a acontecimentos públicos que haviam ocorrido há pouco tempo. Estes dados indicaram que, apesar da idade do sujeito e o intervalo de tempo entre o acontecimento e a evocação serem fatores importantes para avaliar a memória de longo prazo, o vínculo pessoal com o evento parece ser mais significativo, uma vez que acontecimentos autobiográficos foram recordados em maior número.

A relevância do fato recordado também pode ser verificada a partir das emoções que acompanham o discurso de um fato pessoal (Piefke et al., 2003; Talarico et al., 2004). Para Beike e Wirth-Beaumont (2005), quanto mais emoções acompanham o discurso autobiográfico, mais o sujeito atribui significados às recordações.

Berntsen (2002) pesquisou a memória autobiográfica de jovens universitários e verificou que as recordações causavam algum impacto emocional para os sujeitos, seja por seu conteúdo negativo ou positivo. Estudo de Schaefer e Philippot (2005), com o intuito de investigar a importância das emoções no relato de uma memória pessoal, solicitou que 84 adultos relatassem experiências pessoais de caráter positivo, negativo e neutro, enquanto medidas fisiológicas de estado emocional eram registradas. Os resultados apontaram que, entre todas as memórias evocadas, foram as emotivas (positivas ou negativas) as que apresentaram maior ativação cerebral e nível de detalhamento.

Outro aspecto relevante para a avaliação da memória autobiográfica refere-se aos temas das lembranças. Brown et al. (1986) privilegia a interpretação do conteúdo ou tema dos eventos, que podem ser divididos em três classes: o *pessoal*, o *público* e o *ocupacional*.

Um importante fenômeno da memória na adolescência é o público com quem essa memória é ou será compartilhada. Estudos apontam que os pais e os pares (colegas de mesma idade ou de contato constante) são as figuras centrais para o desenvolvimento da identidade (Youniss e Smollar, 1985; McLean, 2005). Pasupathi (2005) constatou que, em jovens universitários, memórias mais recentes relacionadas a entretenimento foram narradas com maior frequência, apontando que as pessoas que participaram do evento e a proximidade deste (no tempo) foram facilitadores no processo de evocação.

Apesar do relacionamento entre os adolescentes e seus pais manter-se essencial é, no entanto, com os seus pares que a convivência aumenta em importância e intimidade nesta fase da vida (Grotevant e Cooper, 1985). Isto porque o tempo voluntário com os pares é maior do que o tempo voluntário com a família (Furman, 1989; Larson e Richards, 1991) e é este tempo compartilhado com os outros que

determinará, em parte, a construção da intimidade e confiança (Reis et al., 1993).

Assim, ao analisar os temas da memória autobiográfica, consegue-se traçar aspectos relevantes não apenas do sujeito, mas, também, de seu envolvimento social.

Desta forma, observa-se que a memória autobiográfica permite não apenas verificar, por meio do discurso, aspectos cognitivos e lingüísticos que revelam a capacidade de seqüencializar idéias de forma coerente, como também verificar o significado que o sujeito dá às suas experiências pessoais, o seu atual estado emocional e o grau de importância dado ao fato.

### **2.3.2 MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA NA INFÂNCIA: O INÍCIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA DE VIDA**

As diferenças entre a memória autobiográfica de crianças e adultos, segundo o tipo de evento recordado e a organização das experiências pessoais, pode ser constatada em diversos estudos (McLean, 2005; Dijkstra e Kaschak, 2006; Schlagman et al., 2006).

Apesar de o termo memória autobiográfica ser relativamente novo na literatura, estudos mais antigos já descreviam, ao utilizar o termo *memória pessoal ou lembrança pessoal*, a capacidade que uma pessoa possui para ordenar os eventos vivenciados.

Observações em contextos naturais mostram que a lembrança verbal da criança, que se refere a eventos simples no relacionamento com um familiar adulto, começa entre os 16 (dezesesseis) e os 20 (vinte) meses de idade. A partir dos 30 (trinta) meses, a criança tem maior capacidade para acessar experiências, ainda que simples, porém, ocorridas há mais tempo (Fivush et al., 1987, Bauer, 1997, Harley e Reese, 1999).

Aos 30 (trinta) meses, a criança começa a manter o foco na produção de um evento vivido e, espontaneamente, fala sobre ele. Cleveland e Reese (2005) sugerem que a habilidade para ordenar temporalmente uma série de eventos remotos, entretanto, desenvolve-se mais tardiamente. Entre 2 (dois) e 5 (cinco) anos, o formato de roteiro da criança progride de uma seqüência de eventos linear e estereotipada para uma seqüência de eventos mais complexa e hierarquicamente integrada. Aos três anos de idade, crianças já podem ordenar eventos implantando-os em suas rotinas de vida para dias e semanas (Nelson, 1988; Van Abbema e Bauer, 2005).

Entre os 3 (três) e 4 (quatro) anos de idade, a criança gradualmente ganha maior autonomia para estruturar a lembrança, tornando-se mais independente e voluntária. Este lembrar autônomo se tornará mais elaborado durante os anos pré-escolares (Haden et al., 1997; Peterson e McCabe, 1994; Tessler e Nelson, 1994; Fivush e Nelson, 2004).

A partir dos 5 (cinco) anos, a criança estrutura os eventos em histórias, indo além da ordem temporal e hierárquica, construindo-os em termos de um problema inicial e de sua resolução. É somente entre os nove e os onze anos que esta habilidade estará formada de modo similar à do adulto (Peterson e McCabe, 1983; Cleveland e Reese, 2005).

Em estudos com crianças de 4 (quatro), 6 (seis) e 8 (oito) anos de idade, até mesmo as mais novas foram capazes de lembrar corretamente de eventos simples, comprovados por seus pais e professores, para tempos específicos mais recentes (como: *ontem*, *último final de semana* e *último verão*) (Friedman, 1992; Van Abbema e Bauer, 2005). No entanto, somente as crianças de 8 (oito) anos tiveram desempenho melhor quando perguntada a ordem temporal das últimas ocorrências de eventos pessoais de até 4 (quatro) anos atrás.

Crianças na pré-escola e na escola primária tiveram pior desempenho na recordação de eventos pessoais mais longínquos, ou seja, quanto mais distantes eram as lembranças, menos puderam recordar (Gathercole, 1998). Também nesta idade, começam a organizar suas experiências pessoais por meio de um discurso dotado de roteiros e estruturas semelhantes aos de histórias (Haden et al., 1997; Peterson e McCabe, 1994; Tessler e Nelson, 1994; Fivush e Nelson, 2004).

Similarmente, Welch-Ross (1995) considerou os anos pré-escolares como a época na qual a criança se torna psicologicamente mais organizada e capaz de estruturar memórias em uma história de vida. Ao falar sobre suas memórias, uma criança, na idade pré-escolar, aprende quais as lembranças valem a pena serem contadas para as outras pessoas (Snow, 1990). O surgimento desta habilidade para narrar experiências pessoais e únicas é a evidência de que, durante os últimos anos da pré-escola, as memórias pessoais começam a se organizar como uma história de vida (Nelson, 1996; Fivush, 1998; Haden et al., 1997).

Durante os últimos anos pré-escolares e o primário, é cada vez mais fácil a recordação dos elementos centrais à estrutura causal da história em comparação com a recordação dos elementos periféricos (Trabasso et al., 1984; Varnhagen et al., 1994).

Por volta dos 10 (dez) anos de idade, uma criança passa a ter a representação de eventos que a permite integrar episódios temporalmente próximos em uma narrativa estruturada por objetivos. Este processo vai amadurecendo durante a adolescência até que, na idade adulta, as pessoas são capazes de organizar suas memórias de modo muito mais complexo, posicionando eventos no contexto de toda sua vida (Habermas, 2000).

Assim, desde a infância, as pessoas coletam informações pessoais que ficam armazenadas e que poderão ser acessadas e analisadas de maneira mais complexa a partir da adolescência.

### **2.3.3 MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA: ADOLESCÊNCIA E GÊNERO**

Apesar de a memória autobiográfica ser considerada um processo complexo que se inicia desde o nascimento, é na adolescência que este processo se torna mais elaborado (McAdams, 1985; Kuyken et al., 2006). Nessa fase, o indivíduo deve conseguir raciocinar hipoteticamente sobre a sua vida, relacionando o passado distante e o futuro remoto ao presente (McAdams, 1996; McLean, 2005).

Além de o adolescente passar a ter habilidade para relacionar um evento a outro com o objetivo de obter uma coerência global (Stern, 1989; Conway, 1992), ele começa a utilizar mecanismos de inferência ao relatar eventos significativos de sua vida (Fitzgerald, 1986).

O início da maturidade psicológica que ocorre neste período da vida e, muitas vezes, as demandas para que o indivíduo se estabeleça no mundo por meio do trabalho e dos compromissos escolares e familiares permite ou, inclusive, requer a construção de muitos significados (Grotevant, 1993; Nelson et al., 2005; Crews et al., 2006).

Estes significados podem ser avaliados objetivamente por meio do discurso oral porque, durante a evocação da lembrança, a linguagem permite que um interlocutor conheça parte da percepção que um sujeito tem de sua própria história de vida (Bauer et al., 2003; Blagov e Singer, 2004). Assim, essa história de vida pode ser verificada de forma objetiva (seqüência de ações e eventos), pela óptica de um observador, ou subjetiva (relação entre o recordar e inferir), pela óptica do próprio sujeito (Habermas, 2000).

Apesar de estudos apontarem a importância de contextos históricos e culturais como parte da lembrança pessoal de um indivíduo, o processo de construção da história de vida é pessoal (McAdams, 1993; Wang, 2004).

Assim, acredita-se que as memórias autobiográficas são modificadas de acordo com os estados emocionais do sujeito nos momentos das recordações. (Morling e Epstein, 1997; Shimojima, 2004; Wenzel et al., 2004).

Além da idade, o nível de instrução também pode ser uma importante variável para o acesso e a qualidade de uma memória autobiográfica. Um questionário estruturado para avaliar a memória autobiográfica em indivíduos sem transtornos mentais foi proposto por Borrini et al. (1989), focando três períodos da vida: a infância e adolescência, até os 15 (quinze) anos; a idade adulta jovem, dos 16 (dezesesseis) aos 40 (quarenta) anos e a idade adulta avançada, acima dos 41 (quarenta e um) anos. Observou-se que o grau de instrução e a idade mostraram ser fatores significativos na eficiência da recuperação da lembrança.

O gênero parece ser outro aspecto de grande relevância para a verificação da memória autobiográfica (Davis, 1999; Buckner e Fivush, 2000; Piefke e Fink, 2005).

Mulheres mostraram maior ativação bilateral do que os homens em tarefas cognitivas que envolviam o processamento de linguagem e memória de trabalho verbal (Speck et al., 2000). Os mesmos indícios também foram encontrados por Shaywitz et al. (1995) e Kansaku et al. (2000), ao utilizarem técnicas de neuroimagem.

Piefke et al. (2005) encontraram diferenças entre os gêneros no que se refere à ativação neural para a memória autobiográfica, o que sugere que homens e mulheres utilizam estratégias diferentes e específicas para acessarem suas lembranças pessoais. Não foram

encontradas, no entanto, diferenças quanto à especificidade e nível de detalhamento da memória.

Pillemer et al. (2003) sugerem que, ao acessarem suas recordações pessoais, as mulheres são mais específicas, descritivas e detalhistas do que os homens, porque dão maior carga de valor às lembranças. Por outro lado, quando homens acessam suas autobiografias, tiram maior proveito da análise do fato ocorrido, porque processam e inferem mais sobre o evento, não apenas emocionalmente, mas, também, de maneira coerente e global (Pasupathi, 2003).

A diversidade entre homens e mulheres para a evocação das suas autobiografias não são decorrentes apenas de questões cognitivas relacionadas às diferentes estratégias para evocação, mas, também, de processos de socialização específicos de cada gênero. (Davis 1999, Bauer et al., 2003).

Apesar de existirem muitas informações científicas sobre a memória autobiográfica e sua relação com o gênero, são escassos na literatura nacional e internacional estudos que relacionem esta memória ao uso e abuso de drogas na adolescência.

#### **2.3.4 MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA E PSIQUIATRIA**

A verbalização de uma vivência autobiográfica traumática, apesar de evocar emoções e respostas fisiológicas particularmente aversivas, pode ter efeitos benéficos em longo prazo (Pennebaker, 1989).

Pennebaker (1997) observou que as pessoas que apresentavam melhor evolução em tratamento psicológico eram aquelas que verbalizavam constantemente emoções intensas e, assim, demonstravam amadurecimento de elaboração das interpretações. Vandenbergher (2004) relata que falar sobre lembranças autobiográficas



emocionalmente negativas promove uma reorganização dos conteúdos relatados.

Para Drobles e Lang (1995), uma estrutura de conectividade é ativada quando uma pessoa revive as emoções relacionadas a um trauma. Nessa situação, o padrão de ativação neural é modificado de acordo com o contexto em que a reativação aconteceu e, assim, falar sobre um evento autobiográfico aversivo num ambiente acolhedor gera um processamento emocional benéfico.

Pennebaker (1989) mostra que a expressão das emoções autobiográficas inibidas por muito tempo elimina uma fonte de estresse importante para o organismo. Pennebaker et al. (2001) acrescenta que tal inibição de pensamentos ou emoções por longos períodos de tempo aumenta a probabilidade de ocorrência de uma variedade de doenças, processo esse que parece estar relacionado com variações nos níveis de cortisol e com a atividade do sistema nervoso autônomo.

Para Finkenauer e Rime (1998), os sujeitos de sua pesquisa precisavam esforçar-se mais para entender e atribuir significados a lembranças autobiográficas traumáticas nunca verbalizadas anteriormente do que para aquelas já verbalizadas.

A dificuldade que uma pessoa tem para entender o evento pode dificultar a expressão de suas emoções. Alternativamente, a não-expressão pode dificultar a compreensão do evento pelo indivíduo. É possível que se trate de uma causalidade bidirecional. Lynch et al. (2001) relataram que as inibições de emoções funcionam como mediador da relação entre a intensidade de afeto negativo e o sofrimento psicológico agudo. Os dados sustentam também que a esquiva emocional é uma estratégia usada principalmente por pessoas que sentem emoções de forma mais intensa (Vandenbergher, 2004).

Mais recentemente, os estudos sobre a memória autobiográfica têm sido utilizados nos quadros psiquiátricos, como transtornos de ansiedade e depressão.

Segundo Hayes (1987) e Hayes et al. (2002), tentativas de não vivenciar certas emoções, de não ter certos pensamentos e de não lembrar de determinados eventos têm um papel central no desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Não apenas precursora de sintomas ansiosos, alterações no funcionamento da memória autobiográfica podem fornecer informações sobre a evolução e o prognóstico destes transtornos.

Field et al. (2004) constataram que pacientes ansiosos acessam mais autobiografia de situações que julgam serem vergonhosas, porém, após o relato destas lembranças, sentem-se aliviados e julgam-se mais aptos para novos relacionamentos sociais.

Os suicidas (Williams et al., 1996), bem como os depressivos (Kuyken e Brewin, 1995) podem produzir narrativas autobiográficas mais genéricas do que o grupo controle.

Uma das características mais marcantes da memória autobiográfica de indivíduos com depressão é a supergeneralização, ou seja, uma recordação de seu passado é muito genérica, inespecífica e difusa (Williams et al., 1997; Burnside et al., 2004). Analogamente, Mansell e Lam (2004) constataram que pacientes com transtorno bipolar apresentam memórias autobiográficas negativas e mais superficiais.

Quanto mais genéricas são as memórias autobiográficas recuperadas por um sujeito, menos específicos são os cenários futuros imaginados. No entanto, o grau de especificidade de tais cenários pode aumentar se os sujeitos forem estimulados a buscar lembranças episódicas mais detalhadas (Williams et al., 1996).

Spinhoven et al. (2006) investigaram a especificidade da memória autobiográfica em pacientes com histórico de depressão. Foram

avaliados 122 sujeitos com pelo menos dois episódios depressivos prévios, e os dados apontaram que houve prejuízo na especificidade de memória, refletindo dano cognitivo global persistente mesmo após remissão dos sintomas depressivos. Van Minnen et al. (2005) ainda relatam que a falta de especificidade na memória autobiográfica prediz mudanças nos estados emocionais e promove o aparecimento de sintomas depressivos após acontecimentos tensos. Williams et al. (2005) também encontraram especificidade reduzida na memória autobiográfica de sujeitos com histórico de depressão, dado que reflete menor capacidade de análise e julgamento do evento ocorrido.

Por sua vez, Orbach et al. (2001) observaram que o acesso das crianças vítimas ou testemunhas de violência familiar às memórias autobiográficas tem relação íntima com seus níveis de depressão. Este estudo, o primeiro a reportar associações significativas entre depressão e estilo de memória autobiográfica em crianças, sugere que tal memória pode anteceder estados depressivos nesta população.

Do mesmo modo, Meesters et al. (2000) constataram que adolescentes com histórico de trauma na infância podem ter mais dificuldade para acessar a memória pessoal do que adolescentes não traumatizados. Kuyken et al. (2006) descrevem que a existência de uma memória autobiográfica negativa em adolescentes deprimidos pode ser indicativa de prejuízo na regulação das emoções e na capacidade para a resolver problemas sociais.

O álcool altera a capacidade de um indivíduo para formar novas memórias de longo prazo (Quednow et al., 2006; Glass et al., 2006).

White (2003) relatou que o abuso e a dependência de álcool alteram o funcionamento do hipocampo e, conseqüentemente, alteram a consolidação de novas memórias autobiográficas. Semelhantemente, Eiber et al. (1999), ao avaliarem a memória autobiográfica em usuários

de ópio, encontraram menor número de eventos autobiográficos e especificidade da memória. Os autores sugerem que tal prejuízo pode ser decorrente do efeito tóxico da droga sobre o sistema nervoso central e da presença de problemas afetivos.

O'Connell e Lawlor (2005) estabeleceram relação entre dependência de álcool e ideação suicida, com déficits cognitivos como a redução da especificidade da memória autobiográfica. Mackinger et al. (2004) estudaram a memória autobiográfica de 65 (sessenta e cinco) pacientes dependentes de álcool e observaram que os tipos de memórias verbalizados tinham relação direta com sintomas depressivos que acompanhavam a fase de desintoxicação do álcool.

Assim, as informações cognitivas, lingüísticas, sociais e afetivas que acompanham a memória autobiográfica fornecem importantes dados que permitem uma melhor compreensão de quadros psiquiátricos, inclusive a dependência química.

### **3. OBJETIVOS**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a memória autobiográfica de adolescentes usuários e não usuários de drogas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Traçar o perfil do discurso:
  - livre contido na memória autobiográfica para as duas populações: usuários e não usuários de drogas.
  - livre contido na memória autobiográfica para as quatro amostras: usuários do gênero masculino, não usuários do gênero masculino, usuárias e não usuárias.
  - eliciado de fatos ocorridos na infância para as duas populações: usuários e não usuários.
  - eliciado de fatos ocorridos na infância para as quatro amostras: usuários do gênero masculino, não usuários do gênero masculino, usuárias e não usuárias.
- Comparar os dois tipos de discurso entre as quatro amostras.

## ***4. HIPÓTESES***

#### **4. HIPÓTESES**

- ❖ Sujeitos usuários de drogas apresentam estruturas do discurso livre contido na memória autobiográfica e da recordação em discurso eliciado de perfil diferente daquele dos não usuários.
  
- ❖ Existem particularidades, observadas nos perfis dos discursos livre e eliciado, próprias de cada gênero.



## ***5. MÉTODOS***

## **5. MÉTODOS**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo observacional e transversal, que utilizou questionários e discurso oral para avaliar a memória autobiográfica de adolescentes usuários de drogas. Os resultados foram comparados aos obtidos da avaliação de adolescentes não usuários, com a utilização dos mesmos materiais.

Para a verificação da eficácia dos instrumentos (a serem utilizados neste trabalho), foi realizado um estudo piloto com duas populações de ambos os gêneros: uma de adolescentes usuários de drogas e outra de adolescentes não usuários, não pertencentes às amostras desta tese (Oliveira e Scheuer, 2003; Oliveira et al., 2004). Os resultados deste estudo piloto permitiram a replicação dos mesmos materiais e procedimentos na tese.

### **5.2 CASUÍSTICA**

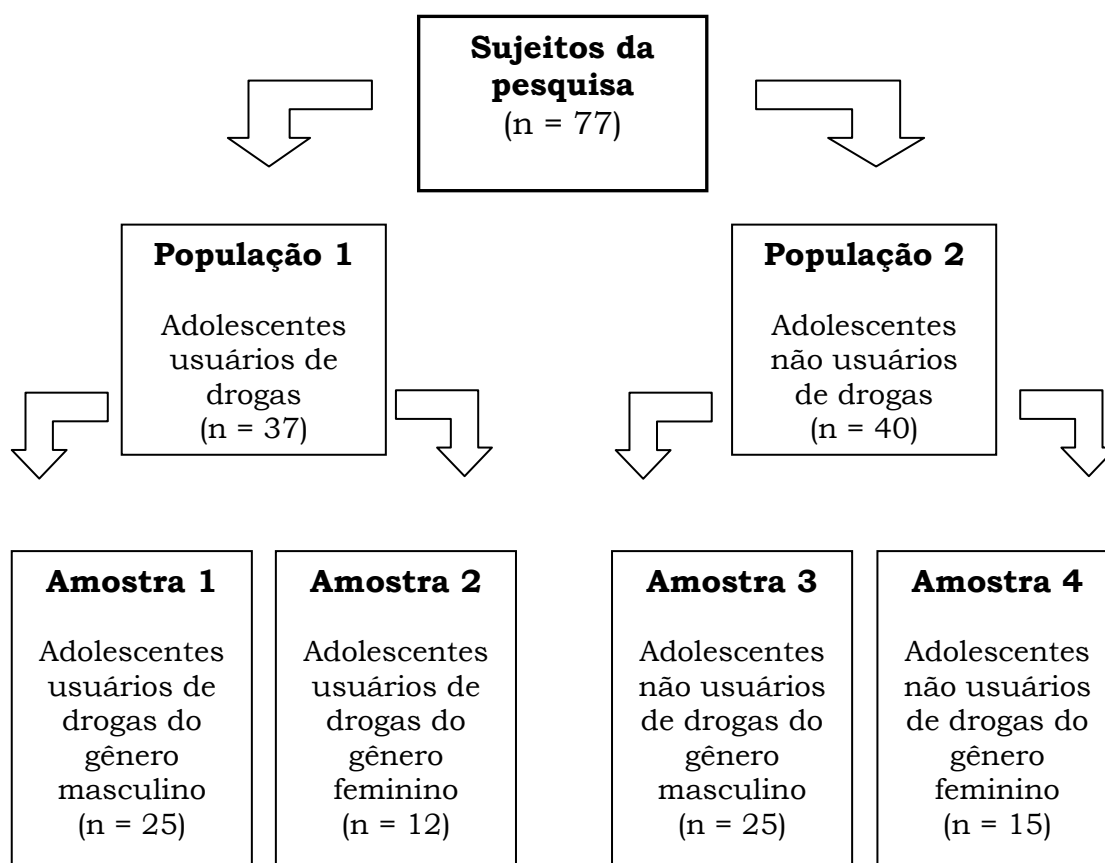
#### **5.2.1. Populações**

Este trabalho de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e aprovada em 07 de Outubro de 2003 (Protocolo de Pesquisa nº. 636/03 (Anexo A).

