

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUÍS SÉRGIO SARDINHA

Tabagismo e Depressão:
indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach
(versão revisada)

São Paulo
2011

LUÍS SÉRGIO SARDINHA

**Tabagismo e Depressão:
indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luís Sérgio Sardinha

Tabagismo e Depressão: indicadores do funcionamento psíquico
por meio do Bender e do Rorschach

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Aprovado em: 02 de maio de 2011.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eda Marconi Custódio (orientadora)

Profa. Dra. Latife Yazigi

Profa. Dra. Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento

Profa. Dra. Anna Elisa de Villemor-Amaral

Profa. Dra. Iraí Cristina Boccato Alves

O material se encontra em versão reduzida visto o uso dos testes psicológicos constituírem função privativa do psicólogo, como aponta a Lei 4119, de 27 de agosto de 1962, que regulamenta a profissão de psicólogo. A divulgação de instrumentos e técnicas psicológicas, a não psicólogos, fere artigos do Código de Ética Profissional dos psicólogos, pois interfere na validade e fidedignidade dos instrumentos, cabendo ao psicólogo zelar pela guarda dos mesmos, não facilitando sua divulgação. A tese, na íntegra, se encontra disponível na Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para psicólogos e estudantes de Psicologia.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Sardinha, Luís Sérgio.

Tabagismo e Depressão: indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach (versão revisada). / Luís Sérgio Sardinha; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2011.

186 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Tabagismo 2. Depressão 3. Teste de Bender 4. Teste de Rorschach I. Título.

RC537

A minha mãe (*in memmorian*)

e ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

Recordo-me de uma vez ter lido algo sobre o homem não bastar-se a si mesmo, pois, sempre necessita de algo, que ele mesmo não é. O homem sem este outro não é nada. Para atingir este patamar o homem se organiza e cria as mais diversas manifestações. Gostaria de expressar minha gratidão aos que de maneira direta ou indireta possibilitaram que esta tese fosse realizada.

A Professora Doutora Eda Marconi Custódio, minha orientadora, que com sua atenção, experiência e tranquilidade me recebeu como orientando. Desde a definição do tema até as elaborações finais, a Professora Eda teve papel fundamental para o desenvolvimento desta tese, sendo capaz de suportar minhas dúvidas e minhas angústias, conduzindo de maneira segura todos os momentos deste trabalho.

A Professora Livre-docente Latife Yazigi e a Professora Doutora Iraí Cristina Boccato Alves, pelas sugestões apontadas no Exame de Qualificação e na Banca Examinadora da tese, bem como material científico indicado e fornecido. Com leitura atenta e sugestões pertinentes a Professora Latife e a Professora Iraí contribuíram de maneira significativa para a realização deste trabalho. A Professora Doutora Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento e a Professora Doutora Anna Elisa de Villemor-Amaral pelo olhar atento e cuidadoso, além das importantes contribuições na Banca Examinadora da tese. Agradecimentos também a Professora Doutora Sonia Regina Pasian, pois apesar de não poder participar diretamente da Banca Examinadora contribuiu com seu encorajamento carinhoso.

A Andrea que sempre me deu a sua ajuda e carinho, suportando minhas dificuldades e ausências. Desde que iniciei este projeto ela sempre entendeu e apoiou todo o trabalho. A Manuela que mesmo sem entender minhas faltas me recebia com carinho. A Andrea e a Manuela sempre sorriam, graciosamente, em cada reencontro nestes últimos

meses, o que sempre renovava minha disposição para o trabalho. Além delas meu carinho e agradecimentos a Lucia, Jaime, Betinho, Nana, Pedro, Gabriel, Cecília, Sergio, Thiago, Luciana e Leonardo.

Aos Professores e amigos Augusto Rodrigues Dias e Mayra Marques da Silva Gualtieri. O Augusto acompanhou e auxiliou toda a minha trajetória acadêmica, desde a graduação. Auxiliou na coleta de dados e realizou boa parte do trabalho estatístico desta tese. Já a Mayra sempre me incentivou a iniciar meu projeto de doutorado, dando seu apoio, de maneira irrestrita, desde o início do processo seletivo até a coleta de dados. Em diversos momentos de dúvidas e sofrimento, lá estavam o Augusto e a Mayra auxiliando e curtindo. Já na revisão realizada após a defesa meu agradecimento especial ao Professor Doutor Luiz Roberto Sardinha, por auxiliar no tratamento estatístico.

Aos Professores Armando Rocha Júnior, Paulo Francisco de Castro, Carlos Alberto Dias Iema, Marcia Regina de Oliveira Krigner, Marcos Julio, Ricardo Alves de Lima, Cleuza Kazue Sakamoto e Alvino Augusto de Sá, por auxiliarem em diversos momentos do trabalho, como juízes, com sugestões técnicas ou ouvindo minhas dúvidas e colaborando com ideias; mas principalmente pelo carinho, atenção e o incentivo amigo e encorajador.

Aos amigos, anônimos, pois iria citar alguns e esquecer tantos outros, o que seria uma grande injustiça. Aos meus queridos amigos só tenho a agradecer por terem entendido meu sumiço e dificuldade em conciliar alguns compromissos nos últimos tempos.

Aos colaboradores da pesquisa, que fizeram parte deste trabalho. Eles possibilitaram o contato com o material tão importante para discussão e tentativa de entendimento do Tabagismo e da Depressão. O ponto de partida para todas as discussões desta tese.

RESUMO

SARDINHA, L. S. **Tabagismo e Depressão: indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach.** 180p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Dentre outras questões em saúde pública, o tabagismo e a depressão se constituem em situações que ocupam os profissionais de saúde que buscam elaborar medidas preventivas auxiliares no tratamento destas. O tempo de duração, as recaídas e os problemas, físicos e mentais, que sofrem as pessoas, portadoras destes transtornos mentais, constituem um grande desafio no tratamento dos mesmos. Buscar instrumentos de avaliação psicológica que auxiliem neste processo é o principal objetivo. Este trabalho verificou indicadores de depressão em pessoas portadoras de dependência de nicotina (tabagistas), por meio do Teste de Bender e do Método de Rorschach, que podem mensurar traços do funcionamento da personalidade, contribuindo para o entendimento destas características de personalidade, auxiliando na compreensão dos processos psíquicos do indivíduo tabagista, informações que podem auxiliar nos processos preventivos. Os participantes são tabagistas e não tabagistas que estavam cursando algum curso superior e sem histórico de tratamento de depressão ou outro transtorno mental. A coleta de dados foi realizada individualmente com cada um dos participantes (n=60). Os instrumentos utilizados foram entrevista preliminar; a Adaptação Hutt do Teste de Bender e o Método de Rorschach. Os principais resultados se referem ao Teste de Bender e ao Método de Rorschach pelo Sistema Compreensivo de Exner. No Bender são relevantes os dados relativos à análise configuracional da Depressão da Escala de Psicopatologia; no Rorschach são ressaltados os itens que compõe o Índice de Depressão. Concluiu-se que o Teste de Bender, com a escala de avaliação de aspectos psicopatológicos, e o Método de Rorschach, no Sistema Compreensivo, podem auxiliar nos trabalhos preventivos, trazendo indicadores do funcionamento psíquico do indivíduo tabagista. Por outro lado, também se verificou a necessidade de aprofundamento dos estudos nesta área, ampliando o número de participantes e realizando estudos longitudinais.

Palavras-chave: Tabagismo; Depressão; Teste de Bender; Teste de Rorschach.

ABSTRACT

SARDINHA, L. S. **Smoking and Major Depression: indicators of psychological functioning through the Bender and Rorschach.** 180p. Thesis (Doctoral). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.

Among other public health issues, smoking and depression are situations that worry health professionals. Thus, they try to take measures to provide against them and help in their treatment. The duration, relapses, and the mental and physical problems of people who present these mental disorders go through present a big challenge to the treatment. Searching for ways to evaluate psychologically and, therefore, help in this process is the main goal. This work detected depression symptoms in people addicted to nicotine (tobacco users) by using the Bender Test and the Rorschach Method, which can measure aspects of the personality, contributing to the understanding of these personality traits. It can help us understand the psychological processes of the tobacco users, helping in the prevention processes. The participants were smokers and non smokers; they were college students and had never undergone any depression or mental disorder treatment. The data collection was carried out individually with each one of the participants (n=60). Preliminary interviews, the Hutt Adaptation of the Bender Test, and the Rorschach Method, Comprehensive System were used. The main results refer to the Bender Test and the Rorschach Method. In the Bender Test, the data related to the configuration in the analysis of depression from the psychopathology; in the Rorschach Method the items that comprise the Depression Index. It was concluded that the Bender Test, with the scale of evaluation of psychopathologic aspects, and the Rorschach Method can help in the prevention procedures, showing how the psychological functioning of smokers work. On the other hand, it became clear that a deep study in this area is necessary, increasing the number of participants and carrying out longitudinal studies.