Foram encaminhados, para este estudo, adolescentes diagnosticados com abuso ou dependência de álcool e/ou drogas segundo o DSM -IV (APA, 1994) e adolescentes não usuários de drogas, entre Janeiro de 2004 e Julho de 2006.

Assim, foram consideradas 2 (duas) populações: adolescentes usuários de drogas e adolescentes não usuários de drogas em 4 (quatro) amostras (uso de droga X gênero), de acordo com a definição de população e amostra proposta por Morettin et al. (1981) e Vieira e Hoffmann (1995). O esquema dos sujeitos da pesquisa encontra-se na figura 03.

**Figura 03** – Esquema dos sujeitos da pesquisa: subdivisão em populações e amostras



### 5.2.1.1 População de usuários

A população de adolescentes usuários de drogas foi obtida no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEPIA – IPq/HC/FMUSP).

Após a primeira consulta médica do adolescente no hospital, o psiquiatra responsável pelo caso o encaminhou para a aplicação dos protocolos, que tinham por objetivo verificar o enquadramento do sujeito dentro dos critérios de inclusão na pesquisa.

Foram sujeitos desta população 37 (trinta e sete) adolescentes usuários de drogas, sendo 25 (vinte e cinco) adolescentes do sexo masculino e 12 (doze) adolescentes do sexo feminino.

Os critérios para a inclusão foram:

- 1- Idade entre 11 (onze) e 17 (dezesete) anos e 11 (onze) meses;
- 2- Diagnóstico realizado por médico de abuso ou dependência de álcool e/ou drogas segundo o DSM – IV (APA, 1994);
- 3- Estar sendo atendido no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em São Paulo;
- 4- Ser residente na Grande São Paulo, com endereço fixo ou telefone para contato, não necessariamente residencial;
- 5- A anuência do responsável pelo adolescente com a avaliação proposta neste estudo, comprovada pela assinatura do termo de consentimento pós-informação (HC-FMUSP), após esclarecimento sobre a pesquisa.
- 6- Ausência de qualquer patologia clínica ou psiquiátrica (comprometimento orgânico ou psiquiátrico moderado ou grave) que necessitasse de internação em hospital geral ou psiquiátrico para tratamento ou investigação diagnóstica (dado fornecido pelo médico responsável pelo caso e/ou coletado em prontuário);
- 7- A não inclusão do adolescente em qualquer instituição, no momento da avaliação, por motivo de autoria de atividade ilegal ou por ausência de responsável por sua guarda (por exemplo, o cumprimento de sentença judicial de internação na FEBEM).

### **5.2.1.2 População de não usuários**

A população de não usuários foi obtida da Escola Municipal de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo, Escola Professor Olavo Pezzotti. A coordenadora da Escola autorizou o pesquisador a contatar os responsáveis legais pelos escolares que, a priori, poderiam participar deste grupo.

Os alunos cujas idades pareciam-se às dos adolescentes da população de usuários foram informados sobre a pesquisa e convidados a contatarem os seus pais. Para essa finalidade, uma carta informativa sobre o estudo foi enviada junto ao termo de consentimento (Anexo B) e à anamnese clínica (Anexo C). Os protocolos para o processo de inclusão do sujeito na pesquisa foram aplicados apenas nos alunos que apresentaram a autorização dos pais e a anamnese.

Foram sujeitos desta população 40 (quarenta) adolescentes não usuários de drogas, sendo 25 (vinte e cinco) adolescentes do sexo masculino e 15 (quinze) adolescentes do sexo feminino, pareados por idade aos da população de usuários.

Os critérios para a inclusão foram:

1. Idade entre 11 (onze) e 17 (dezessete) anos e 11 (onze) meses;
2. Não ser usuário de drogas e/ou medicamentos tais como benzodiazepínicos ou neurolépticos, de acordo com dados obtidos por entrevista;
3. Estar matriculado regularmente em escola;
4. Ser residente na Grande São Paulo, tendo endereço fixo ou telefone para contato;
5. A anuência do responsável pelo adolescente com a avaliação proposta neste estudo, comprovada pela assinatura do termo de consentimento de responsabilidade pelo aluno, após esclarecimento sobre a pesquisa (HCFMUSP);

6. A obtenção de pontuação máxima de 2 (dois) pontos dos 6 (seis) contidos no questionário que estima dependência química (National Household Surveys on Drug Abuse (SAMHSA, 1996; SAMHSA, 1999).
7. Ausência de qualquer patologia clínica ou psiquiátrica (comprometimento orgânico ou psiquiátrico moderado ou grave) que necessitasse de internação em hospital geral ou psiquiátrico para tratamento ou investigação diagnóstica, inclusive no passado.

### **5.3 MATERIAL E PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS**

#### **5.3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Termo padrão do Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP-SP, está contido no Anexo B, lido e assinado pelos pais e/ou responsáveis legais por todos os sujeitos da pesquisa.

#### **5.3.2 Anamnese Clínica**

Extraída e modificada da Anamnese padrão do SEPIA-IPq-HC-FMUSP (Anexo C), coleta a história objetiva e subjetiva do adolescente com: queixas presentes; antecedentes pessoais de doença orgânica ou déficits crônicos; eventuais condições que pudessem determinar a exclusão do adolescente desta pesquisa como, por exemplo, antecedentes de uso de drogas pela população de não usuários.

#### **5.3.3 Escala de Avaliação do Nível Sócio-Econômico Familiar**

Este material, elaborado pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME - Almeida e Wickerhauser, 1991), foi aplicado para todos os sujeitos (anexo D).

As questões levantadas na avaliação do nível sócio-econômico familiar foram diretamente formuladas, uma a uma, para todos os sujeitos da pesquisa (população de usuários e de não usuários) e as respostas, imediatamente transcritas no próprio protocolo (um para cada sujeito). Este questionário coletou informações sobre: o grau de instrução do chefe da família; presença ou ausência de eletrodomésticos (aparelho de vídeo cassete, máquina de lavar roupa, geladeira e aspirador de pó), quantidade de outros bens (carros, aparelhos de televisão a cores, banheiros, rádios) e número de prestadores de serviços (empregados mensalistas).

De acordo com os autores desta escala, as questões foram pontuadas para totalizar um escore que diferencie os vários níveis sócio-econômico-familiares em: A ( $\geq$  a 89), B (59 a 88), C (35 a 58), D (20 a 34) e E ( $\leq$  a 19).

#### **5.3.4 Protocolo para a coleta de dados sócio-demográficos relativos ao uso de drogas**

Extraído e modificado do protocolo do Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo E), foi aplicado para todos os sujeitos.

Este protocolo possibilitou uma melhor caracterização das amostras e a verificação de critérios de inclusão do sujeito na pesquisa. Para cada possibilidade de resposta foi atribuído um número, o que possibilitou que tais informações fossem digitadas em um banco de dados (Excel). Todas as perguntas foram feitas uma a uma e as respostas anotadas imediatamente no próprio protocolo (uma folha para cada sujeito).

### 5.3.5 Questionário para descartar a dependência química para sujeitos não usuários

A confirmação do diagnóstico de uso de substâncias psicoativas, da população de usuários, foi dada por médico psiquiatra; todos os adolescentes tiveram seus diagnósticos confirmados pela médica chefe do grupo (com certificado de atuação em Psiquiatria da Infância e Adolescência, concedido pela Associação Brasileira de Psiquiatria).

Para assegurar que os adolescentes da população de não usuários não fossem dependentes ou abusadores de drogas, aplicou-se um questionário elaborado pelo National Household Surveys on Drug Abuse (SAMHSA, 1996; SAMHSA, 1999) cuja versão em português do Brasil foi realizada por Carlini et al. (2002).

Foram obtidas informações sobre experimentação e uso de álcool e drogas. Caso o sujeito obtivesse pontuação igual ou superior a 3 (três) respostas positivas (sim) das 6 (seis) contidas em tal instrumento, seria excluído da amostra. O quadro 04 descreve as informações levantadas.

**Quadro 04** – Questionário adaptado para descartar a dependência química nos adolescentes da população de não usuários (Carlini et al., 2002)

<b>Informação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Você gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usá-las ou para se recuperar dos seus efeitos?		
2. Você usou drogas em quantidades maiores ou com frequência maior do que pretendia?		
3. Você precisa de quantidades de drogas maiores do que antes para conseguir os mesmos efeitos?		
4. Você executa tarefas que o sujeitam a risco de danos físicos sob o efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo, pilotar, usar máquinas, dirigir, nadar, etc.?)		
5. Você apresenta problemas pessoais por causa das drogas (tais como: com familiares, com amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos)?		
6. Você deseja diminuir ou suspender o uso de determinada droga?		



## **5.4 MATERIAL E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA**

### **5.4.1 Discurso oral livre**

Foi utilizado o discurso oral livre para a análise da memória autobiográfica porque estudos apontam que esta é a forma mais eficaz de acesso às lembranças pessoais (Thorne, 2000; Pasupathi, 2001; Thorne et al., 2004).

O discurso foi obtido por meio da solicitação da recordação de qualquer evento ocorrido na infância. Para tal, fez-se uma única pergunta aberta: “*Conte-me uma história que tenha acontecido com você em sua infância*”. Não houve qualquer interferência do avaliador nas produções orais, tampouco naquelas com pequena extensão.

Os discursos foram gravados e transcritos literalmente em português *standard* falado no Brasil e, para a análise dos mesmos, foram utilizados dois modelos, o de Peterson e McCabe (1983) e o de Brown et al. (1986), com o intuito de traçar um perfil da memória autobiográfica.

De acordo com o modelo de Peterson e McCabe (1983), o discurso autobiográfico consiste na análise dos elementos da estrutura episódica. Isto porque, para as autoras, assim como para Tulvig (2002), uma memória autobiográfica traz, em sua verbalização, informações sobre experiências pessoais que ocorreram em um tempo e lugar específicos, constituindo-se, assim, num episódio que pode ser mais ou menos detalhado.

Segundo as autoras, este discurso pode ser definido como um método de recapitulação de experiências passadas que compara uma seqüência verbal de proposições com a seqüência de eventos que de fato ocorreu. Assim, uma recordação poderia ser analisada por tais

elementos, os quais organizariam a lembrança de forma lógica e cronológica.

Tais elementos são: **Cenário** – trata da caracterização física e/ou psíquica inicial dos personagens e do ambiente, com dados de localização espaço-temporal; **Complicação** – trata do(s) evento(s) que o agente procura resolver (o problema) e que equivale à ação e ao principal motivo que o levou a recordar do evento narrado; **Resposta Interna** – mobilização do personagem a partir de uma mudança interna, (d)os sentimentos envolvidos com a apresentação da complicação e (d)a impressão pessoal do problema; **Tentativa** – ação produzida pela resposta interna, ou seja, a ação que é direcionada ao problema alvo, com o intuito de resolvê-lo; **Conseqüência** – resposta à tentativa, podendo ser o sucesso ou o fracasso dos objetivos; **Reação** – o elemento que mostra o final da estória, podendo ser visto como a moral do relato, além dos sentimentos envolvidos com o desfecho da recordação.

A pontuação referente ao discurso podia variar de 0 (zero) a 6 (seis) pontos, pois a cada elemento presente era atribuído 1 (um) ponto.

Para a análise, de acordo com o modelo de Brown et al. (1986), levou-se em conta a interpretação do conteúdo ou tema dos eventos que, segundo os autores, podem ser divididos em três classes: **Pessoal**, que se relaciona à vida privada do sujeito, seu meio familiar (ex. nascimento, escola, iniciação musical, evasão, reconstrução, casamento, reunião familiar, premiação, edilidade, viagem, retorno, filiação, acidente, doença, afastamento, falecimento); **Público**, relacionado a acontecimentos sociais (ex. greve, descarrilamento, explosão, geadas, revolução, guerra, eleição); e **Ocupacional**, relacionado a um conceito intermediário entre o público e o privado (ex. ocupação, mudança, exército, compra, venda, promoção, remoção, transferência, demissão, aposentadoria).

A pontuação referente aos temas podia variar de 0 (zero) a 3 (três), pois a cada tema presente era atribuído 1 (um) ponto.

Abaixo, está descrito um discurso, as análises de acordo com Peterson e McCabe (1983) e Brown et al. (1986) e as pontuações (quadro 05).

*“Ah... quandu eu era piquenu, tinha uns trezi anu di idade, aí eu eu i meu primu fumava cigarru né aí nu meu quartu finginu qui tava brincanu di carrinhu aí a fumaça nós jogava pela janela né, aí uma veiz meu vô uma veiz eu t fu fui atrás da casa né, eu i meu primu fomu fumá cigarru aí eu vi a sombra du meu vô vinu i aí eu ia falá pu meu primu só qui num deu tempu, aí meu vô pegô i falô “bunitu viciu né?” aí meu vô deu uma bica na minha bunda i na deli i vuô uns cincü métru di altura (risos) aí nós fomu imhora i fomu lá pra rua aí depois vim pidi desculpa pu meu vô porque u meu a mãe du meu primu é muito amiga da minha vô, melhor amiga né, elas anda juntü i tudu, vai passiá, aí eu falei pá minha vô num contá pá mãe deli não, pá num dá pobrema aí, foi issu aí, depois, agora sim minha família sabi tudu qui eu fumu”.*

**Quadro 05** – Análise e pontuação do discurso, segundo Peterson e McCabe (1983) e Brown et al. (1986)

Peterson e McCabe (1983)	Descrição	Pontuação obtida
Cenário	Sujeito de treze anos de idade, primo, quarto.	1
Complicação	Fumar escondido.	1
Resposta Interna	Fingir estar brincando para que não suspeitem.	1
Tentativa	Jogar a fumaça pela janela para disfarçar ou fumar atrás da casa.	1
Conseqüência	Avô descobre e bate nos garotos. O sujeito pede desculpas pelo ocorrido e solicita à avó para que esconda o fato da mãe do primo.	1
Reação	Hoje não é mais necessário fumar escondido. Todos em sua família sabem.	1
<b>Total</b>		<b>6</b>
Brown et al (1986)		
Pessoal	Evento ocorrido no lar do narrador, com sua família	1
Público	-	0
Ocupacional	-	0
<b>Total</b>		<b>1</b>

Em anexo estão descritos outros discursos e suas respectivas análises (Anexo F).

Todos os discursos, de ambos os grupos, foram gravados em mini-disc (modelo SHARP – MD-DR 480H(BI) com microfone acoplado) para posterior transcrição e análise.

#### **5.4.1.1 Avaliação do discurso oral livre por juízes**

Utilizando os modelos teóricos já descritos, o pesquisador analisou todos os discursos dos sujeitos da pesquisa.

Para garantir a fidedignidade desta análise, foram selecionados dois juizes fonoaudiólogos que não tiveram contato prévio com os textos. Estes, após lerem a literatura pertinente e serem treinados, avaliaram 3 (três) discursos de usuários do gênero masculino, 3 (três) discursos de não usuários do gênero masculino, 2 (dois) discursos de usuários do gênero feminino e 2 (dois) discursos de não usuários do gênero feminino, segundo os procedimentos propostos por Haddad (2004), que considera uma tabela de números aleatórios, método alternativo ao sorteio. Nesta tabela, os números poderiam ser selecionados na seqüência em que aparecem seguindo-se a linha vertical ou horizontal. Foram incluídos os números que se apresentavam dentro da amostra, ou seja, de 1 (um) a 50 (cinquenta). Quando o número selecionado era superior a 50 (cinquenta), passava-se ao número seguinte da linha. Cada um dos dois juizes recebeu os mesmos discursos para serem analisados (Anexo G).

Para esta pesquisa, a amostra de sujeitos (10% da amostra de cada grupo) foi selecionada da seqüência de números aleatórios, dispostos horizontalmente na tabela. Os números selecionados foram: 03 (três), 16 (dezesesseis), 11 (onze), 08 (oito) e 12 (doze) para a população de não usuários e 42 (quarenta e dois), 32 (trinta e dois), 37 (trinta e sete), 01 (um) e 06 (seis) para a população de usuários.

Os discursos dos sujeitos correspondentes aos números obtidos foram entregues aos juizes, já transcritos, e os procedimentos de

avaliação foram realizados individualmente. Após a análise da amostra selecionada, foi aplicado o teste Kappa para verificação da concordância entre os juizes, que mostrou não ter ocorrido diferença entre as análises do pesquisador e dos dois juizes (Teste Kappa – Anexo H).

#### **5.4.2 Questionário de Memória Semântica com características autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)**

Aplicou-se um questionário, proposto por Kihlstrom e Schacter (1995), que avalia a memória semântica com características autobiográficas. Este instrumento contém 22 (vinte e duas) questões e todas elas deveriam ser respondidas levando-se em conta o período em que cada sujeito tinha 12 (doze) anos de idade.

O objetivo deste questionário é coletar informações sobre a lembrança de situações específicas relacionadas ao lar, à escola, às férias e aos hábitos do sujeito. O autor considera que as lembranças são semânticas, porém, com características autobiográficas, porque o sujeito demonstra seu conhecimento de mundo, compartilhado socialmente e atribui significados e conceitos às solicitações, relacionando estas lembranças com sua vida pessoal.

Foram consideradas as recordações ocorridas aos 12 (doze) anos porque, segundo os autores, é por volta desta idade que tem início o período das operações formais, ou seja, o indivíduo consegue abstrair, pensando em todas as relações possíveis e buscando soluções a partir de hipóteses e não apenas da observação da realidade, da representação imediata e das relações previamente existentes.

Para a aplicação do questionário de memória autobiográfica semântica, foi dada a seguinte ordem: *“Eu vou perguntar a você uma série de questões relativas às suas memórias pessoais, mas não se preocupe se você não souber responder algumas delas. Cada questão refere-se ao período de tempo em que você tinha 12 (doze) anos”*. Logo em

seguida, as questões foram apresentadas uma a uma e as respostas gravadas para posterior análise.

A atribuição de pontos obedeceu ao seguinte critério: 2 (dois) pontos para a questão recordada, 1 (um) ponto para a questão não recordada e 0 (zero) ponto quando a questão não se aplicava.

*Seguem, abaixo, as questões:*

- 1. Você lembra do nome de sua escola primária? Se sim: qual era o nome dela?*
- 2. Você lembra do nome de seu melhor amigo na escola primária? Se sim: qual era o nome dele(a)?*
- 3. Você lembra do nome da rua onde você morou quando tinha 12 anos? Se sim: como se chamava esta rua?*
- 4. Você lembra do número da sua casa? Se sim: qual era o número?*
- 5. Que carro você e sua família possuíam quando você tinha 12 anos? Se sim: qual o tipo de carro eles usavam?*
- 6. Você ainda sabe o nome de seu professor da 6ª série? Se sim, qual era o nome dele(a)?*
- 7. Você lembra dos sobrenomes dos vizinhos de sua família? Se sim: quais eram os seus sobrenomes?*
- 8. Você lembra de sua matéria preferida na 6ª série? Se sim, qual era a sua matéria preferida?*
- 9. Você lembra do lugar onde você foi passar as férias quando tinha 12 anos? Se sim, qual era o nome dele?*
- 10. Você sabe a cor da parede de seu quarto quando você tinha 12 anos? Se sim, qual era a sua cor?*
- 11. Você lembra da cor de sua bicicleta quando você tinha 12 anos? Se sim, qual era a sua cor?*
- 12. Você lembra do nome do seu programa de televisão favorito ou novela quando você tinha 12 anos? Se sim, qual era?*
- 13. Você sabe qual peça de roupa você preferia usar quando tinha 12 anos? Se sim, qual era?*
- 14. Você lembra de sua música favorita quando tinha 12 anos? Se sim, qual era o nome desta canção?*

15. *Você sabe o nome do menino(a) com quem você mais brigava quando tinha 12 anos? Se sim, qual era o seu nome?*
16. *Você lembra do jogo que você mais gostava quando tinha 12 anos? Se sim, qual era o nome deste jogo?*
17. *Você lembra qual matéria da escola você sentia mais dificuldade na 6ª série? Se sim, que matéria era?*
18. *Você lembra como você estava vestido no Carnaval quando você tinha 12 anos? Se sim, como?*
19. *Você lembra do local onde você e sua classe foi passear quando você estava na 6ª série? Se sim, onde foi?*
20. *Você lembra quanto dinheiro você gastava por semana quando tinha 12 anos? Se sim, quanto dinheiro você gastava?*
21. *Você lembra da cor da cozinha de sua casa quando tinha 12 anos? Se sim, qual era a cor?*
22. *Você sabe o nome da sua banda de música favorita quando você tinha 12 anos? Se sim, qual era o nome desta banda?*

#### **5.4.3 Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al., 1989)**

Foi utilizado o questionário que avalia a memória autobiográfica proposto por Borrini et al. (1989), constituído de 7 (sete) perguntas abertas.

Informou-se aos sujeitos de que as lembranças não se limitariam a uma idade particular, mas a um período de tempo que não poderia exceder, no entanto, os 15 (quinze) anos de idade. Portanto, os adolescentes que tivessem menos de 15 (quinze) anos poderiam se recordar de eventos localizados em qualquer período de suas vidas e os que tivessem 15 (quinze) anos ou mais não poderiam citar os eventos ocorridos após esta idade.

O objetivo implicado neste modelo é o de coletar informações relacionadas a acontecimentos vividos pelo sujeito em diferentes contextos. Desta forma, as questões referem-se a fatos e eventos, felizes

ou infelizes marcantes (doenças e morte), acontecidos com ele ou com alguém de sua família.

Os autores consideraram três períodos distintos para a avaliação da memória autobiográfica: da infância até os 15 (quinze) anos; dos 16 (dezesesseis) aos 40 (quarenta) anos e a partir dos 41 (quarenta e um) anos. Foi considerada, para esta pesquisa, a primeira faixa de idade (da infância até os 15 anos), porque o estudo foi realizado com adolescentes. Deve-se considerar que, por volta desta idade, o adolescente já dispõe de estruturas intelectuais para combinar proporções, de noções probabilísticas e raciocínio hipotético e dedutivo complexo e abstrato.

Para a aplicação deste questionário, foi dada a ordem: *“Eu vou lhe perguntar sobre alguns eventos que ocorreram com você. Você deve falar sobre fatos ocorridos quando você tinha menos que 15 anos de idade”*.

Logo em seguida, as questões foram apresentadas, uma a uma, e as respostas gravadas para posterior análise. A atribuição de pontos obedeceu ao seguinte critério: 2 (dois) pontos para a questão recordada, 1 (um) ponto para a questão não recordada e 0 (zero) ponto quando a questão não se aplicava.

Seguem as questões:

1. *Você lembra de algo que tenha acontecido a você na escola?*
2. *Você recorda da casa em que morou quando era criança? Fale-me sobre algum evento que esteja relacionado a esta casa.*
3. *Você lembra algum acidente ou de algo incomum ou estranho que tenha ocorrido a você ou a alguém de sua família antes de você completar 15 anos?*
4. *Você lembra algo feliz ou infeliz que tenha ocorrido a você ou a alguém de sua família antes de você completar 15 anos?*
5. *Você lembra algo sobre qualquer doença que você ou alguém de sua família tenha tido até antes de você completar 15 anos?*



6. *Você lembra quando você viu pela primeira vez alguém sendo levado para um hospital ou uma pessoa morta?*
7. *Você lembra algo que tenha ocorrido a você que esteja ligado com jogos dos quais você costumava participar quando criança?*

## **5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Este estudo utilizou Kappa para a concordância entre juizes e, para averiguar as diferentes interações, Qui Quadrado, Anova e T-test. O nível de significância dos testes foi de 5%.

## **5.6 CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS**

Os pais de 60 (sessenta) adolescentes não usuários foram contatados por meio de carta informativa sobre a pesquisa, termo de consentimento e anamnese clínica. Destes, 42 (quarenta e dois) devolveram e autorizaram a participação do filho(a) no estudo (70%). No entanto, 2 (dois) adolescentes (do gênero masculino) foram excluídos, pois haviam feito uso de maconha nos últimos 30 (trinta) dias.

Do grupo de usuários, foram selecionados 39 (trinta e nove) sujeitos, dos quais, 2 (dois) foram excluídos (um com diagnóstico de esquizofrenia e outro com diagnóstico de deficiência mental).

A média de idade dos adolescentes usuários foi de 15,35 anos (DP=0,89) e a dos não usuários foi 14,83 anos (DP=0,96), sem diferença significativa entre as populações ( $p=0,082$ ).

Não foi encontrada diferença significativa entre os níveis sócio-econômico-familiares das famílias dos sujeitos ( $p=0,073$ ). Na população de usuários, 1 (um) pertencia à classe A (3%), 9 (nove) pertenciam à classe B (24%), 22 (vinte e dois) à classe C (59%) e 5 (cinco) à classe D

(14%). Na população de não usuários, 15 (quinze) pertenciam à classe B (38%), 22 (vinte e dois) à classe C (54%) e 3 (três) à classe D (8%).

Com relação ao grau de instrução, 18 (dezoito) sujeitos da população de usuários cursaram ou estavam cursando a 7ª ou a 8ª série do ensino fundamental (48,6%) e 11 (onze), o primeiro ano do ensino médio (29,7%). Na população de não usuários, 25 (vinte e cinco) cursaram ou estavam cursando a 7ª ou a 8ª série do ensino fundamental (62,5%) e 7 (sete), o primeiro ano do ensino médio (17,5%).

Na tabela 02, observa-se que a primeira substância consumida foi o álcool para ambos os gêneros.

**Tabela 02** – Primeira droga consumida nas amostras de usuários

	Amostra				Total	
	Meninas usuárias		Meninos usuários		N	%
	N	%	N	%		
Álcool	8	66,7%	17	68,0%	25	67,6%
Maconha	1	8,3%	4	16,0%	5	13,5%
Tabaco	3	25,0%	4	16,0%	7	18,9%
Total	12	100,0%	25	100,0%	37	100,0%

Como mostra a tabela 03, a principal substância consumida no último ano foi a maconha, tanto por meninos quanto por meninas.

**Tabela 03** – Principal droga consumida no último ano nas amostras de usuários

	Amostra				Total	
	Meninas usuárias		Meninos usuários		N	%
	N	%	N	%		
Abstinente	1	8,3%	1	4,0%	2	5,4%
Álcool	1	8,3%	3	12,0%	4	10,8%
Álcool + Maconha	1	8,3%	1	4,0%	2	5,4%
Maconha	7	58,3%	16	64,0%	23	62,2%
Cocaína inalada	1	8,3%	3	12,0%	4	10,8%
Cocaína inalada + Crack	1	8,3%	0	0%	1	2,7%
Inalantes	0	0%	1	4,0%	1	2,7%
Total	12	100,0%	25	100,0%	37	100,0%

A tabela 04, na página seguinte, descreve informações sobre a experimentação de drogas e o padrão de uso das amostras de usuários e aponta que, apesar de 2 (dois) adolescentes (5,4%) estarem abstinentes desde a entrada no ambulatório, as drogas consumidas pelos demais, em ordem decrescente, foi: maconha (n=23); álcool (n=4); cocaína inalada (n=4); álcool + maconha (n=2); cocaína inalada + crack (n=1) e inalantes (n=1).

**Tabela 04** – Experimentação de drogas e padrão de uso nas amostras de usuários

		Gênero				Teste t	
		Feminino		Masculino		(p)	Resultado
		Média	D.P.	Média	D.P.		
<b>Tabaco</b>	Idade exp.	10,36	2,58	12,17	1,59	<b>0,017*</b>	<b>F &lt; M</b>
	Idade uso regular	12,40	1,35	13,23	1,51	0,149	F = M
	Idade problemas	14,40	0,89	14,00	0,89	0,479	F = M
	Padrão uso/ano	11,78	0,67	12,00	0,00	0,139	F = M
	Padrão uso/mês	26,40	7,59	25,40	8,52	0,756	F = M
<b>Álcool</b>	Idade exp.	12,45	2,81	11,36	2,72	0,290	F = M
	Idade uso regular	13,50	2,52	13,78	1,72	0,819	F = M
	Idade problemas	14,33	1,53	14,14	1,07	0,824	F = M
	Padrão uso/ano	9,78	3,38	10,27	2,71	0,700	F = M
	Padrão uso/mês	8,25	9,25	3,42	4,27	0,130	F = M
<b>Maconha</b>	Idade exp.	12,83	1,27	12,91	1,76	0,890	F = M
	Idade uso regular	13,25	1,29	13,09	1,80	0,789	F = M
	Idade problemas	14,50	0,58	14,86	1,07	0,557	F = M
	Padrão uso/ano	12,00	0,00	9,21	3,51	<b>0,026*</b>	<b>F &gt; M</b>
	Padrão uso/mês	13,57	11,65	12,92	9,27	0,894	F = M
<b>Cocaína inalada</b>	Idade exp.	14,33	1,03	14,11	1,45	0,752	F = M
	Idade uso regular	14,00	0,82	13,50	1,64	0,593	F = M
	Idade problemas	14,00	0,00	14,20	1,10	0,817	F = M
	Padrão uso/ano	8,50	4,12	8,40	3,29	0,969	F = M
	Padrão uso/mês	10,00	8,49	14,00	2,83	0,592	F = M
<b>Cocaína fumada (crack)</b>	Idade exp.	16,00	--	13,00	1,41		
	Idade uso regular	16,00	--	12,50	2,12		
	Idade problemas	16,00	--	13,00	--		
	Padrão uso/ano	12,00	--	10,00	--		
	Padrão uso/mês	2,00	--	--	--		
<b>Benzodiazepínicos / Barbitúricos</b>	Idade exp.	--	--	11,00	--		
	Idade uso regular	--	--	11,00	--		
	Idade problemas	--	--	13,00	--		
	Padrão uso/ano	--	--	7,00	--		
	Padrão uso/mês	--	--	--	--		
<b>Inalantes</b>	Idade exp.	15,00	0,00	14,50	2,12		
	Idade uso regular	--	--	13,00	--		
	Idade problemas	15,00	--	16,00	--		
	Padrão uso/ano	5,00	5,66	2,50	2,12		
	Padrão uso/mês	1,00	--	2,00	--		
<b>Alucinógenos</b>	Idade exp.	--	--	10,33	6,35		
	Idade uso regular	--	--	--	--		
	Idade problemas	--	--	--	--		
	Padrão uso/ano	--	--	1,00	--		
	Padrão uso/mês	--	--	--	--		

**Legenda:**

Idade exp. = Idade de experimentação  
 Idade uso regular = Idade de início do uso regular  
 Idade problemas = Idade de início dos problemas

Padrão uso/ano = padrão de uso no último ano (em meses)  
 Padrão uso/mês = padrão de uso no último mês (em dias)

Do total de meninos usuários (n=25), 8 (oito) tinham alguma comorbidade psiquiátrica (32%): 5 (cinco) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (20%), 2 (dois) com Depressão (8%) e 1 (um) com Transtorno de Conduta (4%). Na população de meninas usuárias (n=12), 5 (cinco) apresentavam alguma comorbidade (41,6%): 1 (uma) com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (8%) e 4 (quatro) com Depressão (33%). Dentre a população de usuários, 1 (um) menino (4%) e 4 (quatro) meninas (33%) haviam tentado o suicídio.

## **6. *RESULTADOS***

## 6. RESULTADOS

Apresentam-se, neste capítulo, os resultados obtidos nos diversos instrumentos utilizados para a análise dos questionários e do discurso oral livre das populações e amostras.

De acordo com o *questionário de memória semântica com características autobiográficas* (Kihlstrom e Schacter, 1995), a seguir, são descritos os resultados das comparações entre as amostras.

Não houve diferença para nenhuma das 22 (vinte e duas) questões, comparadas uma a uma entre cada amostra (Teste de Qui-quadrado ( $p=1,000$ )).

Na tabela 05, são descritos os resultados obtidos da análise total de cada amostra.

**Tabela 05** – Lembrança e não lembrança no Questionário de Memória Semântica com Características Autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)

Item	Amostras							
	Meninos usuários		Meninos não usuários		Meninas usuárias		Meninas não usuárias	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não lembrança	101	19,9%	66	12,8%	11	4,4%	24	7,5%
Lembrança	406	80,1%	449	87,2%	240	95,6%	294	92,5%
Total	507	100,0%	515	100,0%	251	100,0%	318	100,0%

As análises intra-amostras e intra-populações mostraram que: **meninos usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninos não usuários**; **meninos usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninas usuárias**; **meninos não usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninas não usuárias**; e, de maneira geral, os **usuários** (meninos e meninas) tiveram menor incidência de lembranças do que os **não usuários** (meninos e meninas). A tabela 06 descreve cada comparação.

**Tabela 06** – Comparação intra-amostras e intra-populações para o Questionário de Memória Semântica com Características Autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)

Comparações		Resultados	Valor de p
Gênero masculino	Usuários Não usuários	↓ ↑	<b>p= 0,0057*</b>
Gênero feminino	Usuárias Não usuárias	= =	p=1,000
Usuários	Meninos Meninas	↓ ↑	<b>p&lt;0,001*</b>
Não usuários	Meninos Meninas	↓ ↑	<b>p=0,0235*</b>
Total	Usuários + Usuárias Não usuários + Não usuárias	↓ ↑	<b>p=0,042*</b>

**Legenda**

↓ = > menor incidência de lembranças

↑ = > maior incidência de lembranças

= => igual incidência de lembranças

De acordo com o *questionário de memória autobiográfica* (Borrini et al, 1989), a análise das 7 (sete) questões, comparadas uma a uma, entre as amostras de **meninos usuários** e **meninos não usuários**, mostrou diferença para uma delas. Os **usuários** apresentaram significativamente menos lembrança na questão número 2 (dois), referente aos eventos relacionados à casa do sujeito, quando criança (p=0,041). Para a mesma questão, os **meninos usuários** também apresentaram significativamente menos lembrança (p=0,018) do que **meninas usuárias**.



Na tabela 07, são descritos os resultados obtidos da análise total de cada amostra.

**Tabela 07** – Lembrança e não lembrança no Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al, 1989)

Item	Amostras							
	Meninos usuários		Meninos não usuários		Meninas usuárias		Meninas não usuárias	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não lembrança	37	21,1%	20	11,4%	3	2,9%	4	4,8%
Lembrança	138	78,9%	155	88,6%	102	97,1%	80	95,2%
Total	175	100,0%	175	100,0%	105	100,0%	84	100,0%

As análises intra-amostras e intra-populações indicaram que: **meninos usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninos não usuários**; **meninos usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninas usuárias**; **meninos não usuários** tiveram menor incidência de lembranças do que **meninas não usuárias**; porém, de maneira geral, não houve diferença entre **usuários** (meninos e meninas) e **não usuários** (meninos e meninas). A tabela 08 descreve cada comparação.

**Tabela 08** – Comparação intra-amostras e intra-populações para o Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al, 1989)

Comparações	Resultados	Valor de P
Gênero masculino Usuários Não usuários	↓ ↑	<b>p= 0,0205*</b>
Gênero feminino Usuárias Não usuárias	= =	p=1,000
Usuários Meninos Meninas	↓ ↑	<b>p&lt;0,001*</b>
Não usuários Meninos Meninas	↓ ↑	<b>p= 0,0212*</b>
Total Usuários + Usuárias Não usuários + Não usuárias	= =	<b>p=0,0305*</b>

**Legenda**

↓ = > menor incidência de lembranças  
 ↑ = > maior incidência de lembranças  
 = => igual incidência de lembranças

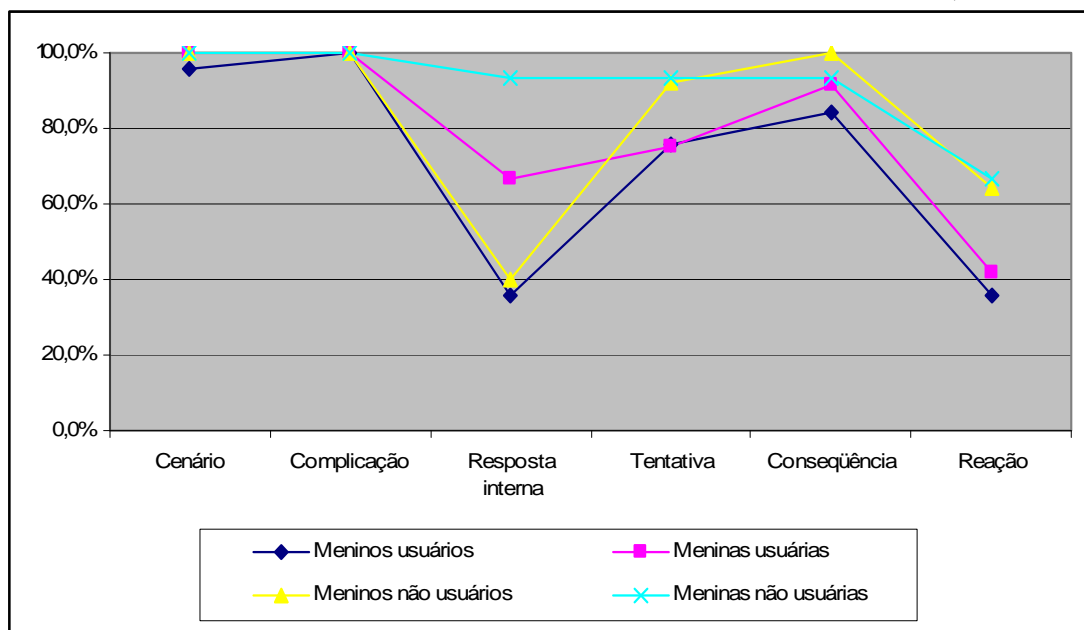
Em relação à análise do discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983), a tabela 09 descreve as pontuações do discurso de cada amostra em relação a cada elemento lingüístico.

**Tabela 09 - Discurso oral livre (Peterson e McCabe,1983)**

Elemento		Amostra							
		Meninos usuários		Meninos não usuários		Meninas usuárias		Meninas não usuárias	
Item	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Cenário</b>	Ausente	1	4,0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Presente	24	96,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Complicação</b>	Ausente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Presente	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Resposta Interna</b>	Ausente	21	84,0%	15	60,0%	4	33,3%	1	6,7%
	Presente	4	36,0%	10	40,0%	8	66,7%	14	93,3%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Tentativa</b>	Ausente	11	24,0%	2	8,0%	3	25,0%	1	6,7%
	Presente	14	76,0%	23	92,0%	9	75,0%	14	93,3%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Conseqüência</b>	Ausente	6	16,0%	0	0%	1	8,3%	1	6,7%
	Presente	19	84,0%	25	100,0%	11	91,7%	14	93,3%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Reação</b>	Ausente	18	64,0%	9	36,0%	7	58,3%	5	33,3%
	Presente	7	36,0%	16	64,0%	5	41,7%	10	66,7%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%

A figura 04 ilustra o percentual dos elementos encontrados no discurso oral das amostras.

**Figura 04 - Discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983)**



Da tabela 10, que compara as estruturas do discurso oral livre das 4 (quatro) amostras, deduz-se que: os **usuários** (meninos e meninas) tiveram menor incidência dos itens resposta interna, tentativa e conseqüência do que os **não usuários** (meninos e meninas); os **usuários do gênero masculino** tiveram menor incidência dos itens tentativa, conseqüência e reação do que os **não usuários** do mesmo gênero; as **meninas usuárias** tiveram menor incidência do item reação do que as **não usuárias**; os **meninos usuários** tiveram menor incidência dos itens resposta interna e reação do que as **meninas usuárias** e os **meninos não usuários** tiveram menor incidência do item resposta interna do que as **meninas não usuárias**.

**Tabela 10** - Comparação entre as 4 (quatro) amostras de discurso oral livre (Peterson e McCabe, 1983)

Comparação		Cenário	Complicação	Resposta Interna	Tentativa	Conseqüência	Reação
<b>Gênero masculino</b>	Usuários	=	=	=	↓	↓	↓
	Não usuários	p=1,000	Não aplicável	p=0,115	p=0,010*	p=0,030*	p=0,023*
<b>Gênero feminino</b>	Usuárias	=	=	=	=	=	↓
	Não usuárias	Não aplicável	Não aplicável	p=0,139	p=0,294	p=1,000	p=0,045*
<b>Usuários</b>	Meninos	=	=	↓	=	=	↓
	Meninas	p=1,000	Não aplicável	p=0,006*	p=0,306	p=0,389	p=0,038*
<b>Não usuários</b>	Meninos	=	=	↓	=	=	=
	Meninas	Não aplicável	Não aplicável	p=0,001*	p=1,000	p=0,375	p=1,000
<b>Total</b>	Usuários + Usuárias	=	=	↓	↓	↓	=
	Não usuários + Não usuárias	p=0,969	Não aplicável	p=0,028*	p=0,003*	p=0,047*	p=0,092

**Legenda**

- ↓ = > menor incidência de lembranças
- ↑ = > maior incidência de lembranças
- = => igual incidência de lembranças

A partir da tabela 11, que descreve a hierarquia decrescente dos elementos, em termos de número de vezes que aparecem, nos discursos orais livres de cada amostra (análise intra-amostra), constatou-se que: **meninos usuários** relataram mais os elementos cenário e complicação do que reação e resposta interna; **meninos não usuários** relataram mais cenário, complicação, consequência e tentativa do que reação e resposta interna; **meninas usuárias** relataram igualmente todos os elementos; e meninas **não usuárias** relataram mais cenário, complicação, resposta interna, tentativa e consequência, do que o elemento reação.

**Tabela 11** - Hierarquia dos elementos encontrados no discurso oral livre das amostras (Peterson e McCabe, 1983)

<b>Amostra</b>	<b>Hierarquia</b>	<b>Teste qui-quadrado</b>
Meninos usuários	Cenário = Complicação > Conseqüência = Tentativa > Reação = Resposta interna	p< 0,0001*
Meninos não usuários	Cenário = Complicação = Conseqüência = Tentativa > Reação = Resposta interna	p< 0,0001*
Meninas usuárias	Cenário = Complicação = Resposta Interna = Tentativa = Conseqüência = Reação	p< 0,0890
Meninas não usuárias	Cenário = Complicação = Resposta Interna = Tentativa = Conseqüência > Reação	p=0,0140*

De acordo com a análise dos temas das memórias (Brown et al, 1986) contidos no discurso oral livre, a tabela 12 descreve os resultados de cada amostra.