Key words: Smoking; Major Depression; Bender Test; Rorschach Test.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	xiii
2. INTRODUÇÃO	01
3. USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	09
3.1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS UTILIZADAS	09
3.2. CLASSIFICAÇÕES	12
3.3. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	13
3.4. DINAMISMOS DA DEPENDÊNCIA.....	16
4. TABAGISMO	35
5. DEPRESSÃO	38
5.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	38
5.2. SINTOMAS E SINAIS DA DEPRESSÃO	42
5.3. EPIDEMIOLOGIA.....	46
5.4. PSICODINÂMICA DA DEPRESSÃO	47
5.5. VÍNCULO, FAMÍLIA E PAPÉIS SOCIAIS	54
5.6. ORGANIZAÇÃO FAMILIAR.....	62
6. TABAGISMO E DEPRESSÃO	70
7. TESTE DE BENDER	73
7.1. DESENVOLVIMENTO E MATURAÇÃO	73
7.2. TESTE DE BENDER E O SISTEMA HUTT.....	76
8. MÉTODO DE RORSCHACH	80
8.1. OS TRAÇOS AFETIVOS	86
8.2. COGNIÇÃO E OS PROCESSOS DO PENSAMENTO	89
8.3. ÍNDICE DE DEPRESSÃO	90
8.4. RESPOSTAS DE VISTA.....	94
8.5. RESPOSTAS DE FORMA DIMENSÃO.	95
8.6. DETERMINANTES MISTOS DE COR E SOMBREADO	96
8.7. RESPOSTAS DE ESPAÇO EM BRANCO.....	97
8.8. ÍNDICE DE EGOCENTRICIDADE	98
8.9. RESPOSTAS DE REFLEXO.....	99

8.10. QUOCIENTE AFETIVO	101
8.11. DETERMINANTES MISTOS	102
8.12. SOMA DE SOMBREADO E COR ACROMÁTICA.....	103
8.13. MOVIMENTO NÃO HUMANO.....	104
8.14. RESPOSTAS DE COR ACROMÁTICA.....	105
8.15. CONTEÚDOS MÓRBIDOS	106
8.16. ÍNDICE DE INTELECTUALIZAÇÃO.....	107
8.17. MOVIMENTO COOPERATIVO	109
8.18. ÍNDICE DE ISOLAMENTO	110
9. OBJETIVOS	112
10. MÉTODO	113
10.1. SUJEITOS	114
10.2. INSTRUMENTOS	115
10.3. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	117
10.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	118
11. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	122
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS.....	162
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
ANEXO B - Descrições estatísticas dos 30 protocolos do grupo FUMANTES	163
ANEXO C - Descrições estatísticas dos 30 protocolos dos NÃO FUMANTES ...	166
ANEXO D - Descrições estatísticas dos 60 protocolos da amostra TOTAL	169
ANEXO E - Valores individuais das variáveis da DEPI.....	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre as escalas DEPI e DUERP para cada grupo e amostra total	123
Tabela 2. Frequência absoluta de indivíduos fumantes e não fumantes positivos na Escala de Depressão Unipolar de Análise Configuracional (DUERP).....	126
Tabela 3. Frequência absoluta de indivíduos fumantes positivos No Índice de Depressão (DEPI)	126
Tabela 4. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) dos dependentes de nicotina	127
Tabela 5. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) dos não fumantes	129
Tabela 6. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) da amostra total	131
Tabela 7. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) de cada grupo em comparação com estudos normativos	132

1. APRESENTAÇÃO

O Tabagismo é uma das grandes questões que requerem a atenção dos profissionais de saúde. Dentre os indivíduos que querem tentar parar de fumar existem transtornos que geralmente dificultam este processo de dependência. Uma compreensão mais detalhada sobre o funcionamento psíquico destes tabagistas pode auxiliar nos processos preventivos e de tratamento. A tese verificou indicadores de depressão em pessoas portadoras de dependência de nicotina (tabagistas), por meio do Teste de Bender e do Método de Rorschach, que podem mensurar estes traços do funcionamento da personalidade. Entende-se poder contribuir com duas questões importantes. Uma é colaborar na compreensão dos processos psíquicos do indivíduo tabagista portador da depressão, a outra é ajudar a explicitar, por intermédio dos testes psicológicos, aspectos relevantes, que sejam indicadores deste transtorno do humor nos dependentes de cigarro, auxiliando nos processos psicodiagnósticos.

Na tentativa de melhor sistematizar as ideias já iniciadas nesta apresentação, a seguir, se organizou esta discussão e alguns dos temas correlatos em itens. Iniciou-se com a introdução e depois um capítulo com definições sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; depois se apontam questões referentes ao Tabagismo em capítulo específico. A Depressão e as relações entre Tabagismo e Depressão estão nos dois próximos capítulos. O Teste de Bender e Método de Rorschach são apresentados a seguir. Objetivo, método de trabalho, resultados, discussões e considerações finais são apresentados nos capítulos subsequentes. No final consta a relação completa de referências bibliográficas e os anexos.

2. INTRODUÇÃO

Este trabalho buscou verificar indicadores de depressão em pessoas portadoras de dependência de nicotina (tabagistas), por meio do Teste de Bender e do Método de Rorschach, que podem mensurar estes traços do funcionamento da personalidade. Entende-se que, ao conseguir demonstrar estas características, por meio destes instrumentos psicológicos, se contribui com duas questões importantes. Uma é colaborar na compreensão dos processos psíquicos do indivíduo tabagista portador da depressão, a outra é ajudar a explicitar, por intermédio dos testes psicológicos, aspectos relevantes, que sejam indicativos deste transtorno do humor nos dependentes de cigarro. Estas duas questões podem auxiliar nos processos psicodiagnósticos utilizados pelos profissionais que trabalham com a população tabagista, seja em trabalhos preventivos ou no tratamento em si da dependência de cigarro.

O uso recreativo e abusivo de drogas, bem como uma possível dependência, é uma das principais características do homem na nossa sociedade. Apreende-se que o uso abusivo e a dependência de drogas é um dos fatos mais marcantes de uma sociedade onde os indivíduos são compreendidos de maneira cada vez mais complexa e especializada (Tavares; Béria e Lima, 2004). Esta situação, de uso de drogas com ou sem dependência e suas associações com a depressão, não é nova, mas, por mais que seja estudada, sempre nos traz novas questões e novas dúvidas. Por mais estudos que sejam feitos, sempre existem questões pouco esclarecidas ou que podem ter seus estudos aprofundados. Entende-se que isto é natural, pois vivemos num momento histórico de profundas e rápidas mudanças em nossa sociedade. Deste modo, as questões sobre o homem e suas ações, também mudam constantemente. Um homem multifacetado e plural, numa rede social cada vez mais ampla, muito além do espaço físico ocupado por cada um de nós (Lipovetsky, 1983).

Uma sociedade na qual o homem é caracterizado por vários aspectos, estudado por várias ciências e pontos de vista: o psicológico, na tentativa ilusória de satisfazer todos os seus desejos; o histórico, na passagem de um milênio para outro; o tecnológico, nas fantasias de onipotência (criar e controlar a vida) e na impotência (o caos final); o biológico, na expectativa de ter-se catalogado e sistematizado o funcionamento de todos os seres vivos; o social, de toda a rede de papéis e representações possíveis do homem; dentre tantos outros aspectos (Teixeira e Nunes, 2001).

Num plano mais fundamental, precisa ser considerado o plano antropológico, o esforço da pós modernidade de organizar uma cultura imediatista, centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquico. O pano de fundo é evitar o sofrimento psíquico do indivíduo, buscando a supressão dos sentimentos depressivos com os antidepressivos. Num frenético movimento em busca de um suposto ideal de funcionamento psíquico no sujeito, nivelando seus humores. A área da saúde, com suas práticas, reproduz este movimento da sociedade (Birmam, 2002).

Neste contexto em que tudo pode ser compreendido e explicado pelas mais diversas ciências, sobre o indivíduo, *sozinho* (Lipovetsky, 1983; Assunção, 2009). Um ser abarcado de maneira multifacetada e complexa; um ser extremamente instrumentalizado pela ciência, mas ao mesmo tempo não se percebe assistido pelo meio. Um ser mecanizado que nega, por vezes, sua própria natureza grupal, recusando sua própria relação de convívio com o grupo do qual se originou (Bergeret, 1988; Vaitsman, 1994; Amparo; Fernandes; Oliveira; Lucena; Celestin e Dantas, 2004; Bitencourt, 2009). Um indivíduo tomado pela impotência e pela depressão, um transtorno de humor que atinge muitas pessoas, causando um sofrimento psíquico importante (Hisatugo; Yazigi e Del Porto, 2009).

Esta falta de relação com o outro, fruto da extrema mecanização dos sistemas, faz com que o homem encontre poucas possibilidades de organizar seus desejos e

sua plenitude. Numa tentativa de organizar estes mesmos desejos, o homem acaba por realizar ações que, lhe parecem, sejam fontes de prazer e realização (Lipovsky, 1989). Mas estas ações estão sempre relacionadas com o consumo desenfreado, ávido pela saciedade. O homem fica cada vez mais afundado numa experiência de falta (Critelli, 2008). Dentre estas ações tem-se o uso de substâncias psicoativas, popularmente falando, o uso de drogas. Quando o comportamento, usar drogas, toma força e se organiza como uma dependência todas estas questões ficam ainda mais agravadas (Gurfinkel, 2001).

A utilização de drogas se torna uma via de evitamento sistemático da dor e do sofrimento psíquico (Lipovsky, 1989; Birman, 2002). Nas últimas décadas a psicopatologia e a psicologia do desenvolvimento humano vêm estudando as depressões e as toxicomanias, assim como as tentativas de regular as variações dos humores e das paixões, as dependências e os usos abusivos de drogas, para normalizar os excessos das intensidades psíquicas (Dalgarralondo, 2008; Critelli, 2008; Ramires et al, 2009).