**Tabela 12** - discurso oral livre (Brown et al ,1983)

Elemento	Item	Amostra							
		Meninos usuários		Meninos não usuários		Meninas usuárias		Meninas não usuárias	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Pessoal</b>	Ausente	5	20,0%	2	8,0%	0	0%	0	0%
	Presente	20	80,0%	23	92,0%	12	100,0%	15	100,0%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Público</b>	Ausente	18	72,0%	21	84,0%	11	91,7%	13	86,7%
	Presente	7	28,0%	4	16,0%	1	8,3%	2	13,3%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%
<b>Ocupacional</b>	Ausente	20	80,0%	23	92,0%	9	75,0%	14	93,3%
	Presente	5	20,0%	2	8,0%	3	25,0%	1	6,7%
	Total	25	100,0%	25	100,0%	12	100,0%	15	100,0%

Os resultados mostraram que não foram encontradas diferenças significativas quando realizada a comparação entre as amostras (tabela 13).

**Tabela 13** - Comparação entre as amostras do discurso oral livre (Brown et al , 1983)

Comparação		Pessoal	Público	Ocupacional
<b>Gênero masculino</b>	Usuários	=	=	=
	Não usuários	p=0,415	p=0,495	p=0,415
<b>Gênero feminino</b>	Usuárias	=	=	=
	Não usuárias	Não aplicável	p=1,000	p=0,294
<b>Usuários</b>	Meninos	=	=	=
	Meninas	p=0,152	0,232	p=1,000
<b>Não usuários</b>	Meninos	=	=	=
	Meninas	p=0,519	p=1,000	p=1,000
<b>Total</b>	Usuários + Usuárias	=	=	=
	Não usuários + Não usuárias	p=0,367	p=0,648	p=0,149

A tabela 14, que descreve a hierarquia decrescente dos elementos, em termos de número de vezes que aparecem, encontrados no discurso oral livre de cada amostra (análise intra-amostra), indicou que todos os sujeitos se comportaram da mesma forma, falando mais sobre eventos pessoais do que públicos e ocupacionais.

**Tabela 14** - Hierarquia dos elementos encontrados no discurso oral livre das amostras (Brown et al , 1983)

<b>Amostra</b>	<b>Hierarquia</b>	<b>Teste qui-quadrado</b>
<b>Meninos usuários</b>	Pessoal > Público = Ocupacional	p< 0,0001*
<b>Meninos não usuários</b>	Pessoal > Público = Ocupacional	p< 0,0001*
<b>Meninas usuárias</b>	Pessoal > Público = Ocupacional	p< 0,0001*
<b>Meninas não usuárias</b>	Pessoal > Público = Ocupacional.	p< 0,0001*

## ***7. DISCUSSÃO***

## 7. DISCUSSÃO

A partir dos resultados, a discussão priorizará, inicialmente, a análise dos questionários de memória, por levantarem informações pontuais sobre o funcionamento cognitivo, lingüístico e afetivo. Posteriormente, serão discutidos os modelos que examinam o discurso oral e que permitem a compreensão, não somente da linguagem e da cognição, mas, também, inferências sobre os estados emocionais passados e atuais dos sujeitos.

A análise do *questionário de memória semântica com características autobiográficas*, proposto por Kihlstrom e Schacter (1995) fornece informações acerca da relação entre a memória pessoal e a memória coletiva. Este questionário abrange o conhecimento geral e as proposições sobre o mundo, sendo, portanto, responsável pela expressão verbal de significados, o que possibilita que as pessoas conversem. Por este motivo, é uma memória estreitamente relacionada à memória autobiográfica.

Este questionário observou que os *meninos não usuários* tiveram menor incidência de lembranças do que as *meninas não usuárias*. Considerando-se que a variável neste caso é o gênero, pode-se inferir que *meninos* parecem recordar com menor especificidade suas memórias do que as *meninas*.

Duas hipóteses foram levantadas para elucidar este dado.

A primeira nos diz que o pior desempenho dos *meninos* pode refletir não uma patologia, mas o curso normal do desenvolvimento cognitivo, menos específico neles do que nelas. Isto foi concluído porque o objetivo deste questionário, que contém questões fechadas e pontuais, é o de verificar a capacidade de evocação de uma experiência, privilegiando, assim, o funcionamento cognitivo sem relação com o aspecto emocional decorrente.



Os diferentes níveis de especificidade com que *meninos* e *meninas* recordam podem também ser determinados pela relevância dada ao fato vivido por cada um destes grupos. Assim, a outra hipótese levantada assevera que as *meninas* dão maior relevância aos fatos recordados do que os *meninos*, que não têm igual motivação e/ou mobilização para acessar estas informações. Deve-se notar que as hipóteses apresentadas não são excludentes, mas ampliam a gama de possibilidades reais para as constatações desta pesquisa.

De qualquer forma, entende-se, por este instrumento, que as *meninas* acessam e verbalizam as suas experiências autobiográficas com características semânticas com maior eficiência do que os *meninos*.

Quando se comparam os adolescentes *usuários* com os *não usuários*, de ambos os gêneros, constata-se que os *usuários* apresentam menor incidência de lembranças. Isto indica que não falar sobre eventos ou situações, ocorridos aos 12 (doze) anos de idade, época não tão remota para eles, que estejam relacionados ao seu conhecimento de mundo, pode refletir uma dificuldade em acessar estas informações, provavelmente em decorrência do uso de drogas, conduta que parece prejudicar a cognição e a capacidade de julgamento, áreas em constante desenvolvimento no ser humano.

Apesar de *meninas usuárias* e *não usuárias* recordarem similarmente suas experiências, *meninos usuários* tiveram pior desempenho do que *meninas usuárias* nesse questionário. Isto pode refletir que as *meninas* deste grupo utilizam rotas cerebrais e estratégias distintas das dos *meninos* para recordarem uma informação de longo prazo. É possível inferir que o uso de drogas prejudica uma habilidade que naturalmente é menos específica nesta idade, para os meninos.

As constatações desta tese corroboram as de outros estudos. O álcool, por exemplo, pode alterar a capacidade que uma pessoa tem para assimilar novas informações capazes de serem evocadas em um futuro distante, assim como para manter uma nova informação ativa na memória durante períodos mais breves (White, 2003). Garfinkel et al. (2007) constataram que esta droga também diminui a ativação semântica, conduzindo a um maior número de erros quando as memórias são evocadas. Pitel et al. (2007) descreveram ainda que alcoolistas, ao utilizarem redes semânticas irregulares para acessarem a informação desejada, apresentam alterações neuropsicológicas que evidenciam dificuldade para adquirir conhecimento de mundo.

A maconha pode produzir vários efeitos subjetivos em humanos como, por exemplo, alterar a percepção do tempo, aumentar a interferência na atenção seletiva e no tempo de reação, alterar as funções sensoriais, prejudicar o controle motor, o aprendizado e a memória de curto prazo (Miller e Branconnier, 1983) e, por tudo isto, comprometer o funcionamento da memória autobiográfica. Block et al. (2002), por sua vez, verificaram que usuários crônicos de maconha apresentaram uma menor ativação em áreas pré-frontais, ausência de lateralização da atividade do hipocampo e aumento no fluxo sanguíneo em regiões do cerebelo e em outras áreas também relacionadas à memória. Os *usuários* crônicos diferiram dos usuários não crônicos principalmente na atividade cerebral relacionada à memória autobiográfica, que indicou alterações na memória pessoal e semântica.

Mais do que interferir no funcionamento mental e prejudicar o interesse por atividades saudáveis, o uso destas substâncias compromete tanto a formação da individualidade do adolescente quanto a sua inserção social, o que empobrece a sua

memória semântica. Desta forma, quando esta tese constata que os adolescentes *usuários* tendem a recordar menos do que os *não usuários*, infere-se que a construção de sua identidade não é elaborada de maneira íntegra, porque, evocando menos experiências vividas, os possíveis aprendizados necessários para a resolução de problemas ao longo da vida não são assimilados de forma abrangente.

Para Scivoletto e Giusti (2004), no processo de formação da identidade, o adolescente precisa experimentar novas atividades, posturas sociais e formas de relacionamento com a família e com o mundo. Estas experiências determinarão se ele adotará ou não certas posturas que o auxiliarão na formação de sua identidade. O uso de álcool e outras drogas pode reduzir a percepção do contraste entre o que é bom ou ruim, distorcendo a avaliação do jovem sobre novas situações, bem como sobre a avaliação que a sociedade faz dele. Esta distorção dificultará tanto a determinação do que ele gosta ou não, quanto o seu processo de escolhas e, conseqüentemente, atrasará a sua opção vocacional, o seu amadurecimento emocional e o seu treinamento de habilidades.

Assim, para este questionário, as hipóteses iniciais levantadas foram confirmadas: *usuários* apresentam diferente perfil de memória do de *não usuários* e existem particularidades relacionadas ao gênero.

A análise do *questionário de memória autobiográfica* proposto por Borrini et al. (1989) implicou na coleta de informações sobre acontecimentos vividos pelo próprio sujeito em diferentes contextos de forma mais livre, em questões abertas, o que permite a evocação de uma gama maior de experiências.

Apesar de a análise deste questionário não ter apontado diferença significativa entre *usuários* e *não usuários*, ou seja, todos os

sujeitos recordaram eventos na mesma proporção, os *meninos usuários* tiveram menor incidência de lembranças do que os *meninos não usuários*.

Sendo o uso de álcool e/ou drogas o que diferencia uma amostra da outra, pode-se inferir que estas substâncias tenham dificultado a evocação de episódios pessoais e/ou de informações espaço-temporais pelos *meninos usuários*. Mais do que isso, eles parecem possuir uma menor capacidade para entrar em contato com o seu passado.

Nesta tese, o desempenho das amostras em tal questionário também aponta particularidades entre os gêneros visto que, comparando *meninos e meninas usuários* e, por outro lado, *meninos e meninas não usuários*, os *meninos* de ambas as populações tiveram menor incidência de recordações do que as *meninas*.

Mais uma vez, o gênero feminino parece ser uma variável que propicia maior preservação e acesso de lembranças autobiográficas, mesmo quando se trata de adolescente *usuária*. Apesar de a literatura ser ampla a respeito dos prejuízos que as drogas provocam na memória, parece que a importância que as mulheres dão aos fatos vividos é capaz de minimizar tais efeitos nocivos.

Outro ponto passível de discussão está relacionado ao próprio instrumento, que parece privilegiar as questões mais relevantes para as *meninas*, como as relacionadas à família, em comparação àquelas relacionadas aos esportes, que costumam ser mais valorizadas por *meninos*. Assim, haveria diferenças significativas entre os gêneros, porque questões supervalorizadas pelas *meninas* são subvalorizadas pelos *meninos*.

Ainda com relação a este questionário, a amostra de *usuários* apresentou menor incidência de lembranças de eventos

ocorridos quando criança, no lar. Este dado também pode remeter a situações de conflito familiar que provavelmente desestimulem o adolescente que usa drogas a falar sobre tais eventos, comportamento que o impede de entrar em contato com as emoções que acompanham a memória e que, assim, faz reduzir a sua possibilidade para análise do acontecimento vivido. As *emoções* podem ser definidas como disposições corporais dinâmicas que especificam os domínios de ações nos quais os seres humanos operam em um dado momento (Maturana, 2001). Elas se referem a sentimentos e pensamentos distintos, estados psicológicos e biológicos e também a uma gama de tendências para a ação. Pode-se dizer que existem centenas de emoções, juntamente com suas combinações e variações (Goleman, 1995). A ausência de verbalização, então, pode representar a tentativa do sujeito de não se expor, levando-o a se esconder por causa da dificuldade de entrar em contato com a dor ou, ainda, por causa da falta de possibilidade de resolução do problema como, por exemplo, o uso de drogas no entorno familiar.

Dunn et al. (2002) descrevem que o uso de drogas pelos pais pode facilitar a ocorrência de abuso e negligência infantil. Smith (2000) sugere que homens que têm comportamento abusivo com as esposas também o têm com os filhos. O mesmo autor relata que crianças negligenciadas pelos pais apresentam risco aumentado de desenvolverem, no futuro, problemas pelo uso de substâncias, perpetuando o ciclo de violência e negligência. Quando esta criança chega à adolescência, suas lembranças autobiográficas podem ter estreita relação com a história de violência física, verbal e sexual.

Deste modo, uma situação de conflito vivida pela pessoa no passado pode dificultar a exposição e, também, a verbalização de suas emoções no presente.

As expressões verbais e não verbais das emoções auxiliam na regulação do humor e na possibilidade da pessoa refletir sobre o evento ocorrido (Vandenberghe, 2004). Então, quando os adolescentes *usuários* preferem omitir estas questões, não falando sobre elas, também estão negando a possibilidade de entrarem em contato com as emoções e com a capacidade de modificarem, não o passado, mas a repercussão destes fatos no presente. Geralmente, o falar sobre um evento ocorrido é acompanhado de emoções, refletidas pelo olhar cabisbaixo, pela voz trêmula, pelo corpo curvado, pelo choro, pelo riso e pelas inquietações motoras, comportamentos que podem ser expressão tanto dos sentimentos da situação vivida, como dos da situação atual, as quais auxiliam na análise do fato. Não falar sobre uma experiência boa ou ruim mostra, não apenas um possível comprometimento cognitivo e/ou lingüístico, como, também, a falta de possibilidade de análise e de mudança interna.

O uso de drogas pode comprometer este processo de análise e mudança interna, na medida em que prejudica a interpretação tanto dos próprios sentimentos quanto dos sentimentos dos outros, nas várias situações de vida, deixando o sujeito vulnerável ao humor depressivo e com baixa resistência à frustração (Kornreich et al., 2003; Foisy et al., 2005).

Raes et al. (2005) encontraram relação entre trauma (abuso emotivo) e especificidade reduzida da memória autobiográfica. Para Dalglish et al. (2007) e Vrielynck et al. (2007), a memória autobiográfica mais genérica e inespecífica tem relação com história de depressão. Já Williams et al. (2007) apontam que as questões relacionadas ao humor e à sua regulação podem tanto ser causas quanto efeitos de uma memória autobiográfica genérica. Kuyken et al. (2006) discutem que a memória autobiográfica acessada e verbalizada com menor especificidade pode dificultar a regulação da

emoção e a capacidade que um indivíduo tem para resolver problemas sociais, habilidade imprescindível para melhor adaptação e desenvolvimento do adolescente.

Este dado parece indicar que o *usuário* tende a se relacionar apenas, ou de forma mais direta, com a droga e com outros usuários, alterando seu acesso a novas situações e informações. Assim, pode-se inferir que o adolescente ignora ou não dá muita importância a parte das experiências por que passa, tanto as pessoais como as compartilhadas e construídas em seu meio social e familiar, ou seja, àquelas que não têm relação direta com as drogas.

Nesta óptica, pode-se dizer que as memórias de longo prazo, que foram construídas antes do início do uso de drogas, tornam-se menos relevantes ou não tão agradáveis para serem relatadas e, por isso, são recordadas com maior dificuldade ou com menor eficiência-especificidade. Ou seja, o adolescente *usuário* talvez faça do seu recordar por meio da linguagem, um procedimento que dá maiores chances para a análise do fato, uma tarefa difícil do ponto de vista psíquico, em virtude da dificuldade para entrar em contato com a dor, a perda, a tristeza, o remorso e outros sentimentos negativos. É como se a fala trouxesse uma memória para o presente, e isso, na condição de *usuário*, se constitui numa dificuldade a mais.

A literatura relata que existem dificuldades de evocação decorrentes do uso de drogas, mas traz poucas informações sobre as particularidades de gênero, quer seja para o adolescente normal, quer seja para o *usuário* de droga.

Estudo de Ehrenreich et al. (1999) testou a hipótese de que a interferência crônica pela maconha, durante o desenvolvimento do adolescente, pudesse causar alterações específicas e persistentes no cérebro, hipótese confirmada na medida em que os *usuários* que haviam iniciado o uso precoce desta droga tiveram pior desempenho,

do que usuários não precoces, em habilidades atencionais, processo cognitivo primordial para um bom funcionamento da memória.

Estudo de Pope (2001) apontou que até mesmo os *usuários* abstinentes de maconha (de 3 a 7 dias) apresentavam dificuldades em processos atencionais e de memória, déficits que podem ser justificados não apenas em virtude de efeitos tóxicos, mas, também, como parte de sintomas causados pela abrupta interrupção do uso desta droga. Similarmente, Rogers (2000) encontrou prejuízos neuropsicológicos associados ao uso de “ecstasy”, particularmente referentes à memória verbal.

Estudo de D'Argembeau et al. (2006) apontou que adultos alcoolistas recordaram memórias autobiográficas com maior dificuldade do que memórias gerais, apontando que estes pacientes têm comprometimento para formular estratégias e traçar rotas cerebrais relacionadas a experiências pessoais, o que pode ser decorrente da ação do álcool no lóbulo frontal.

Os impactos de tais alterações neurocognitivas são discutidos por Sher (2006) com base na dificuldade de aprendizagem ocupacional e acadêmica, que compromete o curso do desenvolvimento do adolescente.

Apesar de o estudo de Schweinsburg et al. (2005) não ter encontrado nenhuma diferença entre adolescentes sem transtornos psiquiátricos dos gêneros masculino e feminino em provas de memória, os resultados de neuroimagem apontaram distinções entre os gêneros, o que parece ser decorrente de estratégias mnemônicas distintas usadas por homens e mulheres. Jacobsen et al. (2005) detectou que adolescentes *usuários* diários de tabaco têm maior dificuldade do que os abstinentes em provas de memória verbal e de trabalho, dificuldade exacerbada para o gênero masculino.



Estudo de Caldwell et al. (2005) constatou que o uso de álcool pode afetar distintamente o cérebro de adolescentes do sexo masculino e feminino. Apesar de ter sido constatado que as meninas parecem ser mais vulneráveis ao efeito desta substância, suas memórias autobiográficas preservam mais as imagens na mente, talvez em virtude do grau de importância dado ao caráter afetivo e social destas experiências.

Ao terminar as discussões a respeito dos dois questionários, observa-se que o fator *gênero* e *uso de droga* são determinantes para a evocação das memórias.

Inicia-se a seguir, as interpretações dos elementos lingüísticos e dos temas contidos nos discursos orais livres, através dos modelos de McCabe (1983) e de Brown et al. (1986).

De acordo com Peterson e McCabe (1983), a recapitulação de experiências passadas é constituída dos elementos *cenário*, *resposta interna*, *tentativa*, *conseqüência* e *reação*, que organizam a lembrança de forma lógica e cronológica.

Nesta tese, os *meninos não usuários* apresentaram um perfil de memória autobiográfica com menor incidência de elementos lingüísticos do que as *meninas não usuárias*. O fato de esses adolescentes não terem relatado todos os elementos lingüísticos não reflete uma patologia ou déficit, mas o curso normal do desenvolvimento cognitivo, lingüístico, psíquico e de habilidades sociais, diferente para cada gênero.

Do ponto de vista *cognitivo*, ainda na adolescência há uma reorganização de funções mentais, entre as quais a memória. A memória autobiográfica se torna mais elaborada, abstrata e estruturada do que na infância, porém, ainda é diferente da dos adultos. Isto porque o adolescente concebe seu passado e seu futuro de forma peculiar: ele tende a dilatar o presente com conseqüente

afastamento do passado e do futuro, sendo comum que se refira ao passado como algo vivido remotamente e ao futuro como algo longínquo (Herbert, 1991). Neste período, o adolescente também começa a raciocinar hipoteticamente sobre sua vida e passa a relacionar o passado (eventos vividos) e o futuro (eventos planejados) ao presente. Assim, o fato de *meninos* não relatarem alguns dos elementos lingüísticos presentes na memória autobiográfica pode ser indicativo de uma habilidade em desenvolvimento e não de um déficit.

Sob uma óptica *lingüística*, é nessa fase que o indivíduo começa a lidar com símbolos e idéias abstratas, o que o capacita ao aprendizado de novas formas de discurso e a uma maior flexibilidade na linguagem. Esta aptidão parece se desenvolver de maneira diferenciada nas *meninas*, tornando-as melhores comunicadoras nesta fase da vida, ao relatarem suas memórias.

De um ponto de vista *social*, deve-se ressaltar que o desenvolvimento do adolescente não se esgota nas diversas e importantes mudanças que ocorrem no âmbito biológico e fisiológico, mas, também, comporta várias significações elaboradas sócio-historicamente, como, por exemplo, mudanças de papéis sociais, de idéias e de atitudes. É nesta fase que as lembranças são organizadas e analisadas pelo próprio sujeito de maneira mais complexa. Isto ocorre porque o adolescente está em busca de uma identidade psicossocial. Assim, o não se lembrar pode indicar não necessariamente uma pobreza nas relações sociais, refletidas no pequeno número de experiências evocadas, mas a transição de uma fase de vida mais rígida e pré-estabelecida no ambiente familiar para uma fase mais aberta, onde o adolescente tem maior liberdade de escolha.

Sob esta óptica social, parece que meninas têm maior envolvimento nos seus relacionamentos sociais.

Do ponto de vista *psíquico*, o fato de os *meninos não usuários* terem relatado um menor número de elementos do que as *meninas não usuárias* pode estar relacionado tanto à menor relevância que eles dão às experiências, quanto à maior dificuldade para entrar em contato com determinado assunto.

Desta forma, uma visão integrada entre cognição, linguagem, psique e habilidades sociais é a melhor maneira para se compreender o porquê de os *meninos* serem menos específicos do que as *meninas*, fato corroborado por outros estudos que descrevem particularidades entre os gêneros nestas áreas (Eckes et al., 2005; Selassie et al., 2005; Plante et al., 2006).

Quando analisados os discursos dos adolescentes *usuários de drogas*, de ambos os gêneros, verifica-se que as lembranças desta população são mais vagas e genéricas do que os dos *não usuários*.

A memória de *meninos e meninas usuários* caracteriza o ambiente e os personagens (*cenário*), o problema que motivou a recordação do fato (*complicação*) e os sentimentos envolvidos com o desfecho do relato (*reação*), porém, apresenta uma menor incidência dos elementos *resposta interna, tentativa e consequência*. É possível, então, identificar um discurso menos estruturado do ponto de vista lingüístico, que dissimula a tentativa de menor exposição do indivíduo, do ponto de vista psicológico, e que manifesta um menor envolvimento nas relações pessoais, do ponto de vista social.