Como afirmado, a civilização vem apresentando imensos avanços tecnológicos, incluindo nesta realidade um apelo cada vez mais intenso de ‘ser feliz’. Uma ‘mensagem’ que vai sendo apropriada por diversos segmentos da sociedade, inclusive pela mídia. Assim, felicidade virou *objeto de consumo* numa sociedade de consumo (Lasch, 1986). Um dos ‘objetos’ que podem ser consumidos para trazer a capacidade de realização, que vai possibilitar a tão desejada felicidade, são as drogas, particularmente as que apresentam como principal área afetada o sistema nervoso central, as substâncias psicoativas (American Psychiatric Association - APA, 2002; Organização Mundial de Saúde - OMS, 1993).

O que interessa é a estetização da existência e a inflação do eu, que promovem uma ética oposta à do sofrimento, as toxicomanias são os contrapontos das depressões, pois no consumo massivo de substâncias psicoativas o sujeito regula os efeitos do mal estar da atualidade, procurando pela magia se inscrever na rede de relações da sociedade

do espetáculo e de seus imperativos éticos (Gurfinkel, 2001; Soares, 2007; Dantas; Sá e Carreteiro, 2009).

Dentre as substâncias que podem ser utilizadas, o cigarro, no Brasil, ganha destaque especial, dado o número total de usuários e, principalmente, dependentes, sendo considerado um problema de saúde pública. Outras drogas também são utilizadas largamente em nossa sociedade, sejam elas ilegais (maconha, cocaína e seus derivados, ecstasy, etc) ou legais (anfetaminas, álcool, benzodiazepínicos, etc), configurando um verdadeiro problema de saúde pública (Rondina; Gorayeb e Botelho, 2003; Malbergier e Oliveira, 2005; Oliveira; Martins; Reato e Akerman, 2010).

Desde meados do século passado o homem vem desenvolvendo inúmeras e exaustivas pesquisas, ora tentando criar novas drogas com fins terapêuticos, ora procurando explicar o funcionamento de drogas conhecidas milenarmente por nossa civilização. Entende-se que é dentro desta retórica que algumas questões se colocam. Procura-se associar o bem estar e a felicidade do homem ao uso de drogas, especialmente desenvolvidas para estes fins ou que, aos poucos, em função de sua acessibilidade e conhecimento pelo homem, foram sendo usadas com este intuito (Reato e Akerman, 2010).

Nesta lógica, quanto mais drogas se conhecer, para isto ou aquilo, naturalmente tem-se menos necessidade de procurar outro tipo de solução para as doenças e sofrimentos, do corpo e da alma. Estando menos doente, se permanece mais independente e mais tranquilo, para estabelecer outros tipos de relação e projetos de vida. Afinal, satisfação de necessidades, felicidade, projetos de vida e relações satisfatórias são pontos primordiais em toda a vida, são valores próprios de nossa civilização, movem a conduta humana, mesmo que não se saiba exatamente o que seja isto, de fato. Neste sentido, usando várias drogas que apontam neste caminho se tem todos estes problemas resolvidos. Esta questão é fundamental neste trabalho, pois a lógica exposta, apesar de permear o imaginário humano, entende-se que

seja equivocada. A realidade é uma sociedade com um número cada vez maior de pessoas com depressão e dependentes das mais diversas drogas (Aros e Yoshida, 2009; ANVISA, 2009).

Busca-se o prazer intenso, a satisfação plena, mas de tão abastecidos de informações falta conhecimento e discernimento, falta vínculo suficiente com todo este instrumental. Uma busca pelo objeto sem vínculo, sem uma relação estabelecida, tanto do ponto afetivo como cognitivo, que auxilie, de fato, na capacidade adaptativa do homem em sua sociedade. Neste sentido, acaba-se por gerar mais angústia e insegurança naquele que pretende ser tão feliz e tão pleno (Winnicott, 1983). Tem-se instrumentos, mas não se tem relação afetiva com estes, acaba-se ficando em um estado de coisas aonde nada parece ter muito significado, a não ser o próprio desejo, um desejo sem um vínculo afetivo e cognitivo significativo, do ponto de vista existencial. Um desejo pelo desejo (Lasch, 1986).

A despeito de todo este estado de coisas, este é o momento vivido por nossa sociedade. Não se trata de um tempo melhor ou pior, apenas o tempo atual. O homem vive dentro deste panorama, sendo este o lugar que ele habita. Naturalmente estas questões irão repercutir no indivíduo. Em última instância ele é objeto e mensageiro destas demandas, produto de sua própria sociedade (Lopes, 2010). Neste momento é este homem e suas especificidades psíquicas que se quer compreender um pouco melhor, pois, como afirmam Alves e Esteves (2004) os estados interiores se manifestam na consciência como estados de ânimo, emoções e afetos.

Quando este estado de coisas vem acompanhado pelo uso abusivo ou dependência de drogas, o que se deve priorizar num tratamento psicológico? Existem indicadores do funcionamento psíquico, mais específicos, que poderiam ser pontuados para estes indivíduos? Quais características de personalidade lhes são próprias? Em que eles diferem de outros de seu grupo social e que não apresentam dificuldades com o uso de

drogas? O profissional de saúde que se defronta com estas demandas deve priorizar quais questões? Existem indicadores sobre o funcionamento psíquico que podem auxiliar num possível tratamento? Ainda sobre estes indicadores, a depressão pode ser apontada claramente nos casos de dependência da nicotina e dos outros componentes do cigarro? Parece-nos que sim; indicadores mais precisos acerca do funcionamento psicológico do indivíduo são importantes elementos na elaboração de políticas públicas de prevenção e tratamento. Deste ponto, novos estudos são sempre uma oportunidade de melhor sistematizar e acrescentar contribuições aos estudos já existentes na área, tanto na avaliação psicológica como nos instrumentos utilizados para desenvolver tal tarefa (Passalacqua e Gravenhorst, 2005).

Uma das áreas mais prestigiadas da Psicologia enquanto ciência, no Brasil, é a de avaliação psicológica, tarefa privativa do psicólogo e prevista em lei (Pellini e Rosa, 2008). O psicólogo, ainda sob o amparo da lei, encontra espaço exclusivo para o uso de testes psicológicos, como meio de obter informações mais precisas (Alves; Alchieri e Marques, 2002). Avaliar é um método de observação, quando são mantidas certas características próprias da ciência (observações, técnicas de aplicação, avaliação e interpretação confiáveis, válidas e precisas), bem como inferências obtidas a partir delas, seguindo os processos legítimos de teste de hipóteses e de inferência (Ocampo et al, 1999).

Avaliar é um processo de coleta de dados e interpretação destas informações, realizado por meio de instrumentos e técnicas de avaliação, cujos objetivos são identificar o problema e conhecer o indivíduo para que as intervenções sejam mais adequadas. As interpretações, para serem válidas, devem considerar as teorias que dão sustentação a estes mesmo instrumentos, erguidas sobre observações clínicas anteriores. Procedendo desta maneira, o profissional terá material fidedigno, pois tem como base o domínio do conhecimento teórico, da experiência clínica e do desenvolvimento mental do profissional que investiga (Van Kolck, 1984; Villemor-Amaral, 2008).

O objeto de estudo da avaliação psicológica constitui-se em um conjunto de dimensões psicológicas, tais como, capacidades cognitivas e sensório-motoras, componentes sociais, emocionais e afetivos da personalidade, dimensões interpessoais e motivacionais, atitudes, aptidões e valores, que dão unidade ao funcionamento psíquico. Estas dimensões psicológicas podem ser investigadas por meio de instrumentos psicológicos, que por sua vez, podem ser definidos como toda e qualquer prova que integre um conjunto de estímulos ou questões específicas, estruturadas dentro de um corpo científico da psicologia. Dentre os instrumentos psicológicos, se destacam os testes psicológicos (Van Kolck, 1977).

Os testes psicológicos podem ser conceituados como sendo uma medida objetiva e padronizada de uma amostra do comportamento do sujeito, tendo a função fundamental de mensurar diferenças entre indivíduos, ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes momentos (Cunha, 1993). Dos diversos testes psicológicos existentes, optou-se, neste momento, pelo Teste de Bender e o Método de Rorschach. São instrumentos confiáveis, suficientemente testados, mas que podem ter mais estudos no intuito de aprofundar os conhecimentos já disponíveis, melhorando sua aplicabilidade.

O Teste de Bender encontra seus melhores resultados no terreno da psicologia da percepção, pois a capacidade de completar uma experiência, fechar uma forma é uma importante necessidade humana. Consistindo em copiar nove figuras dadas, depois o profissional deve analisar e avaliar, por meio destas reproduções obtidas, a estrutura psicológica do sujeito (Bender, 1974). O Método de Rorschach consiste em interpretar borrões que estão impressos em cartões de papel, figuras simétricas, com ligeiras diferenças entre uma metade e outra. Esta interpretação fortuita de imagens situa-se sob o conceito da percepção e compreensão. Aos poucos o instrumento foi ganhando credibilidade, pois os resultados obtidos trazem a possibilidade de auxiliar no diagnóstico (Rorschach, 1974). Apesar do Rorschach ser um teste psicológico (Nascimento, 2010), neste trabalho utilizamos

o termo mais amplo ‘método’ como proposto por Weiner (2000), pois apresenta todos os critérios da American Psychological Association – APA (1995). Poucos testes foram mais estudados e a credibilidade de ambos foi aumentando à medida que novas pesquisas foram sendo realizadas, se tornando instrumento auxiliar no trabalho do profissional de Psicologia (Custódio, 2008; Exner e Sendín, 1999).