Em uma linha de pensamento cognitivo-lingüística, as lacunas que aparecem nos discursos de adolescentes *usuários* podem ter sido causadas pelo déficit para integrar a linguagem à memória, ocasionado pela ação das drogas no funcionamento cerebral. Devido às alterações da ordenação do evento, a sua visualização pelo

interlocutor, que não participou da construção da memória, torna-se, conseqüentemente, prejudicada.

Como resultado desta dificuldade de integração linguagem-memória, a menor incidência de tais elementos pelos *usuários* parece resultar em uma menor clareza de idéias, de detalhes e de informações imprescindíveis para a compreensão do fato vivenciado. Assim, apesar de o interlocutor poder compreender o sentido geral do discurso dos adolescentes *usuários* que fizeram parte deste estudo, o acesso a informações importantes, tanto relacionadas à memória autobiográfica em si, quanto ao funcionamento da linguagem, parece estar comprometido.

Por outro lado, ainda a respeito da menor incidência destes elementos no discurso dos *usuários* pode indicar sua maior vulnerabilidade social. Esta fase da vida é geralmente muito complexa, envolvendo ganhos e perdas importantes e a negação desses processos, muitas vezes, conduz a comportamentos anti-sociais e autodestrutivos, encobridores de uma intensa angústia existencial, provocada pela impossibilidade de compreender as experiências vividas e de planejar as que virão. Assim, possíveis lacunas na linguagem de adolescentes *usuários* de drogas podem prejudicar as suas habilidades sociais, acarretando num curso atípico de seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Em uma análise mais detalhada destes elementos, identificados um a um, observa-se que os *usuários* (meninos e meninas) verbalizam os sentimentos envolvidos com o desfecho do relato (*reação*), porém, omitem os sentimentos envolvidos com a apresentação do problema (*resposta interna*). Infere-se daí que acessar os sentimentos vai se tornando mais fácil à medida que a verbalização se prolonga.

Os *usuários*, ao relatarem menos *tentativa*, parecem ter menos condições de pensar em estratégias adequadas que os permitam refletir sobre a situação ocorrida, bem como sobre as *conseqüências* do relato.

É possível inferir, a partir do discurso deste adolescente *usuário* (de ambos os gêneros), desprovido das estratégias utilizadas para lidar com o problema alvo, que houve ou impossibilidade para fazê-lo ou ausência de lembrança destas estratégias, isto é, existiriam dificuldades emocionais e/ou cognitivas que dificultaram o acesso ao fato.

Observou-se menor incidência dos elementos *tentativa*, *conseqüência* e *reação* contidos no discurso da amostra de *meninos usuários* em comparação com a de *não usuários*.

Enquanto que a menor incidência dos elementos *tentativa* e *conseqüência* parece estar relacionada aos aspectos já mencionados, a do elemento *reação* mostra que houve dificuldades de evocação ou que a informação foi omitida por ser negativa e por mostrar transgressões e relações interpessoais, o que deixaria transparecer fatos da vida que não devem ser compartilhados.

Já a comparação entre *meninas usuárias* e *não usuárias* mostra que os discursos não são tão diferentes. Ambas as amostras apresentam o mesmo perfil para cinco dos seis elementos pesquisados neste estudo (*cenário*, *complicação*, *resposta interna*, *tentativa* e *conseqüência*). Há menor incidência, para o grupo das *usuárias*, apenas do elemento *reação*. Pode-se inferir, a partir disto, que a linguagem contida na memória autobiográfica de *meninas usuárias* expressa menos os sentimentos. Conseqüentemente, estas adolescentes se expõem menos e a sua capacidade para concluir o discurso torna-se prejudicada, dados corroborados por outros estudos (Sareen et al., 2006; Chiang et al., 2006; Oetzel et al., 2007).

Como os fragmentos omitidos ou menos incidentes no discurso das *meninas usuárias* estão relacionados às emoções e à capacidade de análise, pode-se deduzir que elas apresentam dificuldades para integrar os sentimentos à linguagem. Desta forma, o seu discurso, apesar de se parecer muito com o de *meninas não usuárias*, tem menos condições de refletir o fato vivido, devido à tentativa de controlar emoções ou devido à rejeição em expor a análise atual das próprias vidas.

Já em uma comparação entre os *gêneros* e sua *relação com o uso de drogas*, a dificuldade para integrar a memória autobiográfica à linguagem parece ser maior para os *meninos usuários*, que expõem menos os seus sentimentos do que as *meninas usuárias*, na medida em que é observada menor incidência dos elementos *resposta interna e reação*.

Apesar de as mulheres serem mais sensíveis do que os homens aos efeitos fisiológicos do álcool e de outras drogas e apresentarem uma progressão mais rápida entre o primeiro uso da substância e o aparecimento de problemas (Zilberman et al., 2003), sua linguagem parece ser mais preservada do que a dos homens na mesma situação. Três fatores podem concorrer para que elas acessem e verbalizem a memória autobiográfica de modo mais íntegro e com maior incidência de elementos: serem mais específicas do que os homens ao ativarem lembranças pessoais (Pillemer et al., 2003), manifestarem um processo de socialização mais ativo, além de darem maior valor pessoal aos fatos vividos (Bauer et al., 2003).

Da mesma forma como é importante descrever os elementos lingüísticos que constituem a organização interna de uma memória autobiográfica, também é relevante analisar os temas que são acessados nestas memórias.

Em todas as fases da vida, e não apenas na adolescência, um sujeito recorda fatos que o marcaram significativamente, tanto os positivos (aniversários, presentes, promoções no emprego), quanto os negativos (violência física e sexual, mortes, mudanças e separações). Para Brown et al. (1986), tanto as memórias boas como as ruins podem ser classificadas dentro dos temas *público*, *ocupacional* e *pessoal*.

Os dados mostraram que todos os sujeitos apresentaram um perfil similar no que se refere à evocação destes temas, sendo o principal foco os *eventos pessoais*, seguidos, em mesma proporção, pelos *públicos* e os *ocupacionais*.

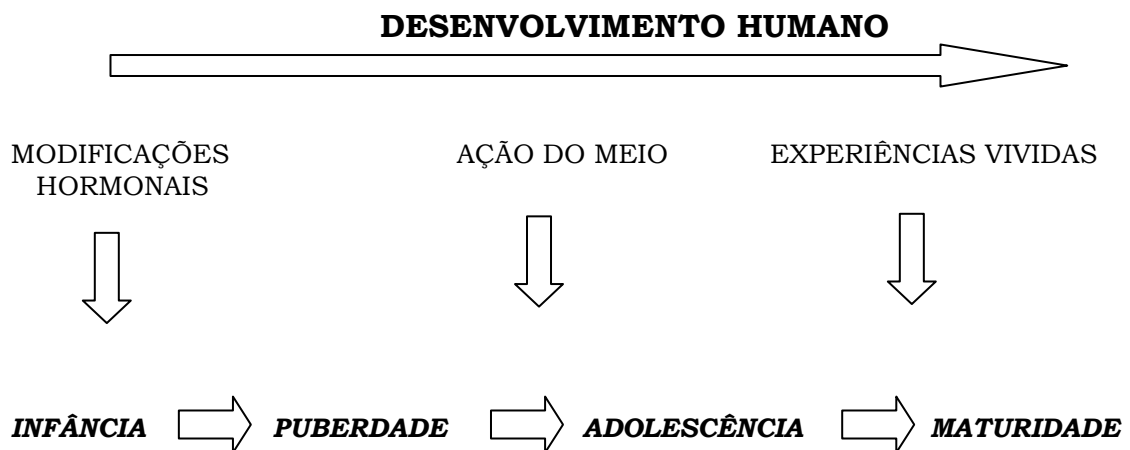
Este dado ilustra que, apesar de os *usuários* de drogas terem apresentado diferente perfil da estrutura lingüística relacionada à memória autobiográfica (segundo Peterson e McCabe, 1983), eles falam sobre temas muito parecidos, refletindo que suas experiências são similares às dos adolescentes *não usuários*.

As relações sociais têm papel crucial na recuperação de memórias pessoais quando se analisam os temas e a estrutura interna da memória autobiográfica. Para Ballone (2003), há um processo contínuo de desenvolvimento do aparelho psíquico durante as várias fases da vida do ser humano. A adolescência, fase importante de desenvolvimento, de transição entre a infância e a idade adulta, é deflagrada pela puberdade e caracteriza-se pelo afastamento do seio familiar, além de sujeitar o indivíduo à ação mais abrangente do ambiente, às suas vivências anteriores e ao próprio processo de mudança por que ele passa.

À medida que os vínculos sociais vão se estabelecendo, um conjunto de características passa a ser valorizado para que o adolescente seja aceito pelo grupo, assim como para agradar a si mesmo. Alguns conflitos importantes podem aparecer durante a

construção de sua identidade. O rumo que ele dá à sua vida acaba sofrendo influências da sociedade, que cobra de cada pessoa um papel social definitivo. Numa fase onde a identidade ainda não se completou, é difícil estabelecer este papel. Assim, as modificações hormonais, a ação do meio e as experiências vividas pelo adolescente teriam potencial para transformá-lo em um ser humano maduro e capaz de analisar criticamente sua vida passada e futura. A figura 05 ilustra tal percurso.

**Figura 05.** Desenvolvimento do ser humano e relação com o meio



Quando o sujeito passa por este percurso com um número suportável de conflitos, ou com maior capacidade para resolvê-los, sua adaptação ao mundo interior e exterior se faz de modo menos traumático, o que o possibilita a falar sobre temas mais delicados sem sofrimento.

Estudos apontam que adolescentes tendem a falar sobre suas relações sociais (entretenimento, música, uso de álcool e drogas) e familiares (Youniss e Smollar, 1985; McLean e Thorne, 2003; Pasupathi; 2005, McLean, 2005; Thomsen e Rekke, 2006; Sargent et al., 2006). Assim, ao analisar os temas da memória autobiográfica



deles, encontram-se os outros personagens de suas lembranças: a família e a sociedade, o que evidencia o apego ao lar, mas, sobretudo, a busca pela sua independência através do processo de escolha das experiências que lhe são convenientes.

Uma grande contribuição desta tese para os profissionais que trabalham com o adolescente *usuário* de droga foi a de lhes dar “voz”. É por meio da comunicação, independentemente de qual seja sua modalidade, que o ser humano expressa seus conhecimentos, emoções, intenções, desejos e insatisfações. Dar-lhes oportunidade para falar sobre a sua vida, sem nenhuma intenção de julgamento prévio relacionado à forma e ao conteúdo dos relatos, auxilia na construção de um canal de comunicação mais aberto e eficaz com o seu interlocutor (a família, o terapeuta, a sociedade), o que é muito importante para o tratamento do abuso e da dependência de drogas.

O *usuário* parece não processar o que ouve, não tem consciência de como e do que fala (porque seus interesses centram-se na droga), se expressa oralmente de forma insegura (em virtude da impaciência e da descrença da família e do meio em que vive) e de modo similar ao de outros *usuários* (por questões cognitivas e sociais). Deixa, então, de comunicar-se de modo particular.

Quando damos a oportunidade para que este adolescente se expresse, por meio da linguagem oral, ele entra em contato com fatos de sua vida e de seu meio social-familiar, possibilitando o início da conquista de sua individualidade. Este é o verdadeiro papel da memória autobiográfica: dar voz à riqueza e individualidade de cada pessoa, num mundo cada vez mais centrado na personalidade coletiva. É por meio da expressão oral da memória autobiográfica que uma pessoa tem condições de viver o presente de forma mais completa, reconhecer os erros e os acertos do passado e planejar o futuro de modo mais responsável.

## **8. CONCLUSÃO**

## 8. CONCLUSÃO

Esta tese constatou que, apesar de todos os jovens falarem sobre temas semelhantes, relacionados principalmente às questões pessoais, aqueles que usam drogas tiveram maior dificuldade para acessar suas memórias autobiográficas tanto em discurso oral livre, quanto em discurso eliciado de fatos ocorridos na infância. Para os mesmos discursos, *meninos usuários* recordaram menos ou com menor incidência de elementos lingüísticos do que *meninos não usuários*, assim como os *meninos usuários* parecem ter maior dificuldade de acesso às memórias do que as *meninas usuárias*.

O gênero feminino mostrou semelhantes perfis de memória entre *usuárias* e *não usuárias*, o que não ocorre entre as amostras do gênero masculino.

De maneira mais elucidativa, esta tese constatou que:

### **Com relação ao Questionário de Memória Semântica com Características Autobiográficas (Kihlstrom e Schacter, 1995)**

- ❖ Adolescentes *usuários* de drogas tiveram menor incidência de recordações do que *não usuários*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino teve menor incidência de recordações do que *não usuários* do mesmo gênero.
- ❖ *Meninas usuárias* acessaram suas memórias semelhantemente a *meninas não usuárias*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino tiveram menor incidência de recordações do que *usuárias*.
- ❖ *Meninos não usuários* tiveram menor incidência de recordações do que *meninas não usuárias*.

**Com relação ao Questionário de Memória Autobiográfica (Borrini et al., 1989)**

- ❖ Adolescentes *usuários* de drogas acessaram suas memórias semelhantemente aos *não usuários*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino tiveram menor incidência de recordações do que *não usuários* do mesmo gênero.
- ❖ *Meninas usuárias* acessaram suas memórias semelhantemente a *meninas não usuárias*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino tiveram menor incidência de recordações do que *usuárias*.
- ❖ *Meninos não usuários* tiveram menor incidência de recordações do que *meninas não usuárias*.

**Com relação ao modelo proposto por Peterson e McCabe (1983)**

- ❖ Adolescentes *usuários* de drogas tiveram menor incidência de elementos lingüísticos em seus discursos do que *não usuários*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino tiveram menor incidência de elementos lingüísticos em seus discursos do que *não usuários* do mesmo gênero.
- ❖ *Meninas usuárias* tiveram menor incidência de elementos lingüísticos em seus discursos do que *meninas não usuárias*.
- ❖ *Usuários* do gênero masculino tiveram menor incidência de elementos lingüísticos em seus discursos do que *usuárias*.
- ❖ *Meninos não usuários* tiveram menor incidência de elementos lingüísticos em seus discursos do que *meninas não usuárias*.

**Com relação ao modelo proposto por Brown et al. (1986)**

- ❖ As quatro amostras, *meninos usuários*, *meninas usuárias*, *meninos não usuários* e *meninas não usuárias* não apresentam diferenças em relação aos temas contidos nos discursos orais livres. Todos os sujeitos falam preferencialmente sobre eventos *pessoais* e, posteriormente, sobre eventos *públicos* e *ocupacionais*.

## **9. ANEXOS**

## ANEXO A



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CAIXA POSTAL, 8091 - SÃO PAULO - BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

### APROVAÇÃO

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 07.10.2003, APROVOU, *ad-referendum*, o Protocolo de Pesquisa nº 636/03 - intitulado "Discurso Autobiográfico em Adolescentes Usuários de Substâncias Psicoativas", apresentado pela ÁREA DE FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL.

Pesquisador(a) Responsável: PROFA DRA. CLAUDIA INES SCHEUER

Pesquisador(a) Executante: SR. CHRISTIAN CÉSAR CÂNDIDO DE OLIVEIRA

CAPPesq, 07 de Outubro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO  
Presidente da Comissão de Ética para Análise  
de Projetos de Pesquisa

Encaminhe-se à CPG-FMUSP  
para as devidas providências.  
S.P. 161.10103

Prof. Dr. ROGER CHAMMAS  
Vice Coordenador do Curso de  
Pós - Graduação do Programa  
de Fisiopatologia Experimental

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

RECEBIDO SPG 16110103  
ASS Euclides

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

#### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do paciente:

Documento de identidade .: sexo: M ( ) F ( )

Data de nascimento:

Endereço: n.º: Apto:

Bairro: Cidade:

Cep: Telefone: DDD( )

2. Responsável legal:

Natureza (grau de parentesco):

Documento de identidade: sexo: M ( ) F ( )

Data de nascimento:

Endereço: n.º: Apto:

Bairro: Cidade:

Cep: Telefone: DDD( )

#### II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Discurso e Memória Autobiográfica em Adolescentes Usuários de Drogas

**2. Pesquisador:** Christian César Cândido de Oliveira

Cargo ou função: Fonoaudiólogo n.º Conselho Regional: 12.117 CRFa/SP

Unidade da FMUSP: Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**3. Avaliação do risco da pesquisa:** risco mínimo (probabilidade que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

**4. Duração da pesquisa:** 36 meses

#### III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

**1. justificativa e objetivos da pesquisa:** O uso de drogas por adolescentes tem aumentado muito em todo o mundo. Os possíveis prejuízos encontrados nessa população, reversíveis ou não, podem ter consequências que afetarão não apenas a saúde geral, mas o desenvolvimento social e intelectual.

Sabendo-se de efeitos agudos tóxicos decorrentes do uso e/ou abuso das drogas no pensamento e na linguagem, inclusive sobre a memória, propomos a investigação da estória de eventos passados nos adolescentes que fazem uso destas substâncias.

**2. procedimentos de pesquisa:** Será aplicada anamnese ao responsável legal pelo paciente. Após serem preenchidos os critérios de inclusão do sujeito na pesquisa e assinatura do termo de consentimento pós-informação, serão aplicados 2 questionários para avaliação da memória autobiográfica e a coleta de uma amostra de fala espontânea. O procedimento será gravado em fita k-7 para posterior transcrição e análise.

**3. desconforto e riscos esperados:** nenhum

**4. benefícios que poderão ser obtidos:** determinar correlação existente entre o uso de drogas e déficit cognitivo, observando se o uso crônico afeta a memória autobiográfica em adolescentes que aparentemente constroem suas estórias de vida em situações onde a droga é sempre contextualizada.



**5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos:** encaminhar os adolescentes com maior comprometimento de linguagem (quer seja o grupo experimental ou o grupo de pesquisa) para profissionais adequados às suas necessidades.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

**1.** A família poderá pedir sempre que quiser qualquer informação sobre o que está sendo feito com o adolescente, acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

**2.** Liberdade para parar de participar da pesquisa, tendo também, liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade da assistência.

**3.** Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

**4.** Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

**5.** Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

**Christian César Cândido de Oliveira – Av Jabaquara, 1469 apto 112, Bl A3 , tel. 7668-3992**

**Dra. Claudia Scheuer - Curso de Fonoaudiologia da FMUSP. R. Cipotânea 51, CEP 05360-160, Campus São Paulo, tel. 3818. 7455**

VI. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável  
legal pelo sujeito na pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador  
Christian César Cândido de Oliveira  
Fonoaudiólogo  
CRFa. 12.117/SP

**ANEXO C**  
**ANAMNESE ADAPTADA DA UTILIZADA PELO**  
**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA- HC-FMUSP**

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**A- Condições pré, peri e pós- natal**

**Gestação:**

( ) pressão alta

( ) hemorragia

( ) uso de medicamento Qual? \_\_\_\_\_ Para quê? \_\_\_\_\_

( ) internação Quanto tempo: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

( ) acidentes Conseqüências: \_\_\_\_\_

( ) outros: \_\_\_\_\_

**Parto:**

( ) normal ( ) cesárea ( ) fórceps

( ) a termo ( ) prematuro ( ) pós termo

peso: \_\_\_\_\_ altura: \_\_\_\_\_

**Após o nascimento:**

( ) icterícia

( ) anóxia

( ) Rh +

( ) necessidade de incubadora Motivo: \_\_\_\_\_

( ) uso de sonda Motivo: \_\_\_\_\_

( ) outros: \_\_\_\_\_

**B- Dados sobre o desenvolvimento**

**Desenvolvimento Neuropsicomotor**

Idade em que controlou a cabeça: \_\_\_\_\_

Idade em que sentou: \_\_\_\_\_

Idade em que engatinhou: \_\_\_\_\_

Idade em que andou: \_\_\_\_\_

Idade em que controlou urina: diurno \_\_\_\_\_ noturno: \_\_\_\_\_

Idade em que controlou fezes: diurno \_\_\_\_\_ noturno: \_\_\_\_\_

Necessitou de tratamento para algum dos itens acima? Qual(is)? Por quê?: \_\_\_\_\_

**Linguagem:**

Idade em que falou as primeiras palavras: \_\_\_\_\_

Idade em que falou as primeiras frases: \_\_\_\_\_

Apresentou (ou apresenta) troca de sons na fala? Quais? Quando? Por quanto tempo?

\_\_\_\_\_

A comunicação é diferente fora de casa e com pessoas não familiares? Como é? Por quê?

\_\_\_\_\_

Interage bem com os amigos da escola? \_\_\_\_\_

Prefere ficar sozinho? Por quê? \_\_\_\_\_

Já fez tratamento fonoaudiológico por problemas na fala? Quando? Por quanto tempo?

\_\_\_\_\_

### ***Audição***

Ouve bem? \_\_\_\_\_

Já fez exame audiológico? Por quê? Quando? Quais os resultados?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ***Visão***

Enxerga bem? \_\_\_\_\_

Usa óculos? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual é o problema visual? \_\_\_\_\_

### ***C- Escolarização***

Quando ingressou à escola? \_\_\_\_\_

Ficou algum ano sem estudar? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_

Já repetiu de ano? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_

Apresentou dificuldades escolares? Quais? Quando? Como foi solucionado? Ainda apresenta algum tipo de dificuldade?

\_\_\_\_\_

### ***D- Saúde***

Doenças infantis: \_\_\_\_\_

Já fez exames? Quais? Por quê? Quais os resultados? \_\_\_\_\_

Já ficou internado? Quando? Por quanto tempo? Por quê? \_\_\_\_\_

Fez ou faz uso de remédios? Drogas? Quais? Para que? \_\_\_\_\_

Fez ou faz algum tipo de tratamento? Qual (is)? Por que? \_\_\_\_\_

Outras informações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E- Comportamento**

Seu filho é:

( ) desatento

( ) ansioso

( ) hiperativo

( ) hipoativo

( ) agressivo

Outras informações:

---

---

---

---

## ANEXO D

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO FAMILIAR

(Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado, Almeida e Wickerhauser, 1991)

1. Quem é o chefe de família na sua casa?  
 o próprio entrevistado       outrem: \_\_\_\_\_
2. Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe de família obteve?  
 Qual foi o último ano de escola que o chefe de família cursou?