Existem características de personalidade que são próprias dos dependentes de drogas. A literatura sobre o tema é ampla, mas genérica, existem poucos dados no Brasil destas questões aqui especificadas, sobre uma comparação das características de personalidade destes com um grupo que não utilize cigarro por meio dos testes de personalidade, neste trabalho Bender e o Rorschach. Faltam dados mais precisos sobre estas questões, particularmente a depressão e como isto pode ser observado por meio destes instrumentos de avaliação psicológica. Esta é uma questão primordial neste trabalho. Segundo Chabert (1993) os tratamentos se individualizam de acordo com a diversidade e a originalidade de funcionamentos mentais específicos. Muitas pessoas que sofrem de depressão não apresentam consciência sobre seu quadro, dificultando a procura por algum tipo de auxílio (Hisatugo; Yazigi e Del Porto, 2009).

No decorrer do desenvolvimento humano ocorrem mudanças e adaptações de estrutura, funções e padrões de comportamento, de maneira progressiva, durante o ciclo de vida de um ser humano (APA, 2010). Na avaliação psicológica existe a possibilidade de se realizar um exame de caráter compreensivo, buscando respostas para questões específicas quanto ao funcionamento psíquico, seja normal ou patológico, do indivíduo, durante um período específico de tempo ou para tentar auxiliar no entendimento dos possíveis desdobramentos futuros deste funcionamento psicológico (Cunha, 2000).

3. USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso, abusivo ou dependente, de substâncias psicoativas é a maneira mais atual de descrever um quadro delicado, multifacetado e multideterminado que é também chamado de dependência, drogadicção, toxicomania e drogadependência, entre outros. Multifacetado e multideterminado, porque dificilmente se pode generalizar os usuários de diferentes substâncias ou mesmo aqueles de uma mesma substância, já que a motivação e a frequência do uso podem diferir tanto na qualidade quanto na quantidade. O uso de drogas pode ocorrer de maneira abusiva em determinados momentos da história do indivíduo (Seibel e Toscano, 2001).

Levando em conta as dificuldades acima descritas, neste momento se realiza um estudo sobre o tema; começando pela etimologia da palavra drogadicção, principais definições, classificação das drogas, o posicionamento da Organização Mundial da Saúde e teorias psicodinâmicas que buscam entender o tema. O Tabagismo, por ser um ponto mais específico deste trabalho, é brevemente abordado neste capítulo, pois é discutido no próximo de maneira mais específica.

3.1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS UTILIZADAS

Para se compreender o significado da drogadependência, desmembrou-se esta em duas partes: droga e dependência. Droga é toda substância que altera ou influencia as funções do corpo, quando consumida. Na medicina, as drogas são usadas no tratamento de doenças, para obtenção de diagnósticos, na cura e prevenção de doenças ou para alívio dos

sintomas. A maioria das drogas tem uma gama de ações, das quais uma ou mais podem ser terapêuticas; as ações remanescentes são chamadas de efeitos colaterais, que são previsíveis, podendo ou não ocorrer (Gabbard, 1998; Scivoletto e Morihisa, 2001; APA, 2002).

A fim de criar uma resposta terapêutica, uma concentração suficiente (nível terapêutico) da droga tem de atingir seu alvo e a dosagem deve ser monitorada para se tentar conseguir este ideal. Contudo, os regimes de dosagem são projetados para a maioria dos pacientes e diferenças individuais podem causar uma grande variação na resposta esperada. As drogas também podem ser usadas com objetivos recreacionais ou se tornarem parte da vida diária. O consumo de álcool, chá e café são exemplos do uso generalizado de drogas psicoativas. Além disso, outras drogas psicoativas como a nicotina, a heroína e a maconha podem ser usadas para alterar as funções do corpo. Originalmente, as drogas eram extraídas das plantas, mas agora a maioria é sintetizada (Olievenstein, 1989; Toscano, 2001; Andrade; Duarte e Oliveira, 2010).

A palavra droga carrega, às vezes, uma conotação pejorativa e o preconceito da sociedade. Esta é uma postura que se procura evitar, já que qualquer pré-conceito diminui sensivelmente a possibilidade de se compreender a complexidade deste tema. Por droga pode se entender como sendo qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (OMS, 1993; Silveira; Gorgulho, 1996; Gabbard, 2006).

O termo dependência vem de *adicação* (Oliveira, 2007). Designa a inclinação de alguém por alguma coisa. Já o adjetivo *adicto* define a pessoa propensa à prática de alguma coisa - crença, atividade, trabalho - ou partidária, por exemplo, de determinados princípios. A etimologia deste vocábulo remete ao latim. *Addictum*, empregado como adjetivo. Designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído (Nogueira, 1999).

Gurfinkel (1995) lembra que o primeiro passo para se aproximar da questão da drogadicção ou da toxicomania, como ele a chama, é levar em conta a diversidade de usos da droga que contrasta com a imagem que normalmente é veiculada, daquele que usa droga como dependente. O uso das drogas segue uma hierarquia de categorias, que vai do uso à toxicomania, passando pelo hábito, o uso indevido, o abuso, o vício, a dependência e a adicção (Gabbard, 2006). Estas palavras não são sinônimas, mas sim diferentes níveis de utilização e envolvimento com as drogas.

A dependência de drogas é um agrupamento de sintomas comportamentais, cognitivos, fisiológicos e afetivos. É um comportamento característico do uso habitual de drogas, cuja continuação depende do reforço farmacológico e também, geralmente, do reforço social. Também é um desejo insaciável, habituação ou vício em relação a uma ou mais substâncias químicas a despeito de problemas significativos relacionados a essas substâncias. O termo dependência vem gradualmente substituindo ‘vício’, que enfatiza mais a dependência fisiológica com relação a uma droga do que o anseio psicológico, que constitui o elemento essencial nas pessoas cuja vida, no todo ou em parte, gira em torno da necessidade de um efeito específico de um ou mais agentes químicos sobre o ânimo ou estado de consciência. A dependência da droga inclui, assim, o que antes era classificado como ‘vício’; mas, além disso, inclui também os abusadores cujo anseio patológico por certos efeitos de drogas parece não estar relacionado com a dependência física dessas substâncias químicas (Campbell, 1986; Leite; Andrade et al., 1999; Kalina et al, 1999; APA, 2002; Gabbard, 2006; Vandenbos, 2010).

3.2. CLASSIFICAÇÕES

Diversos sistemas são usados para classificar as drogas, mas nenhum deles consegue ser abrangente o suficiente para que as drogas e seus efeitos sejam entendidos completamente. A classificação mais aceita é aquela que diferencia as drogas em função de seus efeitos no organismo do homem. Do ponto de vista do efeito que provocam no sistema nervoso central, as drogas subdividem-se em três grandes grupos: depressores, estimulantes e perturbadores (Bergeret e Leblanc, 1991; Seibel e Toscano, 2001; Linhares, 2004; Lima, 2008).

Entre os depressores, se encontra o álcool, os soníferos ou hipnóticos, o gamahidroxibutirato (Ghb), os barbitúricos, os opiáceos e os inalantes. Essas drogas diminuem o funcionamento do cérebro, fazendo com que a pessoa fique mais *desligada*. Entre os estimulantes estão os anorexígenos, anfetaminas, cocaína, tabaco, ecstasy, dentre outras. As drogas estimulantes, como o próprio nome sugere, aumentam a atividade cerebral fazendo com que o usuário sintá-se *elétrico, ligado*, sem sono (Freud, 1980; Bergeret e Leblanc, 1991; Saunders, 1996; ANVISA, 2009).

No último grupo, dos perturbadores, estão a mescalina, a maconha, os cogumelos ou psilocibina e o lírio, entre os de origem vegetal. Neste mesmo grupo, mas de origem sintética estão os anticolinérgicos e o LSD-25. Este terceiro grupo modifica qualitativamente a atividade cerebral causando uma *perturbação* mental, são capazes de promover alucinações, ou seja, percepções sem objeto (OMS, 2003; APA, 2002; Lima, 2008).

Além disso, os autores diferenciam a dependência psíquica da física. A dependência psíquica se refere a um estado mental caracterizado pelo impulso de usar periodicamente ou continuamente uma substância psicoativa, com o objetivo de obter prazer ou eliminar uma tensão. Já a dependência física está ligada diretamente a uma necessidade da

substância para que o organismo seja capaz de manter o equilíbrio metabólico (Leite e Andrade, 1999; Chalub e Telles, 2006).

A adaptação física é sempre decorrente da utilização constante de uma quantidade de determinada substância psicoativa e acaba por diminuir seu efeito pouco a pouco. Inversamente, a tolerância acaba provocando o aumento sucessivo da dosagem dessa substância, para que esta mantenha seu efeito inicial. A tolerância também pode estar relacionada ao estado psíquico, quando o efeito da substância psicoativa é assimilado psiquicamente (ANVISA, 2009).

3.3. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O tabaco (*Nicotiana tabacum*) era utilizado pelos povos indígenas das Américas, com finalidades curativas. Existem relatos de 1000 a.C. do uso do tabaco para tratar unhas encravadas e úlceras. Atualmente se entende que o cigarro expõe o indivíduo a mais de 4000 substâncias, além da nicotina, uma das substâncias encontradas no tabaco e principal responsável pela dependência ao tabaco, sendo este um problema de saúde pública (Secretaria de Estado da Educação, 2008).

A OMS (1993) classifica o uso, abusivo ou não, além da dependência e outros transtornos relacionados ao Tabagismo no capítulo dedicado aos *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa*. O Tabagismo é destacado no grupo *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco*. Todas as questões de classificação dos transtornos mentais originados pelas substâncias psicoativas são significativas e importantes para melhor entender o fenômeno, mas, neste momento, será dado um destaque específico ao uso do tabaco e os transtornos mentais relacionados.

O grupamento *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa* compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa. O fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico, são o fator comum entre elas. (OMS, 1992).

Segundo a OMS (1993) a identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis. Estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa. O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Diagnósticos suplementares devem ser codificados, quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação. A seguir são descritos os critérios da Organização Mundial da Saúde para transtornos mentais relacionados diretamente com o uso de drogas.

O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias deve ser reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas (OMS, 1993). Algumas subdivisões podem ser utilizadas: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência e síndrome de abstinência (OMS, 1993).

A intoxicação aguda é entendida como um estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades

cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos em que surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração (OMS, 1993).

Ainda segundo a OMS (1993), o uso nocivo para a saúde é o modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (OMS, 1993).

Já a síndrome ou estado de abstinência é descrita como o conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando da abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa, consumida de modo prolongado no período anterior à abstinência. O início e a evolução da síndrome de

abstinência são limitadas no tempo, dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões (OMS, 1993).

3.4. DINAMISMOS DA DEPENDÊNCIA

No tocante ao uso de drogas o período de alto risco para o envolvimento precoce ocorre no início da adolescência. Geralmente existem fatores de risco e fatores protetores que podem auxiliar ou não neste processo. Alguns fatores normalmente associados são: curiosidade, obtenção de prazer, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da sociabilização, influência do grupo, pressão social, dinâmica familiar, baixa autoestima, manejo inapropriado pela mídia na questão das drogas, influências genéticas, problemas alcoólicos em familiares, excessiva medicalização e medicamentação da sociedade (Scivoletto e Morihisa, 2001; Lima, 2008).

Uma pesquisa feita entre 2.114 adolescentes do 2º grau de 20 escolas cariocas mostrou, em 1992, que 20,3% deles já consumiram pelo menos uma vez substâncias tóxicas, ou seja, um em cada cinco já usaram alguma droga. A mesma pesquisa mostra que 91,4% deles usam o álcool ou já experimentaram; 44,7%, o cigarro; 34,8%, o cheirinho-da-loló e o lança-perfume; depois vêm os tranquilizantes, os solventes só então a maconha, a cocaína, o LSD e outros alucinógenos (Rito, 1993).

A curiosidade dos adolescentes é um dos fatores de maior influência na experimentação de substâncias psicoativas, fazendo com que o jovem busque novas sensações e prazeres, ele vive o momento atual, busca realizações imediatas, sendo que as drogas proporcionam um prazer passivo e imediato. O meio social reproduz este *mundo adolescente*, a cultura de massas, a moda, as alternâncias de status social e a fragmentação de valores

morais também contribuem para uma dificuldade em conseguir discernir entre as inúmeras possibilidades que surgem; nem sempre o indivíduo consegue ponderar sobre todas as consequências envolvidas em seus atos (Dolto, 1990; Rassial, 1999; Pinsky e Bessa, 2004; Lopes, 2010; Machado et al, 2010).

Outros aspectos relevantes são o aumento das oportunidades de uso e se existe um ambiente propício para a experimentação de drogas. O desejo de participar e pertencer a um grupo, os modelos dos ídolos e os exemplos que o jovem teve em sua residência ao longo de sua infância são especialmente importantes. O uso indiscriminado de medicamentos pode dar ao adolescente a impressão que todos os problemas podem ser rapidamente extirpados, que pode existir uma solução rápida, sem a necessidade de grandes esforços (Rassial, 1999; Pinsky e Bessa, 2004; Machado et al, 2010).

Outros fatores associados são a baixa autoestima, fazendo com que o jovem fique muito suscetível aos valores do grupo de iguais, mais vulnerável às pressões que este grupo oferece. Geralmente crianças que são criadas em ambientes que lhe possibilitaram a oportunidade de lidar com a frustração e limites, com regras definidas são mais seguras (Dolto, 1990; Rassial, 1999).

A ausência de limites bem definidos faz com que os adolescentes tomem atitudes desafiadoras em relação às figuras parentais, principalmente os pais. A falta ou inconstância de atitudes de contenção dentro da família pode fazer com que outras situações possam ter maior significado em sua vida, fazendo-o pensar que qualquer situação pode ser facilmente revertida ou modificada ao seu bel prazer (Dolto, 1990; Rassial, 1999; Roehrs; Maftum e Zagonel, 2010). Na vida adulta o indivíduo pode já ter estabelecido um padrão de uso de drogas, mas é na adolescência que geralmente esta situação se inicia, quando, aparentemente, as pessoas não têm uma percepção adequada dos riscos que este comportamento envolve (Galduróz et al, 2000).

As drogas, nas suas mais diversas formas, permeiam nossa sociedade. A dependência reforça a marginalização que começou por fuga ou perda do senso de realidade. O comportamento do uso dependente é cada vez mais frequente. Talvez nenhuma solução satisfatória tenha sido encontrada, porque só se fala da droga, como se todos os problemas fossem determinados por ela. Pois, se efetivamente começamos a consumir drogas para nos sentirmos bem, rapidamente começamos a consumi-la para deixar de ficar mal (Spitz, 1997).

Apesar de estas questões serem significativas, elas não são as únicas que podem auxiliar no entendimento do uso de drogas. Entende-se que é importante fazer uma revisão detalhada da adolescência e as consequências desta para a formação da personalidade na vida adulta.

A primeira vida imaginária, que surge aos três, quatro anos de idade, visa às pessoas do grupo próximo à criança, ou seja, as figuras de amparo e autoridade, o pai, a mãe, os irmãos e irmãs, e o círculo familiar mais próximo. Numa sociedade relativamente estável, a visão da criança quanto ao exterior é totalmente suplantada por seu interesse pela família e pelo modo como a família reage à sociedade, pelos ditos do pai. No momento que os pais divergem, a criança mostra dificuldades em pensar por si mesma, dificuldades que serão mais ou menos evidentes até os onze anos (Dolto, 1990). Mas ao chegar a essa idade, vai explodir um problema que estava incubado: em sua segunda vida imaginária, os objetos de interesse que ela encontra fora do âmbito familiar e que deveriam prepará-la para a vida real, continuam a ter os pais como referência. O pai a quem não se ama mais, porque se divorciou da mãe, a mãe que é malvista, porque o pai fala dela na frente e pelas costas, ou a avó materna a quem amamos e que não gosta da nora. Conflitos relacionais que perturbam a vida imaginária de uma criança entre nove e 11 anos, mas cujos efeitos só começam a ser percebidos pela sociedade aos 11: ela continua a não distinguir direito o som da realidade e o som do imaginário (Dolto, 1990).

No que concerne às relações de objeto, pode-se realçar sobretudo o reinvestimento dos objetos de amor infantis, edipianos, no início da adolescência, por causa do impulso libidinal. O complexo de Édipo é, ele também, reativado, o que representa um grande perigo, maior que aos 4 ou 5 anos, porque a sexualidade é mais exigente e mais específica e, além disso, o perigo de rejeição por parte dos pais é mais real. Alguns teóricos (Anna Freud) relacionam a análise de adolescentes e as análises de pessoas que sofreram uma tristeza amorosa ou um luto; esta reação de luto se explica, pois a libido do indivíduo estava investida totalmente num objeto e com o desenvolvimento genital ela é reinvestida em fantasias arcaicas (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Na adolescência, os processos de identificação são repetidos. Mas seria somente evocação, inscrição, repetição de um gesto arcaico. Na adolescência, há certamente uma repetição dos primeiros processos de identificação e um só depois de seus efeitos, até então em suspenso. Mas este segundo momento não é somente uma realização; há, em troca, poder-se-ia dizer, consequências sobre o que parecia fixado nas identificações. Na primeira infância e o da adolescência entra em jogo, de outro modo, a questão da relação entre o ser e o ter. Na infância, por meio de uma série de provas, o sujeito se situa em relação aos objetos pulsionais que lhe são propostos, exceto ao vir ocupar o lugar de ser ele mesmo sintoma para o *Outro*, precisamente para a mãe (Rassial, 1999).

Mas, se tudo correu bem, a criança está livre, em seu segundo imaginário, para não tomar seus modelos intramuros, na família. De agora em diante seus modelos serão exteriores. Ela conta sempre com a família como valor e refúgio, mas não sente que desempenha um papel nela e empenha-se em sair-se bem na sociedade. Dirige toda sua energia para o grupo de companheiros da escola, de esporte, ou outros, e para a vida imaginária que a televisão, as leituras ou suas invenções nos jogos podem proporcionar-lhe. É

quando chega à adolescência que esse imaginário exterior vai instigá-lo a dizer que quer sair (Dolto, 1990).