<b>Categoria da Classificação</b>	<b>Nº de pontos</b>
<b>Não estudou primário completo</b>	0
<b>Primário e ginásio incompleto</b>	5
<b>Ginásio completo e colegial incompleto</b>	10
<b>Colegial completo e universitário incompleto</b>	15
<b>Universitário completo</b>	21

3. Na sua casa tem (cada item abaixo):

<b>Item</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>Aparelho de vídeo cassete VCR</b>		<input type="checkbox"/> 10 pontos
<b>Máquina de lava roupa</b>		<input type="checkbox"/> 8 pontos
<b>Geladeira</b>		<input type="checkbox"/> 7 pontos
<b>Aspirador de pó</b>		<input type="checkbox"/> 6 pontos

4. Quantos (cada item abaixo) existem em sua casa?

<b>Itens possuídos</b>	<b>Nenhum</b>	<b>Número de itens possuídos e número de pontos</b>					
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 ou +</b>
<b>Carros</b>	0	4	9	13	18	22	26
<b>TV a cores</b>	0	4	7	14	14	18	22
<b>Banheiros</b>	0	2	5	10	10	12	15
<b>Empregados menselistas</b>	0	5	11	21	21	26	32
<b>Rádio</b>	0	2	3	6	6	8	9

**A**  $\geq$  a 89

**B** 59 a 88

**C** 35 a 58

**D** 20 a 34

**E**  $\leq$  a 19

Classe sócio-econômica pelo total de pontos ABIPEME: **Total:** \_\_\_\_\_ **Casse:** \_\_\_\_\_

## ANEXO E

### PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E RELATIVO AO USO DE DROGAS ADAPTADO DO UTILIZADO NO AMBULATÓRIO DE ADOLESCENTES E DROGAS DO IPQ - HCFMUSP

**NOME:**

**REGISTRO:**

**SEXO:** 1. masculino

2. feminino

**COR:** 1. branca 2. preta

3. parda

4. amarela

5. outra

**IDADE:**

**DATA DE NASC.:**

**ESTADO CIVIL:**

1. casado(a)

2. solteiro(a)

3. viúvo(a)

4. separado(a)

5. amasiado(a)

#### 1. NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS:

0. não sabe informar;

2. 2º grau incompleto;

4. curso superior completo ou não.

1. 1º grau incompleto;

3. 2º grau completo;

#### 2. RENDA FAMILIAR: Avaliação da Associação Brasileira de Mercado

#### QUESTÕES SOBRE EDUCAÇÃO

#### 3. GRAU DE INSTRUÇÃO DO ADOLESCENTE:

0. nunca foi a escola;

2. 3ª ou 4ª série;

4. 7ª ou 8ª séries;

6. 2º colegial;

8. estou na faculdade ou cursinho.

1. 1ª ou 2ª série;

3. 5ª ou 6ª séries;

5. 1º colegial;

7. 3º colegial;

#### 4. FREQUÊNCIA NA ESCOLA NO ÚLTIMO ANO:

0. nunca foi a escola;

1. freqüentando regularmente;

2. faltando com freqüência por problemas relacionados a drogas (considerar suspensões disciplinares);

3. faltando com freqüência por problemas outros, excluindo drogas;

4. parou de estudar (incluindo expulsão da escola).

#### 5. IDADE QUE TINHA QUANDO PAROU DE ESTUDAR:

#### 6. RAZÃO PELA QUAL PAROU DE ESTUDAR:

0. não se encaixa;

1. para trabalhar;

2. não gostava de estudar (inclui dificuldade de aprendizado);

3. fui expulso por problemas disciplinares;

4. foi para FEBEM.

#### 7. DESEMPENHO ESCOLAR:

0. não se encaixa;

1. boas;

2. médias;

3. ruins.

**8. NÚMERO DE REPETÊNCIAS:**

**9. MOTIVO DAS REPETÊNCIAS:**

0. não se encaixa (nunca repetiu ou não foi a escola);
1. tinha dificuldade de aprender;
2. faltava muito (exclui motivos disciplinares);
3. as duas razões acima (1 e 2);
4. muitas suspensões ou outras razões disciplinares;
5. falta de motivação, exclui dificuldade de aprendizado;
6. outras ou não sabe referir.

**10. EXPULSÃO DE ESCOLA**

0. não se encaixa; 1. sim; 2. não.

**11. EMPREGO REGULAR OU NÃO REGULAR (BICOS)**

0. sem informação      1. sim      2. não

**QUESTÕES SOBRE CONSUMO DE DROGAS**

**12. TABACO:**

- 12a. idade em que usou pela primeira vez:
- 12b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 12c. idade em que passou a ter problemas:
- 12d. padrão de consumo no último ano:
- 12e. padrão de consumo no último mês:

**13. ÁLCOOL:**

- 13a. idade em que usou pela primeira vez:
- 13b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 13c. idade em que passou a ter problemas:
- 13d. padrão de consumo no último ano:
- 13e. padrão de consumo no último mês:

**14. MACONHA:**

- 14a. idade em que usou pela primeira vez:
- 14b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 14c. idade em que passou a ter problemas:
- 14d. padrão de consumo no último ano:
- 14e. padrão de consumo no último mês:

**15. COCAÍNA VIA INALATÓRIA:**

- 15a. idade em que usou pela primeira vez:
- 15b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 15c. idade em que passou a ter problemas:
- 15d. padrão de consumo no último ano:
- 15e. padrão de consumo no último mês:

**16. COCAÍNA FUMADA (CRACK):**

- 16a. idade em que usou pela primeira vez:
- 16b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 16c. idade em que passou a ter problemas:
- 16d. padrão de consumo no último ano:
- 16e. padrão de consumo no último mês:

**17. BENZODIAZEPÍNICOS/BARBITURICOS:**

- 17a. idade em que usou pela primeira vez:
- 17b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 17c. idade em que passou a ter problemas:
- 17d. padrão de consumo no último ano:
- 17e. padrão de consumo no último mês:

**18. ANFETAMINA/ESTIMULANTES:**

- 18a. idade em que usou pela primeira vez:
- 18b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 18c. idade em que passou a ter problemas:
- 18d. padrão de consumo no último ano:
- 18e. padrão de consumo no último mês:

**19. INALANTES:**

- 19a. idade em que usou pela primeira vez:
- 19b. idade em que passou a fazer uso regular:
- 19c. idade em que passou a ter problemas:
- 19d. padrão de consumo no último ano:
- 19e. padrão de consumo no último mês:

**20. ALUCINÓGENOS (LSD, chá de cogumelo, mesclalina, chá de lírio):**

- 20a. Idade em que usou pela primeira vez:
- 20b. Idade em que passou a fazer uso regular:
- 20c. Idade em que passou a ter problemas:
- 20d. Padrão de consumo no último ano:
- 20e. Padrão de consumo no último mês:

**21. PRIMEIRA DROGA CONSUMIDA:**

- 0. não utiliza drogas
- 1. álcool
- 2. maconha
- 3. cocaína via inalatória
- 4. crack
- 5. cocaína via endovenosa
- 6. benzodiazepínicos
- 7. anfetamina/estimulantes
- 8. barbitúricos/sedativos
- 9. inalantes
- 10. alucinógenos
- 11. opiáceos
- 12. tabaco

**22. PRIMEIRA DROGA ILÍCITA CONSUMIDA:**

- 0. não utiliza drogas
- 1. maconha
- 2. cocaína via inalatória
- 3. opiáceos
- 4. crack
- 5. cocaína via endovenosa
- 6. benzodiazepínicos
- 7. anfetamina/estimulantes
- 8. barbitúricos/sedativos
- 9. inalantes
- 10. alucinógenos

**23. PRINCIPAL DROGA CONSUMIDA NO ÚLTIMO ANO:**

- 0. não utilizou drogas no último ano
- 1. álcool
- 2. maconha
- 3. cocaína via inalatória
- 4. crack
- 5. cocaína via endovenosa
- 6. benzodiazepínicos
- 7. anfetamina/estimulantes
- 8. barbitúricos/sedativos
- 9. inalantes
- 10. alucinógenos
- 11. opiáceos
- 12. outras



**24. CIRCUNTÂNCIAS EM QUE SE DEU O PRIMEIRO USO:**

1. sozinho    2. amigos    3. irmãos/primos  
4. pais    5. outros familiares    6. estranhos    7. outros

**25. MOTIVO DO PRIMEIRO USO:**

1. para experimenta/curiosidade;  
2. para ir de acordo com o grupo/"ficar enturmado";  
3. para sair da monotonia, da "chatice";  
4. porque eu queria sentir os efeitos, "me estimular" ou "relaxar";  
5. como "auto-medicação", para aliviar a tristeza, desânimo, diminuir a  
tensão;  
6. para aliviar os sintomas de abstinência;  
7. para "cortar" os efeitos de outras drogas;  
8. outros.

**26. TIPOS DE PROBLEMA COM A DROGA:**

0. não tem problema;  
1. problema na escola (dificuldades de aprendizado ou faltas freqüentes);  
2. problema com a família;  
3. problemas físicos (saúde);  
4. problemas com a polícia.  
5. sem informação

**27. TEMPO TOTAL DE CONSUMO DE DROGAS (EM MESES):**

**28. TENTATIVAS DE ABSTINÊNCIA:**

**29. MAIOR PERIODO DE ABSTINÊNCIA (EM MESES):**

**QUESTÕES SOBRE ATIVIDADES ILEGAIS**

- 30. HISTÓRICO DE ROUBOS E FURTOS:**            ( ) SIM    ( ) NÃO  
**31. HISTÓRICO DE PRISÕES NA VIDA:**            ( ) SIM    ( ) NÃO  
**32. NÚMERO DE PRISÕES NO ÚLTIMO ANO:**  
**33. HISTÓRICO DE LIGAÇÃO COM O TRÁFICO DE DROGA:**    ( ) SIM    ( ) NÃO

**QUESTÕES SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES**

**34. ÁLCOOL E DROGAS**

0. não, ninguém;  
1. pai;  
2. mãe;  
3. parentes de primeiro grau (irmãos)  
4. parentes de segundo grau (tios, primos)  
5. avós;  
6. pai e mãe;  
7. pai ou mãe e irmãos;  
8. pai, mãe e irmãos;  
9. tios, primos e/ou avós.

**35. PSIQUIÁTRICOS:**

0. não, ninguém;
1. pai;
2. mãe;
3. parentes de primeiro grau (irmãos)
4. parentes de segundo grau (tios, primos)
5. avós;
6. pai e mãe;
7. pai ou mãe e irmãos;
8. pai, mãe e irmãos;
9. tios, primos e/ou avós.

**36. ANTECEDENTES CRIMINAIS**

0. não, ninguém;
1. pai;
2. mãe;
3. parentes de primeiro grau (irmãos)
4. parentes de segundo grau (tios, primos)
5. avós;
6. pai e mãe;
7. pai ou mãe e irmãos;
8. pai, mãe e irmãos;
9. tios, primos e/ou avós.

**QUESTÕES SOBRE ANTECEDENTES PESSOAIS**

**37. HISTÓRICO PESSOAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA VIDA:**

**38. MOTIVO DAS INTERNAÇÕES:**

0. nunca foi internado;
1. internações clínicas, problemas orgânicos;
2. internações psiquiátricas, **excluindo pelo uso de álcool/drogas**;
3. internações clínicas e psiquiátricas;
4. não sabe precisar.

**39. HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES EM PRONTOS SOCORROS (NA VIDA):**

( ) SIM    ( ) NÃO

**40. TENTATIVA DE SUICÍDIO:**

0. nunca;
1. uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool;
2. uma vez, sob efeito de drogas/álcool;
3. mais de uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool;
4. mais de uma vez, sob efeito de drogas/álcool.

**41. PROCURA DE TRATAMENTO:**

0. sem informação
1. espontânea
2. não espontânea

## ANEXO F

### TRANSCRIÇÕES DE OUTROS DISCURSOS E ANÁLISE SEGUNDO PETERSON E MCCABE (1983) E BROWN ET AL. (1986)

#### Discurso 01

*“Foi quando é, meu pai é é bebia é, i chegava todo dia bêbadu i ia batê na minha mãe, aí eu eu tinha uns novi anu tá ligadu, aí eu comecei pá a pegá raiva tá ligadu, aí eli ia pra cima da minha mãe, eu era piquinininhu i ia pra cima deli, aí uma veiz eli quasi mi jogô pra baixu, aí minha casa é tipu um muru altu i baixu é uma oficina i quasi eli mi jogô pra baixu, aí minha mãe feiz B.O. tudu aí num deu im nada pra eli, aí pá fui crescenu, se tá ligadu, i eli foi continuanu batenu na minha mãe, aí quando eu tinha meus onzi anu eli foi batê na minha mãe, aí nu mi sigurei mais não, tudu, aí logo peguei eli, tá ligadu, aí foi assim manu, começamu a tretá todú dia, todia nós brigava aí mãe começô a cansá i mandô eli imbora, aí é melhor eli lá longi lá qui nós tá tá si danu du qui eli aí im casa aí eli briganu cá minha mãe i fazenu ela sofrê”.*

Análise e pontuação do discurso, segundo Peterson e McCabe (1983) e Brown et al (1986).

Peterson e McCabe (1983)	Descrição	Pontuação obtida
Cenário	Pai alcoolizado, mãe agredida filho agredido.	1
Complicação	Dar fim à tortura da mãe.	1
Resposta Interna	Começa a “pegar raiva”.	1
Tentativa	Espera o tempo para crescer e tentar fazer algo.	1
Conseqüência	Enfrenta o pai, as brigas se tornam diárias e a mãe se separa.	1
Reação	Aparentemente as coisas melhoram porque a mãe pára de sofrer e cada um passa a viver sua vida.	1
<b>Total</b>		<b>6</b>
Brown et al (1986)		
Pessoal	Evento ocorrido no lar do narrador, com sua família	1
Público	-	0
Ocupacional	-	0
<b>Total</b>		<b>1</b>

## Discurso 02

*“Se sabe qui adoro falar di quandu era piquenu porque eu tinha muito primu i nós brincava muito. Tevi um dia qui eu tava num muro i eu caí porque minha prima Joana mi impurrou, tava brincandu di pega pega, aí eu quebrei minha perna só qui foi mó legal porque todo mundu ficou mi mimandu i assinandu u nomi nu gessu”.*

Análise e pontuação do discurso, segundo Peterson e McCabe (1983) e Brown et al (1986).

Peterson e McCabe (1983)	Descrição	Pontuação obtida
Cenário	Sujeito, prima, muro.	1
Complicação	Brincar de pega-pega.	1
Resposta Interna	Adora a infância porque gostava de brincar com os muitos primos.	1
Tentativa	Subir no muro para brincar.	1
Conseqüência	Cai e quebra a perna.	1
Reação	Foi uma experiência boa, porque todos o mimaram e assinaram os nomes no gesso.	1
<b>Total</b>		<b>6</b>
Brown et al (1986)		
Pessoal	Evento ocorrido com familiares do narrador	1
Público	-	0
Ocupacional	-	0
<b>Total</b>		<b>1</b>

## ANEXO G

### TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS (HADDAD, 2004)

**Tabela de Números Causais**

**Tabela 1 - Números Causais\***

03 47 43 73 86	36 96 47 36 61	46 96 03 71 62	33 26 16 80 45	60 11 14 10 95
97 74 24 67 62	42 81 14 57 20	42 58 32 31 35	77 07 35 07 51	74 57 79 89 71
16 76 62 27 66	56 50 26 71 07	32 90 79 78 53	13 55 38 58 59	88 97 54 14 10
12 96 83 09 26	96 96 68 27 31	05 03 72 53 15	57 12 10 34 21	98 26 49 81 75
55 50 56 35 64	38 54 82 46 22	31 62 43 09 00	06 18 44 32 53	23 83 01 30 30
16 22 77 94 39	49 54 43 54 82	17 37 69 23 78	87 35 20 96 43	94 26 34 91 64
84 42 17 53 31	57 24 55 06 58	77 04 74 47 67	21 79 33 50 25	80 52 12 06 76
63 01 63 78 59	16 95 55 87 19	98 10 50 71 75	12 86 73 58 67	44 39 52 38 79
33 21 12 34 29	78 64 96 07 82	52 42 07 41 28	15 51 00 13 42	99 66 02 79 54
57 60 86 32 44	09 47 27 96 14	49 17 46 09 62	90 52 84 77 77	08 02 73 43 28
18 18 07 92 45	44 17 16 58 09	79 83 80 19 62	06 70 50 83 10	55 23 64 05 05
26 62 38 97 79	84 16 07 44 99	63 14 46 32 24	20 14 80 88 45	10 83 72 88 71
23 42 40 64 74	82 97 77 77 81	07 45 32 14 68	32 58 94 07 72	93 95 79 10 75
52 36 28 19 95	50 82 26 11 97	00 56 76 31 38	80 22 02 53 53	86 40 42 04 53
37 85 94 35 12	83 39 50 08 30	42 34 03 96 88	54 42 06 87 98	25 85 29 48 39
70 29 17 12 13	40 33 20 38 26	13 99 51 03 74	17 76 27 13 04	07 74 21 19 30
56 62 13 37 35	96 83 50 87 75	97 12 25 93 47	70 33 24 03 54	67 77 48 44 00
99 40 57 22 77	63 42 95 45 72	16 64 30 18 00	04 43 18 66 79	94 77 24 21 90
16 08 15 04 72	33 27 14 34 08	45 59 34 88 49	12 72 07 34 45	99 77 72 95 14
31 16 93 32 43	50 27 89 87 19	20 15 37 00 49	52 85 66 60 44	30 68 88 11 80
68 34 30 13 70	55 74 30 77 40	44 22 78 84 26	04 33 46 09 12	68 07 97 06 57
74 57 25 65 76	59 29 97 68 60	71 91 38 67 54	13 58 19 24 76	15 54 55 95 52
27 42 37 86 53	48 35 90 65 72	96 57 69 35 10	96 46 02 42 45	97 60 49 04 91
00 39 68 29 61	66 37 32 20 30	77 84 57 03 29	10 45 65 04 26	11 04 96 67 24
29 94 98 04 24	68 49 69 10 82	53 75 91 98 30	34 25 30 57 77	40 48 73 51 82
16 90 82 66 59	83 62 64 11 12	67 19 00 71 24	60 47 21 29 68	02 02 37 63 31
11 27 94 75 05	08 09 19 74 66	02 94 37 24 02	76 70 90 30 66	38 45 94 30 38
35 24 10 16 20	33 32 51 26 38	79 78 45 04 91	18 92 53 56 16	02 75 50 05 95
38 23 16 86 38	42 38 97 01 50	87 75 66 81 41	40 01 74 91 62	48 51 84 08 32
31 06 25 91 47	96 44 33 40 13	34 86 82 53 91	00 52 43 48 35	77 55 76 89 62
66 67 40 67 14	64 05 71 96 86	11 05 65 09 68	78 83 20 37 90	57 16 06 11 66
14 90 84 45 11	75 73 03 05 90	52 27 41 14 86	22 96 12 22 08	07 52 74 05 80
68 05 51 18 06	33 96 02 25 19	07 60 62 90 55	59 33 82 43 90	49 37 38 44 58
20 46 78 73 90	97 51 40 14 02	04 07 33 31 08	39 54 14 49 38	47 96 63 13 30
64 19 58 97 79	15 06 16 92 20	04 09 10 75 06	40 79 78 89 62	02 67 74 17 33
05 20 33 70 60	22 35 85 15 13	92 03 51 59 77	59 56 75 06 83	52 91 05 70 74
07 97 10 88 23	09 98 42 99 64	61 71 62 99 15	06 51 29 18 93	58 05 77 05 51
64 71 86 86 85	64 87 66 47 54	73 32 08 11 12	44 95 92 63 16	29 56 24 29 49
26 99 61 65 53	58 37 79 80 70	42 10 50 67 42	32 17 55 85 74	94 44 67 16 94
14 65 52 68 75	87 59 38 22 41	26 75 40 06 55	13 08 27 01 50	15 29 39 30 43
17 53 77 58 71	71 41 61 50 72	12 41 94 96 26	44 95 27 35 99	02 96 74 30 83
90 26 50 21 19	23 57 23 33 12	96 93 02 18 39	07 02 18 26 07	25 99 32 70 23
41 23 52 55 99	31 04 49 69 96	10 47 48 45 88	13 41 43 89 20	97 17 14 49 17
60 20 50 81 69	31 99 73 62 68	35 81 23 03 78	24 30 12 48 60	18 29 10 72 34
91 25 38 05 90	94 58 28 41 36	45 37 59 03 09	90 29 57 29 12	82 62 54 65 60
34 50 57 74 37	98 80 33 00 91	09 77 93 19 82	74 94 80 04 04	45 07 31 66 49
85 22 04 39 43	73 81 53 94 75	33 62 46 96 23	08 31 54 46 31	53 94 13 30 47
09 79 13 77 48	73 82 87 22 21	05 03 27 24 63	72 89 44 05 60	35 90 39 94 88
88 75 83 18 14	22 95 75 42 49	39 32 82 22 49	02 48 07 70 37	16 04 61 67 87
00 96 23 70 00	39 00 03 06 90	55 85 78 36 36	94 37 30 69 32	90 89 00 76 33

## ANEXO H

### ANÁLISE ENTRE OS JUIZES (TESTE KAPPA)

Concordância entre os juizes 1 e 2.