Essa distinção que o adolescente faz entre o imaginário e a realidade, entrando nestes grupos sobre os quais imaginou muitas irrealidades, mas que ao mesmo tempo existem, já que se fala deles, vão permear e acompanhar seu desenvolvimento. Vai assim entrar na adolescência saindo da família e misturando-se a grupos constituídos, que para ele terão, momentaneamente, um papel de apoio extrafamiliar. Não podem abandonar completamente modelos do meio familiar sem ter outros modelos em troca. Esses não são substitutos, mas são reservas para sua tomada de autonomia como adolescente confirmado, que acontecerá graças às arranhaduras e às alegrias, às dificuldades e aos sucessos que serão os acontecimentos de sua vida entre os 11 e os 14 anos (Dolto, 1990).

Os filhos atingiram o estado adulto no momento em que são capazes de libertar-se da influência paterna, tendo nível de julgamento. Nesse momento de ruptura fecunda, muitos pais gostariam que seus filhos se sentissem culpados, porque sofrem e estão angustiados por não poder mais vigiá-los. São infiéis à família, infiéis aos próprios pais. Os jovens precisam gostar de pessoas da sua idade e moldarem-se pelas de sua própria geração, não pode ser dependente de alguém da geração anterior e que foi um modelo em uma determinada época. Os adolescentes transformaram-se numa classe de tanto serem rejeitados como inaptos para entrar na sociedade (Dolto, 1990).

Diferentemente da criança, que pode recorrer a sua inesgotável capacidade de inventar teorias com as quais observa o ambiente circunstante e o manipula fantásticamente utilizando seus próprios recursos (Winnicott, 1979), ele só pode defrontar-se com seus próprios fantasmas; fantasmas cada vez mais difíceis de produzir e de alimentar, porque exigem um volumoso mundo ideal indispensável para ele poder ser (Ferrari, 1996). Enquanto a criança pode contar com a sua capacidade de criar hipóteses sobre a vida e

proteger-se, valendo-se de espaços definidos - os limites do quarto de brinquedo ou os estabelecidos pelos adultos -, nos quais se sente contida e protegida, o adolescente se acha na situação de ter que assistir a um sistema de proporções enormes e controlá-lo (Ferrari, 1996).

A partir do terceiro decênio do século vinte, o uso de drogas pelos jovens tornou-se um problema da maior importância na maioria dos países industrializados. Tendo começado nos Estados Unidos nos anos 60, o fenômeno rapidamente atingiu os outros países ocidentais. É preciso distinguir os adolescentes que se drogam por curiosidade, cuja prática é apenas episódica, dos que utilizam drogas diariamente, sem conseguir passar sem elas. Quanto a estes, o uso das drogas pode levá-los, geralmente por razões financeiras, à violência, ao abandono da escola, à prostituição e à venda de drogas (Dolto, 1990).

Num processo psicossomático, a pessoa se esfalfa, se aborrece. Aborrecimento gera angústia. Diante de si, reduzida a seus conflitos internos, ela sente-se vazia, no fim de suas forças. A energia, a combatividade só é exercitada diante de obstáculos externos, de projetos, de desafios sociais. Justamente porque não encontram saída para sua necessidade de emancipar-se, de ganhar sua vida, de morar longe dos pais, de viver junto com rapazes e moças (Dolto, 1990). Ao procurar algum tipo de amortecedor químico o adolescente demonstra que algo não vai bem no seu período de crescimento. Ele pode estar usando a droga apenas por curiosidade, ou querendo chamar atenção para uma questão de abandono, de falta de limite, de omissão da figura paterna (Rito, 1993).

Os adolescentes que se voltam para a droga leve são tentados a fugir no imaginário e na cumplicidade das palavras, em vez de agir (Lopes, 2010). É preciso dizer-lhes que a droga torna-os mais passivos diante dos obstáculos, que ela alimenta a apatia, a indiferença. A droga os faz voltar a serem *crianças de peito*. Todos os meios artificiais de prazer originam-se do fato de que a satisfação material das necessidades viu-se facilitada pela civilização e pela tecnologia. As pessoas não sabem mais o que fazer com seu desejo, então

transforma em necessidade de alguma coisa repetitiva que as ocupe durante o ócio, que as ocupe com representações mentais (Dolto, 1990).

Poucos, depois de drogados, conseguem libertar-se, porque perderam a energia necessária para enfrentar a competição exigida pela conquista de uma posição. Eles não têm experiências que lhes permitam defender-se no dia em que encontram obstáculos na vida. Desde a primeira infância, as crianças são fragilizadas por uma proteção e uma assistência excessivas: o bebê não pode chorar, dão-lhe calmantes para fazê-lo dormir; o homem não está preparado para suportar a menor febre ou indisposição. Trata-se da angústia com remédios, em vez de tratá-la com a palavra, com o intercâmbio social (Dolto, 1990).

Ao agirem assim, os pais estão passando o tempo todo uma dupla mensagem para o filho: que a vida é insuportável, que ser adulto é uma coisa terrível e as drogas lícitas até que são aceitáveis, ou seja, acabam, sem querer, fazendo a apologia da droga. Os adolescentes procuram tratamento, quando o nível de sofrimento já chegou a um ponto tal que não dá para segurar, e isso acontece independente da classe social (Rito, 1993).

Não é porque estão nas ruas ou têm pais desajustados que os adolescentes necessariamente se drogam. O que acontece é a história de vida do sujeito, sua personalidade, o momento sociocultural dele e a possibilidade de ter acesso à droga. Só um adolescente muito bem estruturado resiste ao apelo cada vez maior ao consumo por parte dos amigos. Cada caso é um caso, mas se vê no dia a dia que, os com carência afetiva acentuada, são os que mais têm dificuldades para largar o vício. As famílias que mais têm medo de viver, em geral, são as que mais estimulam seus filhos a situações de risco, de droga, de acidente de automóvel, de suicídio. Aqueles que, após uma fase das *brabas*, se voltam para um namoro ou o adolescente percebe-se mais amparado pela família que descobriu o uso de drogas, são os que conseguem parar (Rito, 1993).

A maioria dos adolescentes experimenta a droga, porque nessa fase se experimenta tudo. Discute-se a repressão ou a fiscalização, mas o que pode ser feito para reduzir os danos causados pela droga à sociedade (Rito, 1993). Deve ser levado em conta que o adolescente é envolvido pela dor mental provocada pela aguda sensibilidade em relação a seu mundo interior e pelo clamor do mundo exterior, bem como pela complexidade das emoções e das sensações diante das quais tem escassas capacidades de controle (Ferrari, 1996). Portanto, estes aspectos fazem da adolescência a área de maior turbulência no percurso da vida do homem, já que seu protagonista tem escasso conhecimento de suas próprias potencialidades. Esta ignorância gera pânico: para enfrentá-lo, o adolescente adota e utiliza modelos que se referem geralmente a mundos ideais (Ferrari, 1996).

O adolescente defronta-se com uma realidade pela qual se sente fortemente atraído, mas cujos limites não sabe reconhecer nem traçar. Isto faz com que se encontre, frequentemente, vivendo situações de perturbação e períodos de inevitável confusão. Numa relação terapêutica, adolescente e analista encontram-se assim na situação de ter que avaliar a significação de proposta ou de protesto contidos na ação. O adolescente vive sensações e emoções de maneira intensa, mas ainda não tem uma estrutura psíquica em condições de conter sua intensidade (Ferrari, 1996).

A primeira identificação sexual, que caminha do nascimento ao Édipo, leva o sujeito a poder estar (ser) do lado homem ou do lado mulher. Na adolescência, o sujeito se apropria do sintoma como sintoma sexual e, ao mesmo tempo, constitui o outro – tanto como semelhante quanto como pertencente ao outro sexo – como objeto possível; não somente objeto do desejo orientado pela genitalidade, mas também, arriscando uma ideia paradoxal, objeto do sintoma. A diferença das gerações, que tinha sustentado o interdito do incesto, toma outro sentido: os pais continuam sendo, sem dúvida, representantes do mundo dos adultos, mas são também recolocados em cena e em questão quanto ao seu estatuto. De modo

particular, tanto para os rapazes quanto para as moças, a mãe, na qualidade de *Mãe primordial* – aquela que dera lugar a outras encarnações possíveis do Outro, no estádio do espelho -, vem a ser, novamente, interrogada (Rassial, 1999).

Winnicott (2000) aponta o quanto, na beira do mar sem fim, as crianças brincam. Esta imagem traz um saber: o quanto o mar e a beira do mar representam um coito entre o homem e a mulher. A criança que nasce, a beira do mar é o corpo da mãe. O brincar da criança é um exercício de transição entre o interior e o exterior, a invenção de um espaço potencial entre eu e não eu, espaço protegido que, mais tarde, sustentará o campo cultural do adulto. Assim, o brinquedo é o objeto que produz e concretiza este espaço, primeiramente na relação com a mãe, depois com o meio. O destino deste objeto é variável: pode ser fetichizado, tornar-se fobogênico ou então abrir-se, por intermédio de sua representação, impossível em definitivo, para o campo simbólico. Se já se chegou a avançar que o objeto tóxico derivava deste objeto transicional, talvez tenha sido, porque o comportamento toxicomaníaco é diretamente associável às brincadeiras da criança: de um modo ou de outro, o toxicômano permaneceria parado diante deste objeto transicional, então idealizado, e isto precisamente quando o espaço se revela infinito, tornando-se assim um objeto específico (distinto tanto do objeto fetiche quanto do objeto fóbico).

A droga faz o ofício de objeto de transição. As diversas drogas acentuariam processos de sublimação socialmente valorizados, na medida em que o sujeito, mal sustentado psiquicamente por seus ideais, tem necessidade de uma objetivação fisiológica, de um apoio real de suas aptidões no imaginário (Rassial, 1999).

As primeiras experiências da droga, na maior parte do tempo, são vividas dentro da inserção num grupo: estão em jogo efeitos de moda, de segurança coletiva mútua, de integração inicial com estes grupos. Mas, por outro lado, principalmente nos casos de toxicomania verdadeira, isto é, crônica, especialmente com heroína, a experiência é, cada vez,

essencialmente solitária, uma regressão em direção a um investimento narcísico e a um desinvestimento objetal. O sujeito busca no grupo de sua geração, o grupo dos 'irmãos', um estatuto social que a sociedade não lhe outorga; mas, por outro lado, tenta afirmar sua individualidade, sua originalidade, por isso se isola sob um modo depressivo ou provocador, suprime-se tanto do grupo fraterno quanto do grupo familiar hierarquizado. Por um lado, a droga faz a função de significante, de senha, todo um vocabulário, uma gíria funciona nesta situação, uma língua de iniciados que autoriza certo laço social. Por outro, o toxicômano é aquele que conhece o objeto de seu estado de abstinência (Rassial, 1999).

A droga é o objeto por meio do qual insiste nisto que falta e que se concretizará parcialmente nesta ou naquela coisa, nesta ou naquela pessoa. Assim se conciliarão o amor e o desejo, o gozo e o prazer, a felicidade e as satisfações repetitivas; enquanto que a experiência mostra, na adolescência, o conflito destes dois termos, disto que nos faz falar e disto que nos faz desejar (Rassial, 1999).

Certamente, pelo fato de permitir a invenção de um espaço privilegiado, podemos tomá-lo como um dos avatares do objeto transicional, como definiu Winnicott (1983). Pensando no adolescente, quando experimenta maconha ou tabaco, ele efetua aí uma das experiências possíveis da adolescência, como o é, por exemplo, a escrita de um diário íntimo, ou, no pior dos casos, uma destas transgressões menos importantes que substituem os processos de iniciação atualmente desaparecidos ou quase. Neste sentido, esta definição da droga como objeto transicional parece adequada. De uma senha que possa provocar um suplemento da alma, nesta fase marcada, essencialmente, pelo luto dos objetos da infância e pelas metamorfoses da imagem especular. Embora a droga possa fazer a função de novo objeto transicional entre o fora e o dentro, este objeto rapidamente deixa de fazer a transição: organiza o conjunto da vida psíquica e da atividade do sujeito, numa fixação que caracteriza então o toxicômano. Para ele a droga não faz mais a transição. Mas isto também não significa

que ela se torne objeto do desejo, já que sua eficácia está justamente em substituir qualquer objeto do desejo, em reduzir o desejo, mantendo o gozo, não permitindo ao desejo fazer obstáculo e limite ao gozo, até mesmo ao gozo supremo que é a morte (Rassial, 1999).

A dependência de drogas mascara dois problemas: de um lado, o problema pessoal de sentir uma dor, uma dor profunda no íntimo do ser, só podendo suportar essa frustração fugindo dela. Por outro lado existe o problema social das desigualdades e do espaço de transgressão no qual se inscreve o dependente. Ao mesmo tempo fugir de uma dor e de um sistema social do qual se tem a impressão de não mais fazer parte e no qual não se deseja mais entrar. Significa escapar de um sistema considerado pervertido e não acolhedor. Drogar-se, no início é escapar. Mas nem sempre temos consciência disso e o mecanismo instala-se insidiosamente. A necessidade torna-se incontrolável. Não é um ato pensado. Não é a expressão de um desejo, mas um ato puramente compulsivo (Spitz, 1997).

No que concerne a evolução afetiva do adolescente podemos dizer que nesta fase ocorre uma reativação de certos processos que ocorreram durante a infância, neste sentido não se deve pensar na adolescência como somente um processo de continuidade. Deve ser percebido como um processo de desenvolvimento permeado de pausas e até mesmo de retorno, de regressão. Pois, se o indivíduo não pode prosseguir, ele acaba por utilizar outros métodos, como o de voltar ao passado e recorrer a meios que outrora lhe proporcionaram satisfações (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Freud (1976a) fala da técnica em que o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou problema específico. Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente. Empregando a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem e torná-las conscientes para o paciente.

Amiúde os pacientes expressam desapontamento por não lhe virem à cabeça coisas *esquecidas* – em que nunca pensou desde que aconteceram. Não obstante, mesmo este desejo é realizado, especialmente nas histerias de conversão. As lembranças encobridoras que tão geralmente se acham presentes. Acontece com extraordinária frequência ser *recordado* de algo que nunca poderia ter sido *esquecido*, porque nunca foi, em ocasião alguma, notada – nunca foi consciente.

Não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas a expressa pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação, repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. O paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais, em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. É a compulsão à repetição (Freud, 1976b).

Logo se percebe como a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação, através da repetição, substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado (Freud, 1976b).

Aprende-se que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Evocar um fragmento da vida real e, por essa razão, não pode ser sempre inócuo e irrepreensível. O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura serão inferidas. Acha-se assim preparado o caminho, desde o início, para uma reconciliação com o

material reprimido que está expressando em seus sintomas, enquanto, ao mesmo tempo, acha-se lugar para certa tolerância quanto ao estado de enfermidade.

A partir de reações repetitivas exibidas na transferência, o indivíduo é levado ao longo dos caminhos familiares (Freud, 1976c). Estas questões são importantes para se entender como são formados os vínculos, para poder manejar melhor estes mesmos vínculos no processo terapêutico de drogadependentes. Voltar a uma fase anterior é bastante compreensível e eficiente, pois, de fato, nunca passamos inteiramente de um estágio a outro. Em casos de perturbação, volta-se a estágios de fixação. Quando, no momento da adolescência, o indivíduo se sentir preso a incertezas e conflitos, poderá tentar sair dessa situação desagradável regressando a um dos estágios anteriores, nos quais se encontram pontos de fixação (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Existe entre 11-12 e 14 anos um período de desequilíbrio dominado pelo abalo das antigas formações reacionais e a defesa contra os antigos objetos. Entre os 14 e 16 anos situa-se o apogeu da crise, período instável e explosivo, marcado pelo conflito entre a homossexualidade e a heterossexualidade e um reforço das defesas. Depois destas duas fases ocorreria uma última fase, a da reorganização estrutural e de consolidação do ego, com enfraquecimento das defesas e adaptação (Rocheblave-Spenlé, 1995). O ego teria alguns meios para dominar seus conflitos. De um lado, ele não pode mais contar tanto em ser apoiado e sustentado pelos 'egos auxiliares' que são os pais, porque já começou a desfrutar de certa independência; mas por outro lado, esse ego, em si mesmo, tornou-se muito mais forte (Rocheblave-Spenlé, 1995).

No final do período de latência existe uma personalidade relativamente bem organizada, enriquecida por numerosas aquisições novas, orientada para a realidade e vivendo uma boa harmonia consigo mesma. A passagem por esta fase é, aliás, a condição de acesso à

adolescência que, sem ela, seria um simples reforço dos estágios que a criança permaneceu fixada (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Outros autores desenvolvem também esta ideia da adolescência como reação ao luto, pensam que se trate, sobretudo, da perda de certa imagem dos pais, devida à própria mudança das pessoas em confronto: os pais mudaram, ou antes, o jovem tem deles uma imagem diferente, isto por causa da evolução das relações mútuas; no plano da fantasia, até certo ponto ele assiste à morte dos pais de sua infância. Ao mesmo tempo, a renúncia a uma determinada imagem dos pais é o prelúdio de novas ligações. Assim sendo, este desligamento dos pais, e toda a sequência do desenvolvimento está implicado na própria direção da evolução enquanto tal, que se dirige para uma autonomia e uma diferenciação crescente, e que é favorecido por todas as pressões e imagens sociais (Rocheblave-Spenlé, 1995).

A rejeição dos pais e a violência que, frequentemente, caracterizam a conquista da autonomia apresentam um caráter nitidamente defensivo, visto que é do perigo do pai e da mãe edipianos que se foge, assim como de seus próprios impulsos a seu respeito. A regressão que ameaça correria o risco, nessas circunstâncias, de ser uma regressão definitiva, pois os pais representam o passado, a união simbiótica. Este caráter defensivo da rejeição das imagens parentais explica de um lado as oscilações que podem se produzir no conflito dependência e independência, por outro, as tentativas de identificação às imagens parentais, que daí se organiza (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Na adolescência tem-se a impressão triste de não estar ligado a mais nada e em que se percebe a própria solidão. Esta melancolia, aliás, tem por efeito secundário permitir, apesar de tudo, que uma parte da agressividade se descarregue sobre o antigo objeto de amor, que é atingido por este humor depressivo da criança e sofre por isso (Rocheblave-Spenlé, 1995).