Item	JUIZ_02				Teste de Kappa		
	Ausente		Presente		k	p	
	N	%	N	%			
Cenário	JUIZ_01 Presente		10	100,0%	Não Aplicável		
	Total		10	100,0%	100% concordante		
Complicação	JUIZ_01 Presente		10	100,0%	Não Aplicável		
	Total		10	100,0%	100% concordante		
Conseqüência	JUIZ_01 Ausente	1	10,0%	9	90,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		1	10,0%	9	90,0%		
Ocupacional	JUIZ_01 Ausente	9	90,0%	1	10,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		9	90,0%	1	10,0%		
Pessoal	JUIZ_01 Ausente	2	20,0%	8	80,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		2	20,0%	8	80,0%		
Público	JUIZ_01 Ausente	7	70,0%	3	30,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		7	70,0%	3	30,0%		
Reação	JUIZ_01 Ausente	1	10,0%	8	80,0%	0,615	<b>0,035*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		1	10,0%	9	90,0%		
Resposta Interna	JUIZ_01 Ausente	4	40,0%	5	50,0%	0,800	<b>0,010*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		4	40,0%	6	60,0%		
Tentativa	JUIZ_01 Ausente	1	10,0%	9	90,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente						
Total		1	10,0%	9	90,0%		

### Concordância entre os juizes 1 e 3.

Item	JUIZ_01	JUIZ_03				Teste de Kappa	
		Ausente	Presente	N %		k	p
				N	%		
Cenário	JUIZ_01 Presente		10	100,0%			Não Aplicável 100% concordante
	Total		10	100,0%			
Complicação	JUIZ_01 Presente		10	100,0%			Não Aplicável 100% concordante
	Total		10	100,0%			
Conseqüência	JUIZ_01 Ausente	1	10,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	9	90,0%				
Total		1	10,0%	9	90,0%		
Ocupacional	JUIZ_01 Ausente	9	90,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	1	10,0%				
Total		9	90,0%	1	10,0%		
Pessoal	JUIZ_01 Ausente	2	20,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	8	80,0%				
Total		2	20,0%	8	80,0%		
Público	JUIZ_01 Ausente	7	70,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	3	30,0%				
Total		7	70,0%	3	30,0%		
Reação	JUIZ_01 Ausente	2	20,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	8	80,0%				
Total		2	20,0%	8	80,0%		
Resposta Interna	JUIZ_01 Ausente	5	50,0%				0,800 <b>0,010*</b>
	JUIZ_01 Presente	1	10,0%	4	40,0%		
Total		6	60,0%	4	40,0%		
Tentativa	JUIZ_01 Ausente	1	10,0%				1,000 <b>0,002*</b>
	JUIZ_01 Presente	9	90,0%				
Total		1	10,0%	9	90,0%		

**Concordância entre os juizes 2 e 3.**

Item	JUIZ_02	Presente	JUIZ_03		k	p
			Ausente	Presente		
			N %	N %		
Cenário	JUIZ_02 Presente		10	100,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	Total		10	100,0%		
Complicação	JUIZ_02 Presente		10	100,0%	1,000	<b>0,002*</b>
	Total		10	100,0%		
Conseqüência	JUIZ_02 Ausente	1	10,0%		1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_02 Presente	9	90,0%	9		
Ocupacional	JUIZ_02 Ausente	9	90,0%		1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_02 Presente	1	10,0%	1		
Pessoal	JUIZ_02 Ausente	2	20,0%		1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_02 Presente	8	80,0%	8		
Público	JUIZ_02 Ausente	7	70,0%		1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_02 Presente	3	30,0%	3		
Reação	JUIZ_02 Ausente	1	10,0%		0,615	<b>0,035*</b>
	JUIZ_02 Presente	1	10,0%	8		
Resposta Interna	JUIZ_02 Ausente	4	40,0%		0,615	<b>0,035*</b>
	JUIZ_02 Presente	2	20,0%	4		
Tentativa	JUIZ_02 Ausente	1	10,0%		1,000	<b>0,002*</b>
	JUIZ_02 Presente	9	90,0%	9		



## ***10. REFERÊNCIAS***

## 10. REFERÊNCIAS

Aharonovich E, Hasin DS, Brooks AC, Liu X, Bisaga A, Nunes EV. Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 81(3):313-22.

Almeida PPM, Wickerhauser H. O critério ABA-Abipeme: em busca de uma solução. Um estudo e uma proposta submetidos à ABA – Associação Brasileira de Anunciantes – e Abipeme – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado –,abr/jun. 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.4.ed.Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry.* 2000; 157: 1-39.

Asbridge M, Poulin C,Donato A. Motor vehicle collision risk and driving under the influence of cannabis: evidence from adolescents in Atlantic Canada. *Accid Anal Prev.* 2005; 37(6):1025-34.

Bachman SJ, Johnston LD, O'Malley PM. Smoking, drinking, and drug among American high school students: correlates and trends, 1977-1979. *Am. J. Public Health.* 1981; 171:59-69.

Ballone GJ - *Depressão na Adolescência* - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2001 - disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc2.html>> revisto em 2003.

Bauer PJ, Stennes L, Haight JC. Representation of the inner self in autobiography: women's and men's use of internal states language in personal narratives. *Memory.* 2003;11(1):27-42.

Bauer PJ. Development of memory in early childhood. In N. Cowan (Ed.). *The development of memory in childhood*. Hove East Essex, Psychology Press, 1997.

Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Belmonte-Llario A, Pelayo-Delgado E. Risk and protective factors for drug abuse in adolescents. A longitudinal research. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005; 33(6):352-8.

Beatty WW, Katzung VM, Moreland V, Nion SJ. Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers. *Drug and Alcohol Depend.* 1995, 37: 247-253.

Bechara A, Dolan S; Denburg N, Hindes A, Anderson SW, Nathan PE. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia.* 2001;39: 376-389.

Beike DR, Wirth-Beaumont ET. Psychological closure as a memory phenomenon. *Memory.* 2005; 13(6):574-93.

Beitchman JH, Adlaf EM, Atkinson L, Douglas L, Massak A, Kenaszchuk C. Psychiatric and substance use disorders in late adolescence: the role of risk and perceived social support. *Am J Addict.* 2005;14(2):124-38.

Berntsen D. Tunnel memories for autobiographical events: Central details are remembered more frequently from shocking than from happy experiences. *Memory & Cognition.* 2002; 30 (7):1010-1020(11).

Blagov PS, Singer JA. Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality.* 2004; 72, 481-512.

Block RI, O'Leary DS, Hichwa RD, Augustinack JC, Boles Ponto LL, Ghoneim MM, et al. Effects of frequent marijuana use on memory-related regional cerebral blood flow. *Pharmacol Biochem Behav.* 2002;72(1-2):237-50.

Borrini G, Dall'ora P, Della-Sala S, Mainelli L, Spinnler H. Autobiographical memory. Sensitivity to age and education of a standardized enquiry. *Psychological Medicine.* 1989;19: 215-224.

Brasiliano S. Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, p245, 2005.

Brown NR, Shevell SK, Rips LJ. Public memories and their personal context. In: Rubin DC. *Autobiographical Memory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. p137- 158.

Brown SA, Tapert SF. Adolescence and the trajectory of alcohol use: basic to clinical studies. *Ann N Y Acad Sci*. 2004; 1021:234-44.

Brown, NR. Organization of public events in long-term memory. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1990; 119, 297-314.

Buckner JP, Fivush R. Gendered themes in family reminiscing. *Memory*. 2000; 8(6):401-12.

Budson AE, Price BH. Memory Dysfunction. *N Engl J Med*;352(7). 2005; 692-9.

Bukstein OG, Cornelius J, Trunzo AC, Kelly TM, Wood DS. Clinical predictors of treatment in a population of adolescents with alcohol use disorders. *Addict Behav*. 2005; 30(9):1663-73.

Burke JD, Burke KC, Rae DS. Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescents. *Hosp. Comm. Psychiatry*. 1994; 45: 451-5.

Burnside E, Startup M, Byatt M, Rollinson L, Hill J. The role of overgeneral autobiographical memory in the development of adult depression following childhood trauma. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 4):365-76.

Cadet JL, Bolla K, Herning RI. Neurological assessments of marijuana users. *Methods Mol Med*. 2006;123:255-68.

Caldwell LC, Schweinsburg AD, Nagel BJ, Barlett VC, Brown SA, Tapert SF. Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (blood oxygen level dependent) response to spatial working memory. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(3):194-200.

Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva Filho, AR, Barbosa, MTS. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual em dez capitais brasileiras, em 1987. In: *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987*. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989. p9-84.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto SA. *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001*. São Paulo, CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade de São Paulo, 2002.

Carlini-Marlatt B. “A população é jovem e o país é quente”: estimativas de consumo de álcool e tabaco no Brasil pelos dados das indústrias produtoras. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. 2001; 2: 3-8.

CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) - The Formative Years: Pathways to Substance abuse among girls and young women ages 8-22, 2003. Available from: [http://www.casacolumbia.org/usr\\_doc/Formative\\_Years\\_Pathways\\_2003R.pdf](http://www.casacolumbia.org/usr_doc/Formative_Years_Pathways_2003R.pdf).

Catal LL, Fitzgerald JM. Autobiographical memory in two older adults over a twenty-year retention interval. *Memory and Cognition*. 2004; 32 (2), 311-323.

Chang JJ, Chen JJ, Brownson RC. The role of repeat victimization in adolescent delinquent behaviors and recidivism. *J Adolesc Health*. 2003;32(4):272-80.

Chang L, Yakupov R, Cloak C, Ernst T. Marijuana use is associated with a reorganized visual-attention network and cerebellar hypoactivation. *Brain*. 2006; 129 (5):1096-112.

Chen CY, Anthony JC. Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use. *Addiction*. 2003; 98: 71-82.

Chen K, Kandel DB, Davies M. Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 1997; 46: 53-67.

Chen KW, Killeya-Jones LA, Vega WA. Prevalence and co-occurrence of psychiatric symptom clusters in the U.S. adolescent population using DISC predictive scales. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:22.

Chiang SC, Chen SJ, Sun HJ, Chan HY, Chen WJ. Heroin use among youths incarcerated for illicit drug use: psychosocial environment, substance use history, psychiatric comorbidity, and route of administration. *Am J Addict*. 2006; 15(3):233-41.

Chinet L, Plancherel B, Bolognini M, Bernard M, Laget J, Daniele G, Halfon O. Substance use and depression. Comparative course in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(3):149-55.

Cleveland ES, Reese E. Maternal structure and autonomy support in conversations about the past: contributions to children's autobiographical memory. *Dev Psychol*. 2005; 41(2):376-88.

Conason AH, Sher L. Alcohol use in adolescents with eating disorders. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18(1):31-6.

Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychological Review*. 2000; 107, 261-288.

Conway MA. A structural model of autobiographical memory. In: Conway MA, Rubin DC, Spinnler H, Wagenaar A. *Theoretical perspectives on autobiographical memory*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic, 1992. p167-192.

Conway MA. *Autobiographical memory: An introduction*. Philadelphia: Open University Press, 1990.

Conway MA. Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 2005; 53, 594-628.

Conway MA. Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In: Rubin DC. *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, Cambridge: 1996. p.67-93.

Crews FT, Mdzinarishvili A, Kim D, He J, Nixon K. Neurogenesis in adolescent brain is potently inhibited by ethanol. *Neuroscience*. 2006; 137(2):437-45.

Croft RJ; Mackay AJ, Mills A T, Gruzelier JG .The relative contributions of ecstasy and cannabis to cognitive impairment. *Psychopharmacology*. 2001; 153 (3): 373-379.

Cunha PJ, Camargo CHP, Nicastrí S. Déficits neuropsicológicos e Cocaína: em Estudo-Piloto. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. 2001; 2 ( 1): 31-37.

Dalgleish T, Williams JM, Golden AM, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, Yeung CA, Murphy V, Elward R, Tchanturia K, Watkins E. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *J Exp Psychol Gen*. 2007 Feb;136 (1):23-42.

D'Argembeau A, Van Der Linden M, Verbanck P, Noel X. Autobiographical memory in non-amnesic alcohol-dependent patients. *Psychol Med*.2006;36(12):1707-15.

Davis PJ. Gender differences in autobiographical memory for childhood emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*.1999; 76(3):498-510.

Denkova E, Botzung A, Scheiber C, Manning L. Implicit emotion during recollection of past events: a nonverbal fMRI study. *Brain Res*. 2006; 1078(1):143-50.

Dijkstra K, Kaschak MP. Encoding in verbal, enacted and autobiographical tasks in young and older adults. *Q J Exp Psychol*. 2006; 59(8):1338-45.

Dijkstra K, Misirlisoy M. .Event components in autobiographical memories. *Memory*. 2006; 14 (7): 846-852.

Drobes DJ, Lang P. Bioinformational theory and behavior therapy. In: W. O'Donohue & L. Krasner (Orgs.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association: 1995. p229-258.

Drobes DJ. Concurrent Alcohol and tobacco dependence: mechanisms and treatment. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(2): 136-42.

Dunn MG, Tarter RE, Mezzich AC, Vanyukov M, Kirisci L, Kirillova G. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clin Psychol Rev*. 2002; 22:1063-1090.

Eckes T, Trautner HM, Behrendt R. Gender subgroups and intergroup perception: adolescents' views of own-gender and other-gender groups. *J Soc Psychol*.2005;145 (1):85-111.

Egerton A, Allison C, Brett RR, Pratt JA. Cannabinoids and prefrontal cortical function: insights from preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006; 30(5):680-95.

Ehrenreich H; Rinn T; Kunert HJ; Moeller MR; Poser W; Schilling L; Gigerenzer G; Hoehe MR. Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology.* 1999;142(3):295-301.

Eiber R, Puel M, Schmitt L. Heroin abuse, autobiographical memory and depression. *Encephale.* 1999;25 (6):549-57.

Ersche KD, Clark L, London M, Robbins TW, Sahakian BJ. Profile of executive and memory function associated with amphetamine and opiate dependence. *Neuropsychopharmacology.* 2006;31(5):1036-47.

Estrin I, Sher L. The constitutionality of random drug and alcohol testing of students in secondary schools. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18(1):21-5.

Everett SA, Giovino GA, Warren CW, Crossett L, Kann L. Other substance use among high school students who use tobacco. *J Adolesc. Health.* 1998; 23: 289-96.

Fergusson D, Horwood LLJ, Lynskey MT. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction.* 1995; 90: 935-46.

Field AP, Psychol C, Morgan J. Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *J Anxiety Disord.* 2004; 18 (5):647-63.

Finkenauer C, Rime B. Socially shared emotional experiences vs. emotional experiences kept secret: differential characteristics and consequences. *J Soc Clin Psychol.* 1998; 17, 295-318.

Fitzgerald JM. Autobiographical memory: a developmental perspective. In. Rubin DC (ed.), *Autobiographical memory.* Cambridge, Cambridge University Press; 1986, p122-134.



Fivush B, Green OC, Porter CC, Balfe JW, O'Regan S, Gahl WA. Pancreatic endocrine insufficiency in posttransplant cystinosis. *Am J Dis Child.* 1987;141 (10): 1087-9.

Fivush R, Gray JT, Fromhoff F. Two-year-olds talk about the past. *Cognitive Development.* 1987; 2, 393-409.

Fivush R, Nelson K. Culture and language in the emergence of autobiographical memory. *Psychol Sci.* 2004;15(9):573-7.

Fivush R. The stories we tell: how language shapes autobiography. *Applied Cognitive Psychology.* 1998; 12, 483-488.

Florenzano R, Pino P, Marchandón A. Conductas de riesgo en adolescentes escolares de Santiago de Chile. *Rev Med Chil.* 1993;121(4):462-9.

Foisy ML, Philippot P, Verbanck P, Pelc I, van der Straten G, Kornreich C. Emotional facial expression decoding impairment in persons dependent on multiple substances: impact of a history of alcohol dependence. *J Stud Alcohol.* 2005; 66(5) :673-81.

Fortes JRA. Histórico do alcoolismo. In: Fortes JRA, Cardo WN. *Alcoolismo: diagnóstico e tratamento*, São Paulo, Sarvier, 1991.p1-10.

Foster NA, Valentine ER. The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Exp Aging Res.* 2001; 27(3):215-28.

Friedman WJ. Children's time memory: the development of a differentiated past. *Cognitive Development.* 1992; 7, 171-187.

Furman W. The development of children's social network. In: Belle D (Ed), *Children's social networks and social support*. Oxford, England: Wiley, 1989. p151-172.

Galanter M, Kleber HD, *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*. Washington DC: American Psychiatry Press; 1994.

Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.*

São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.

Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas*. São Paulo: FAPESP; 1999.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. A adolescência, o ensino e o abuso de drogas. Reflexões. *Revista Temas Teoria e Prática do Psiquiatra*. 1995; 25 (49): 48-57.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini AM. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Centro de Informações Brasileiras sobre Drogas Psicotrópicas–Cebriid, 2004. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil2/index.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm).

Garfinkel SN, Dienes Z, Duka T. The effect of alcohol and repetition at encoding on implicit and explicit false memories. *Psychopharmacology*. 2006 Nov;188(4):498-508

Gathercole SE. The development of memory. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39(1):3-27.

Ghodse AH. *Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment*. Oxford: Blackwell Science, 1995.

Gilboa A. Autobiographical and episodic memory--one and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia*. 2004; 42(10):1336-49.

Giusti, JS. Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros. São Paulo, 204p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

Glass JM, Adams KM, Nigg JT, Wong MM, Puttler LI, Buu A, Jester JM; Fitzgerald HE; Zucker RA. Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism. *Drug Alcohol Depend*. 2006; 82(2):119-26.

Gold MS. *Marijuana*. NY: Plenum Medical Book Company, 1989.

Goldstein A, Kalant H. Drug policy: striking the right balance. *Science*. 1990;249:1513 -1521.

Goleman, D. *Inteligência Emocional*. Tradução: Marcos Santarrita; Rio de Janeiro: Objetiva, 1995. p 24-25.

Graham ML, Ward B, Munro G, Snow P, Ellis J. Rural parents, teenagers and alcohol: what are parents thinking? *Rural Remote Health*. 2006;6(1):383.

Grotevant HD, Cooper CR. Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*. 1985; 56, 415-428.

Grotevant HD. The integrative nature of identity: Bringing the soloists to sing in the choir. In: Kroger J. *Discussions on ego identity*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1993, pp 121-146.

Habermas T, Bluck S. Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychol Bull*. 2000;126(5):748-69. 19.

Haddad N. Noções gerais de amostragem. In: Haddad N. *Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde – Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico*. São Paulo: Rocca; 2004.

Haden CA, Haine RA, Fivush R. Developing narrative structure in parent-child reminiscing across the preschool year. *Developmental Psychology*. 1997; 33, 295-307.

Hall W. Cannabis use and psychosis - comprehensive review. *Drug Alcohol Rev*. 1998; 17: 433-44.

Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med*. 2004;27(3):224-31.

Hanna EZ, Yi H, Dufour M, Whitmore CC. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J. Subst. Abuse*. 2001; 13:265-82.

Hannon L, Cuddy MM. Neighborhood ecology and drug dependence mortality: an analysis of New York City census tracts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006; 32(3):453-63.

Hanson GR. *Looking the rave promoters and club drugs*. National Institute on Drug Abuse (NIDA) STATEMENTS. Available from: <http://165.112.78.61/Testimony/12-4-01Testimony.html>, 2001.

Harley K, Reese E. Origins of autobiographical memory. *Dev Psychol*. 1999; 35(5): 1338-48.

Hayes SC, Pankey J, Gregg J. Anxiety and acceptance and commitment therapy. In: Gosh E, DiTomasso R. *Comparative treatments of anxiety disorders*. New York: Springer, 2002.p.110-136.

Hayes SC. A contextual approach to therapeutic change. In: N. Jacobson. *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press, 1987.p.327-387.

Helstrom A, Bryan A, Hutchison KE, Riggs PD, Blechman EA. Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between externalizing behavior and illicit drug use among delinquent adolescents. *Prev Sci*. 2004; 5(4):267-77.

Herbert M. *Convivendo com Adolescentes*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

Hermans D, Defranc A, Raes F, Williams JM, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. *Br J Clin Psychol*. 2005; 44(4):583-9.

Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(5):364-8.

Hoffman JH, Welt JW, Barnes GM. Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behavior*. 2001; 26:63-78.

Holmberg M. Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-year-old population. IV: Chronic drug abusers. *Acta Psychiatr*. 1985; 71: 201-03.

Howes JL, Katz AN. Remote memory: recalling autobiographical and public events from across the lifespan. *Can J Psychol.* 1992; 46(1):92-116.

Hudson JI, Weiss RD, Pope HG Jr, McElroy SK, Mirin SM. Eating disorders in hospitalized substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1992;18(1):75-85.

Irish M, Cunningham CJ, Walsh JB, Coakley D, Lawlor BA, Robertson IH, Coen RF. Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006; 22(1):108-20.

Isralowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addict Behav.* 2006; 31(2):355-8.

Ivanoiu A, Cooper JM, Shanks MF, Venneri A. Patterns of impairment in autobiographical memory in the degenerative dementias constrain models of memory. *Neuropsychologia.* 2006;44(10):1936-55.

Iversen L. Cannabis and the brain. *Brain.* 2003;126(Pt 6):1252-70.

J van Os, Bak M, Hanssen M Bijl R, Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study . *Am J Epidemiol.* 2002; 156(4):319-27.

Jacobsen LK; Krystal JH; Mencil WE; Westerveld M; Frost SJ; Pugh KR. Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers. *Biol Psychiatry.* 2005;57(1):56-66.

Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement - an overview. *Arch Gen Psychiatry.* 1986; 43:746-54.

Kandel, D., Adolescent drug abuse. *J Am Acad Child Psy.* 1982; 20: 573-577.

Kansaku K, Yamaura A, Kitazawa S. Sex Differences in Lateralization Revealed in the Posterior Language Areas. *Cerebral Cortex.* 2000; 10 (9): 866-872.

Kao CM, Dritschel BH, Astell A. The effects of rumination and distraction on over-general autobiographical memory retrieval during social problem solving. *Br J Clin Psychol.* 2006; 45 (Pt 2):267-72.

Kihlstrom JF, Schacter DF. Functional disorders of autobiographical memory. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN. *Handbook of memory disorders.* New York: Wiley, 1995. p.337-364.

Kingery PM, Pruit BE, Hurley RS. Violence and illegal drug use among adolescents: evidence from the U.S. National Adolescent Student Health Survey. *Int. J. Addict.* 1992; 27:1445-64.

Kornreich C, Foisy ML, Philippot P, Dan B, Tecco J, Noel X, Hess U, Pelc I, Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Res.* 2003; 119(3) :251-60.

Kuyken W, Brewin CR. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *J Abn Psy.* 1995;104 (4): 585-591.

Kuyken W, Howell R, Dalgleish T. Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with, versus without, a reported history of trauma. *J Abnorm Psychol.* 2006; 115(3):387-96.

Lahey M. *Language disorders and language development.* New York: Macmillan, 1988.

Laranjeira R, Surjan J. Conceitos básicos e diagnósticos. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas.* 2001; 2 (Supl. 1):2-6.

Larson RW, Richards MH. Boredom, in the middle school years: Blaming schools versus blaming students. *Am. J. Ed.* 1991; 99, 418-443.

Lee JL, Milton AL, Everitt BJ. Cue-induced cocaine seeking and relapse are reduced by disruption of drug memory reconsolidation. *J Neurosci.* 2006; 26 (22):5881-7.

Leite MC. Fatores preditivos de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína. Tese (Mestrado).

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorder in young adulthood. *Addiction*. 1999; 94:913-21.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley RS. Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 1996 (91): 375-90.

Lezak M. *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press, 1995.

Lynch T, Robins C, Morse J, Frause E. A meditational model relating affect intensity emotional inhibition and psychological distress. *Behavior Therapy*. 2001; 32, 519-536.

Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ. The origins of the correlation between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1998; 39:995-1005.

Mackinger HF, Leibetseder MF, Kunz-Dorfer AA, Fartacek RR, Whitworth AB, Feldinger FF. Autobiographical memory predicts the course of depression during detoxification therapy in alcohol dependent men. *J Affect Disord*. 2004;78(1):61-5.

Mansell W, Lam Dominic. A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar and unipolar depression and the role of imagery in the specificity of memory. *Memory*. 2004; 12 (4), 437-446.

Marques ACP, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiq*. 2000; (supl 2), 22:32- 36.

Martin Q, Peters RJ, Amos CE, Yacoubian GS, Johnson RJ, Meshack A, Essien EJ. The relationship between sexual abuse and drug use: a view of African-American college students in Texas. *J Ethn Subst Abuse*. 2005;4(1):23-33.

Masur J, Carlini E. *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

Mathias, R. Chronic solvent abusers have more brain abnormalities and cognitive impairments than cocaine abusers. *NIDA NOTES*. 2002; 17(4): 5-6.

Matsumoto A, Stanny CJ. Language-dependent access to autobiographical memory in Japanese-English bilinguals and US monolinguals. *Memory*. 2006;14(3):378-90.

Maturana HR. *Cognição ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2001, p182.

McAdams DP. *The person: an integrated introduction to personality psychology*. Fort Worth: Harcourt College Publishing, 2001.

McAdams D.P. Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*. 1996; 7, 295-321.

McAdams D.P. *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. New York: Morrow, 1993.

McAdams DP. *Power and intimacy*. New York: Guilford Press, 1985.

McLean KC, Thorne A. Late adolescents' self-defining memories about relationships. *Dev Psychol*. 2003;39(4):635-45.

McLean KC. Late adolescent identity development: narrative meaning making and memory telling. *Dev Psychol*. 2005;41(4):683-91.

Meesters C, Merckelbach H, Wessel PMI. Autobiographical memory and trauma in adolescents. *J Behav Ther Exp Psych*. 2000; 31: 29-39.

Miller C, Marshall J.: Molecular Substrates for Retrieval and Reconsolidation of Cocaine-Associated Contextual Memory *Neuron*. 2005; 47, 873-884.

Miller LL, Branconnier RJ. Cannabis: effects on memory and the cholinergic limbic system. *Psychol Bull*. 1983;93(3):441-56.

Moon DG, Hecht ML, Jackson KM, Spellers RE. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Subst Use Misuse*. 1999 ; 34:1059-83.



Morettin PA. *Introdução a estatística para ciências exatas*. São Paulo: Atual, 1981. p.211.

Morling B, Epstein S. Compromises produced by the dialectic between self-versification and self-enhancement. *J Pers Soc Psy*. 1997; 73, 1268-1283.

Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB, Pine DS. The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychol Med*. 2005; 35(2):163-74.

Nelson K. *Language in cognitive development: emergence of the mediated mind*. New York: Cambridge University Press, 1996.

Nelson K. The ontogeny of memory for real events. In U. Neisser & E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory*. New York: Cambridge University Press, 1988.p.244-276.

Nelson MC, Gordon-Larsen P. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics*. 2006; 117(4): 1281-90.

Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychology*. 1989; 44: 242-8.

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini E. *Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua em seis capitais brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

Nunes EV, Weissman MM, Goldstein R, McAvay G, Beckford , Seracini A, Verdeli H, Wickramaratne P. Psychiatric disorder and impairment in the children of opiate addicts: prevalences and distribution by ethnicity. *Am J Addict*. 2000;9(3):232-41.

O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG. Adolescent substance use. *Pediatr Clin North Am*. 1995; 42(2):241-60.

O'Connell H, Lawlor BA. Recent alcohol intake and suicidality-a neuropsychological perspective. *Ir J Med Sci*. 2005;174(4):51-4.

Oetzel J, Duran B, Jiang Y, Lucero J. Social support and social undermining as correlates for alcohol, drug, and mental disorders in American Indian women presenting for primary care at an Indian Health Service hospital. *J Health Commun.* 2007;12(2):187-206.

Oliveira CCC, Scheuer CI, Scivoletto S. Autobiographical Memory in Adolescent who use Drugs. Abstrats. *26 th World Congress of the International Associations of Logopedics and Phoniatics: 2004*, Brisbane Queensland Australia. p.51.

Oliveira CC, Scheuer CI, Scivoletto S. Memória de trabalho em adolescentes dependentes químicos sem comorbidades. In: *XVII Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil*, 2005, Anais do Congresso: o futuro de uma geração - multidisciplinaridade e avanços no atendimento da criança, adolescente e família, 2005, Curitiba. p77.

Oliveira CCC, Scheuer CI. Memória autobiográfica e semântica em adolescentes Usuários de Drogas e Seus Controles. *Anais do Congresso Bienal da Sociedade Latino-americana de Neuropsicologia (SLAN)*, 2003, Canadá. Abstracts p24.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e Comportamentos da CID-10*. Tradução de Dorgival Caetano, com a colaboração de Maria Lúcia Domingues e Marco Antônio Marcolin. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1993.

Orbach Y, Lamb ME, Sternberg K J, Williams JMG, Dawud-Noursi D. The effect of being a victim or witness of family violence on the retrieval of autobiographical memories. *Child Abuse & Neglect.* 2001;25: 1427-1437.

Pasupathi M. Emotion regulation during social remembering: differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory.* 2003;11(2):151-63.

Pasupathi M. The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychol Bull.* 2001; 127(5):651-72.

Pasupathi M. Told and never told tales: written narratives about personal experiences are affected by prior disclosure (Manuscript submitted for publication). In: McLean K. Late adolescent identity

development: narrative meaning making and memory telling. *Developmental Psychology*. 2005; 41 (4), 683-691.

Paulus MP, Tapert SF, Pulido C, Schuckit MA. Alcohol attenuates load-related activation during a working memory task: relation to level of response to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(8):1363-71.

Pennebaker J. Confession, inhibition, and disease. In: L Berkowitz. *Advances in experimental social psychology*. New York, Academic Press, 1989. p211-244.

Pennebaker J. *Opening up: the healing power of expressing emotion*. New York: Guilford Press, 1997.

Pennebaker JW, Zeh E, Rimé B. Disclosing and sharing emotion: Psychological, social and health consequences. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p.517-544.

Peterson C, McCabe A. A social interactionist account of developing decontextualized narrative skill. *Developmental Psychology*. 1994; 30, 937-948.

Peterson C, McCabe A. *Development psycholinguistics: three ways of looking at a child's narrative*. New York: Plenum, 1983.

Piefke M, Fink GR. Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anat Embryol*. 2005; 210(5-6):497-512.

Piefke M, Weiss PH, Markowitsch HJ, Fink GR. Gender differences in the functional neuroanatomy of emotional episodic autobiographical memory. *Hum Brain Mapp*. 2005 ; 24(4):313-24.

Piefke M, Weiss PH, Zilles K, Markowitsch HJ, Fink GR. Differential remoteness and emotional tone modulate the neural correlates of autobiographical memory. *Brain*. 2003;126(Pt 3):650-68.

Pillemer DB, Wink P, DiDonato TE, Sanborn RL. Gender differences in autobiographical memory styles of older adults. *Memory*. 2003;11(6):525-32.

Piper BJ, Meyer JS. Memory deficit and reduced anxiety in young adult rats given repeated intermittent MDMA treatment during the periadolescent period. *Pharmacol Biochem Behav.* 2004;79(4):723-31.

Pitel AL; Witkowski T; Vabret F; Guillery-Girard B; Desgranges B; Eustache F; Beaunieux H. Effect of episodic and working memory impairments on semantic and cognitive procedural learning at alcohol treatment entry. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(2):238-48, 2007 Feb.

Plante E, Schmithorst VJ, Holland SK, Byars AW. Sex differences in the activation of language cortex during childhood. *Neuropsychologia.* 2006;44(7):1210-21.

Pompéia S. Efeitos de dois benzodiazepínicos sobre a memória, desempenho psicomotor e sensações subjetivas em voluntários normais. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

Pope Jr HG, Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA.* 1996; 275 (07): 521- 527.

Pope Jr HG. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58: 909-15.

Quednow BB, Jessen F, Kuhn KU, Maier W, Daum I, Wagner M. Memory deficits in abstinent MDMA (ecstasy) users: neuropsychological evidence of frontal dysfunction. *J Psychopharmacol.* 2006; 20(3):373-84.

Radvansky GA, Copeland DE, Zwaan RA. A novel study: investigating the structure of narrative and autobiographical memories. *Memory;* 2005; 13(8):796-814.

Raes F, Hermans D, Williams JM, Eelen P. Autobiographical memory specificity and emotional abuse. *Br J Clin Psychol.* 2005;4(Pt 1):133-138.

Reis HT, Lin Y, Bennett EM, Nezlek JB. Change and consistency in social participation during early adulthood. *Developmental Psychology.* 1993; 29, 633-645.

Rogers J. Cognitive performance amongst recreational users of "ecstasy". *Psychopharmacology*, 2000; 151 (1): 19-24.

Rogers RD, Robbins TW. Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Curr Opin Neurobiol.* 2001; 11 (2): 250-7.

Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 101-109.

Rosenberg NL, Grigsby J, Dreisbach J, Busenbark D, Grigsby P. Neuropsychologic Impairment and MRI Abnormalities Associated with Chronic Solvent Abuse. *J Tox Clin Tox.* 2002; 40(1), 21-34.

Rupp CI, Fleischhacker WW, Drexler A, Hausmann A, Hinterhuber H, Kurz M. Executive function and memory in relation to olfactory deficits in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006; 30(8):1355-62.

Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley TJ. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43(9):1080-8.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies 1998. National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 1999. Available from: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh.htm>.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse in States and Metropolitan Areas: Model Based Estimates from the 1991-1993. National Household Survey on Drug Abuse: Summary Report. U.S. Department of Health and Human Services, 1996. Available from: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh.htm>.

Sansone RA, Sansone LA. *Bulimia nervosa: medical complications. understanding eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity.* Washington DC. 1994. p181-201.

Sareen J, Chartier M, Paulus MP, Stein MB. Illicit drug use and anxiety disorders: findings from two community surveys. *Psychiatry Res.* 2006; 142(1):11-7.

Sargent JD, Wills TA, Stoolmiller M, Gibson J, Gibbons FX. Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *J Stud Alcohol.* 2006; 67(1) : 54-65.

Saxon AJ. Clinical evaluation and use of urine screening for drug abuse. *West J Med,* 1988;149:296,

Schaefer A, Philippot P. Selective effects of emotion on the phenomenal characteristics of autobiographical memories. *Memory.* 2005;13(2):148-60.

Schlagman S, Schulz J, Kvavilashvili L. A content analysis of involuntary autobiographical memories: examining the positivity effect in old age. *Memory.* 2006;14(2):161-75.

Schulkind MD, Hennis LK, Rubin DC. Music, emotion, and autobiographical memory: they're playing your song. *Mem Cognit.* 1999;27(6):948-55.

Schweinsburg AD, Schweinsburg BC, Cheung EH, Brown GG, Brown SA, Tapert SF. fMRI response to spatial working memory in adolescents with comorbid marijuana and alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2005;79(2):201-10.

Scivoletto S, Giusti J. Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência. Available from: [http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/ac\\_131.htm](http://72.21.62.210/alcooledrogas/atualizacoes/ac_131.htm), 2004.

Scivoletto S. Tratamento Psiquiátrico Ambulatorial de Adolescentes Usuários de Drogas - características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento. 127p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

Selassie GR, Jennische M, Kyllerman M, Viggedal G, Hartelius L. Comorbidity in severe developmental language disorders: neuropediatric and psychological considerations. *Acta Paediatr.* 2005 Apr;94(4):471-8.

Semlitz LG. Adolescent drug abuse – diagnosis, treatment, and prevention psych. *Clin. North Am.* 1996; 9:45-73.

Shaywitz BA, Shaywitz SE, Pugh KR, Constable RT, Skudlarski P, Fulbright RK, Bronen RA, Fletcher JM, Shankweiler DP, Katz L, Gore JC. Sex differences in the functional organization of the brain for language, *Nature.* 1995; 373 (6515), 607-609.

Sher L. Functional magnetic resonance imaging in studies of neurocognitive effects of alcohol use on adolescents and young adults. *Int J Adolesc Med Health.* 2006; 18(1):3-7.

Shimojima Y. On feeling negative past as a part of current self: subjective temporal organization of autobiographical memories. *Psychol Rep.* 2004;95 (3):907-13.

Siliquini R, Faggiano F, Geninatti S, Versino E, Mitola B, Ippolito R. Patterns of drug use among young men in Piedmont (Italy). *Drug Alcohol Depend.* 2001; 64: 329-335.

Silveira FDX, Gorgulho M. *Dependência-Compreensão e assistência às toxicomanias.* São Paulo: Ed.Casa do Psicólogo, 1996.

Smith JW. Addiction medicine and domestic violence. *J Subst Abuse Treat.* 2000; 19: 329-338.

Snow CE. Building memories: The ontogeny of autobiography. In: Cichetti D, B Marjorie. *The self in transition: infancy to childhood.* Chicago, University of Chicago Press, 1990. p. 213-242.

Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, Christiansen K, Mcrec B, Vendetti J. Cognitive functioning of long heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA.* 2002; 287: 1123-1131.

Solowij N. Acute effects of cannabis on cognitive functioning. In: Solowij N. *Cannabis and cognitive functioning.* Cambridge: Cambridge University Press; p.29-39, 1998.

Spear LP. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002;(14):71-81.

Speck O, Ernst T, Braun J, Koch C, Miller E, Chang L. Gender differences in the functional organization of the brain for working memory. *NeuroReport*. 2000; 11(11): 2581-2585.

Spinhoven P, Bockting CL, Schene AH, Koeter MW, Wekking EM, Williams JM. Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *J Abnorm Psychol*. 2006; 115(3):590-600.

Sterling S, Weisner C. Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: implications for outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(5):801-9.

Stern DN. Developmental prerequisites for the sense of a narrated self. In: Cooper AM, Kernberg OF, Person ES. *Psychoanalysis: toward the second century*. New Haven, Yale University Press, 1989. p168-178.

Stewart DG, Brown SA. Withdrawal and dependence symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. *Addiction*. 1995; 90: 627-35.

Strasburger VC. Adolescents, drugs and the media. *Adolesc Med*. 1993; 4(2):391-416.

Strickland TL, Mena I, Villanueva-Meyer J, Miller BL, Cummings J, Mehringer CM.. Cerebral perfusion and neuropsychological consequences of chronic cocaine use. *J Neuropsych Clin Neurosci*. 1993;5: 410-427.

Struve FA, Straumanis JJ, Patrick G, Leavitt J, Manno JE, Manno BR. Topographic quantitative EEG sequelae of chronic marijuana use: a replication using medically and psychiatrically screened normal subjects. *Drug Alcohol Depend*. 1999; 1; 56(3):167-79.

Suris JC, Nebot M, Parera N. Behaviour evaluation for risk-taking adolescents (BERTA): an easy to use and assess instrument to detect adolescent risky behaviours in a clinical setting. *Eur J Pediatr*. 2005; 164(6):371-6.

Svoboda E, McKinnon MC, Levine B. The functional neuroanatomy of autobiographical memory: a meta-analysis. *Neuropsychologia*. 2006; 44(12):2189-208.



Talarico JM, LaBar KS, Rubin DC. Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Mem Cognit.* 2004; 32(7):1118-32.

Taussik I, Wagner GP. Memória explícita e envelhecimento. In: Parente MAMP. *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: ArtMed, 2006. p.67-84.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar em adolescentes. *Rev. Saúde Pública.* 2001; 35:150-8.

Tessler M, Nelson K. Making memories: the influence of joint encoding on later recall by young children. *Consciousness and Cognition.* 1994;3:307-326.

Thomas-Antérion C, Collomb K, Borg C, Nevers B, Laurent B. Short public events memory evaluation: the EVE-10 battery contribution. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2006;4(2):145-53.

Thompson EA, Mazza JJ, Herting JR, Randell BP, Eggert LL. The mediating roles of anxiety depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35(1):14-34.

Thomsen SR, Rekve D. Entertainment and music magazine reading and binge drinking among a group of juvenile offenders. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18(1): 123 -31.

Thorne A, McLean KC, Lawrence AM. When remembering is not enough: Reflecting on self-defining memories in late adolescence. *Journal of Personality.* 2004;72, 513-541.

Thorne A. Personal memory telling and personality development. *Personality and Social Psychology Review.* 2000; 4:45-56.

Trabasso T, Secco T, Van Den Broek P . Causal cohesion and story cohesion. In: Mandi H, Stein NL Trabasso T (Eds), *Learning and comprehension of text*. Hillsdale: Erlbaum, 1984. p.83-111.

Tulving E, Kapur S, Craik FI M, Moscovitch M, Houle S. Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory: positron

emission tomography finding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1994; 91:2016-2020.

Tulving E. Episodic memory: from mind to brain. *Ann Rev Psychol*. 2002; 53: 1-25.

Turkington C. Improve your memory through your lifestyle. In: Turkington C. *12 Steps to a better memory*. New York: Macmillan, 1996.p.129-140.

UNODCCP - United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. URL:[http:// www. undcp.org/adhoc/report\\_2001-06-26\\_1/report\\_2001-06-26\\_1.pdf](http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf) .

Valdez A, Kaplan CD, Cepeda A. The drugs-violence nexus among Mexican-American gang members. *J Psychoactive Drugs*. 2006; 38(2):109-21.

Van Abbema DL, Bauer PJ. Autobiographical memory in middle childhood: recollections of the recent and distant past. *Memory*. 2005; 13(8):829-45.

Van Etten ML, Anthony JC. Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug Alcohol Depend*. 1999; 54:117-25.

Van Minnen A, Wessel I, Verhaak C, Smeenk J. The relationship between autobiographical memory specificity and depressed mood following a stressful life event: a prospective study. *Br J Clin Psychol*. 2005;44(Pt 3):405-15.

Vandenbergher, L. Relatar emoções transforma as emoções relatadas? Um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção do transtorno do estresse pós-traumático. *Rev Bras. de Ter. Comp. Cogn*.2004; 6 (1), 39-48.

Varnhagen CK, Morrison FJ, Everall R. Age and schooling effects in the story recall and story production. *Development Psychology*. 1994; 30, 969-979.

Vieira S, Hoffmann R. *Elementos de estatística*. São Paulo: Atlas, 1995.

Vörös V, Fekete S, Hewitt A, Osváth P. Suicidal behavior in adolescents--psychopathology and addictive comorbidity. *Neuropsychopharmacol.* 2005;7(2):66-71.

Vrielynck N, Deplus S, Philippot P. Overgeneral autobiographical memory and depressive disorder in children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007;36(1):95-105.

Wang Q. The emergence of cultural self-constructs: autobiographical memory and self-description in European American and Chinese children. *Dev Psychol.* 2004; 40(1):3-15.

Welch-Ross M. An Integrative Model of the Development of Autobiographical Memory. *Developmental Review.* 1995;15, 338-365.

Wenzel A, Pinna K, Rubin DC. Autobiographical memories of anxiety-related experiences. *Behav Res Ther.* 2004;42(3):329-41.

Wheeler MA, Stuss DT, Tulving E. Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychol Bull.* 1997;121(3):331-54.

White AM, Swartzwelder HS. Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain function in adolescents and adults. *Recent Dev Alcohol.* 2005; 17:161-76.

White AM. What happened? Alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol Res Health.* 2003; 27(2):186-96.

Whitmore EA.,Mikulich SK.,Thompson LL.,Riggs, PD.,Aarons GA.,Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug Alcohol Depend.*1997; 47: 87-97.

Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(3):421-31.

Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, Dagleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.*2007;133(1):122-48.

Williams JMG, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, Macleod AK. The Specificity of Autobiographical Memory and Imageability of the Future. *Mem Cognit.* 1996; 24: 116-25.

Williams JMG, Watts FN, Macleod C, Mathews A. *Cognitive Psychology and the Emotional Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1997.

Wilson N, Syme SL, Boyce WT, Battistich VA, Selvin S. Adolescent alcohol, tobacco, and marijuana use: the influence of neighborhood disorder and hope. *Am J Health Promot.* 2005;20(1):11-9.

Xavier GA. A Modularidade da memória e o sistema nervoso. *Psicologia USP.* 1993, 4 (1/2): 61-108.

Youniss J, Smollar J. *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago: University of Chicago Press, 1985.

Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. Substance Use Disorders: Sex Differences and Psychiatric Comorbidities. *Can J Psychiatry.* 2003;48:5-15.