A ruptura das relações objetais, a perda do objeto explicam também a frequência das reações nostálgicas nessa idade. Conforme os analistas, a nostalgia exprime um desejo de retorno à situação pré-edipiana, a uma época em que a criança era feliz com seu pai e sua mãe, numa união passiva. A nostalgia é a expressão de um conflito entre a dependência a respeito dos pais e a revolta contra eles, o que é justamente uma das situações típicas do início da adolescência (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Uma questão importante relativa a esse desinvestimento das imagens parentais é seu efeito sobre a própria pessoa da criança. A relação de objeto que a unia aos pais era recíproca e complementar: eles lhe dispensavam amor e segurança e a opinião que ela fazia de si mesma dependia da que faziam seus pais; estes eram, portanto, a garantia de seu valor pessoal. Quando se produz a separação ou ao menos o afrouxamento dos laços, a atitude para consigo própria se acha correlativamente modificada. O ego não se sente mais sustentado e reconhecido pelas figuras parentais: considera-se, ao contrário, visado de forma agressiva por elas (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Pareceria, conforme a importância da perda dos objetos e dos trabalhos do luto, que mais a ligação edipiana e pré-edipiana à mãe era intensa, mais a entrada na adolescência será difícil pela intensidade das fixações que será preciso abandonar. Em compensação, a recíproca não é verdadeira, e a fragilidade da imagem materna, a tenuidade dos laços não tornam esse período mais fácil de ser atravessado. Verificou-se, de fato, que a ausência de relação ou de fixação maternal representa um perigo para a coerência interna da personalidade nesta época. Produz-se então, em geral, uma busca desesperada de uma imagem materna estável; essa é a condição para que, em seguida, o jovem possa libertar a libido e, depois de ter realizado os trabalhos do luto, transferi-la para um companheiro (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Este desligamento dos objetos e essas reações de luto estão entre as características essenciais da adolescência. Essas defesas são múltiplas e o que é importante é que podem tanto ter um sentido progressivo quanto regressivo e acontece que diversas delas são utilizadas, seja simultânea, seja sucessivamente (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Nas defesas contra os antigos objetos de amor tem-se a defesa por inversão dos afetos, semelhante às formações reacionais; transforma os afetos dirigidos para os pais em seu oposto, o amor transforma-se em ódio. Na realidade permanece ligado aos pais e dependente deles, mas pensa, que agindo assim, com ódio contra eles, pode ficar livre deles. Isso constitui, aliás, quase uma autopunição, pois ele sabe que recairá sobre si a própria agressão. Nesse caso, a oposição não é libertadora, mas tem um caráter compulsivo e se revela tão mutilante quanto uma submissão coerciva. A angústia é frequentemente muito grande: pode ser fruto do medo de perder o objeto, que é ao mesmo tempo o amor e a segurança, ou do medo de ser fechado num círculo vicioso e de ver sua agressão recair sobre si. Além disso, ele se sente cada vez mais agressivo, o que provoca sentimentos de culpa (Rocheblave-Spenlé, 1995).

No decorrer deste processo, o adolescente experimenta fortemente a necessidade de ser ajudado, porque se sente na verdade acuado, tanto num conflito interpessoal que se exacerba quanto num conflito interior entre o amor e o ódio, o desejo de dependência e de independência, ambos levando à angústia e aos sentimentos de culpabilidade. Tem-se a impressão de que ele parte de uma recrudescência de sentimentos hostis, que é uma expressão de sua agressividade, enquanto, ao contrário, foge do perigo de uma ligação positiva muito intensa (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Já quando existe uma defesa por deslocamento da libido para novos objetos, o adolescente efetua uma transferência da libido. Isso o leva aos sentimentos de nostalgia, à

sensação de estar desamparado, de não ter objetivo e de buscar com desespero alguma coisa sem saber bem o que, uma necessidade de se completar (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Dentro deste modo de organizar as defesas, a libido pode ligar-se a substitutos parentais (professores, padres, amigos, etc.), pode fixar-se em líderes, pessoas que encarnam o Ideal do Ego (o irmão maior); as vezes a escolha objetal recai sobre contemporâneos, na maioria das vezes do mesmo sexo, ocasionalmente do sexo oposto. O amigo permite diluir o narcisismo adolescente, pois um entende ao outro, que é também um outro si mesmo. Troca-se as relações verticais de autoridade pelas relações de igualdade, democráticas. Outra direção que a libido pode tomar é a ligação aos grupos de adolescentes ou grupos mais marginais, pois o grupo oferece um sentimento de segurança muito forte, por ser fechado em si mesmo como o grupo familiar (Rocheblave-Spenlé, 1995).

A defesa por investimento libidinal de si ocorre quando a libido é retirada das imagens parentais e não encontra objetos exteriores, podendo permanecer encerrada na própria pessoa. O ego é escolhido como objeto de amor, ocorrendo o narcisismo do adolescente, que frequentemente leva a um desligamento das realidades exteriores. A exaltação do ego juvenil, a contemplação do ego, que se manifesta por vezes pela redação de um diário íntimo, servindo para um distanciamento em relação às personagens parentais, permitindo sobressair-se ante aos adultos e manifestar sua unicidade assim como sua independência frente ao mundo (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Na defesa por regressão o adolescente volta a estágios anteriores, mas também pode ir mais longe e chegar a uma identificação primária com a mãe, isto é, retornar a um estágio de não diferenciação anterior à angústia. O controle da realidade se dissipa, pois se perdem as distinções entre interior e exterior. Na regressão, que constitui no fundo uma fuga ante os conflitos e perigos das relações objetais, o alívio proporcionado pela identificação primária é de curta duração, pois uma nova angústia surge: a de derrota emocional, de uma

dissolução, de uma perda do ego. Mesmo uma regressão parcial ao estágio de identificação primária, respondendo a uma necessidade de dependência mais completa a respeito do objeto de amor, desperta esse medo de dissolução, de perda da identidade (Rocheblave-Spenlé, 1995).

A dissolução do velho sentimento de identidade (devida em parte à regressão, mas sem dúvida também ao fato de que eram os pais que garantiam, antes, essa identidade) leva o adolescente a identificações e papéis mutantes, nos quais ele procura, no fundo, uma identidade para si, apesar de lamentar por não se conhecer. Na evolução social do adolescente sabe-se que o grupo ocupa um lugar significativo. Outro fator que ocorre é o prolongamento da adolescência, principalmente por razões educativas. No grupo, o adolescente reconhece no outro uma semelhança que traz segurança, pois percebendo-se como igual, apazigua suas angústias. Essa conformidade, ou conformismo, é uma característica da personalidade adulta (Rocheblave-Spenlé, 1995).

No conformismo tem-se a impressão que o bem supremo é estar de acordo com o que os outros indivíduos fazem. O indivíduo procura atingir essa conformidade de uma maneira tensa e quase obsessiva que mostra bem o caráter de defesa dessa conduta destinada a assegurá-lo em sua identidade. Encarnar-se uma nova forma da moral que é substituída pela noção, aparentemente mais objetiva e melhor encarnada, do normal. Desta maneira ocorre um apaziguamento dos conflitos pelo desejo de afastar-se das figuras parentais (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Quanto à estrutura pode-se dizer que na adolescência não se forma um novo sistema, como após o Édipo, mas modificações estruturais do ego e do superego. A adolescência faz com que o relativo equilíbrio existente seja rompido, os impulsos reforçados obrigam, principalmente o ego, a se transformar para restabelecer a harmonia. O ego extraía parte de sua segurança do fato de sentir-se sustentado pelo superego e amado pelos pais. Estas

instâncias do ego e do superego conduzem a uma perspectiva mais social, visto que ambas têm suas raízes nas figuras parentais, na família, e desta retiram seu conteúdo e sua elaboração particular (Rocheblave-Spenlé, 1995).

A adolescência pode ser considerada como a passagem de um meio fechado, protegido, onde a criança não era distinta da mãe, a um meio no qual vai sentir frustrações e no qual será convidado a se tornar autônomo, primeiramente como corpo e depois como indivíduo. É nesse sentido talvez, de passagem de um meio protegido, relativamente fechado, a família, a célula familiar, ou até útero familiar, a um mundo mais largo, mas também mais perigoso, onde deverá abrir seu caminho e encontrar um lugar, que se pode também falar de nascimento a propósito da adolescência: nascimento social, preparado há muito tempo, mas no qual o adolescente terá que participar com seus próprios meios no trabalho de parto. Objeto de tantas aspirações e ao mesmo tempo temor da própria incapacidade frente à sociedade (Rocheblave-Spenlé, 1995).

4. TABAGISMO

Os produtos do tabaco são os fabricados, total ou parcialmente do tabaco em folha como matéria-prima, que são destinados a serem fumadas, sugadas, mastigadas ou cheiradas. A nicotina é um ingrediente psicoativo altamente indutor da dependência. O uso do tabaco é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas, incluindo câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. Apesar disso, é comum em todo o mundo (World Health Organization - WHO, 2010).

O consumo de tabaco e seus derivados é um problema de saúde pública. A planta, de origem americana, chegou à Europa no século XVI. Seu consumo já esteve associado ao glamour e à rebeldia, mas o entendimento claro dos malefícios do tabaco ganhou maiores proporções nas últimas décadas, conseqüentemente novas técnicas terapêuticas estão sendo desenvolvidas (Laranjeira et al, 2003). Segundo a WHO (2010) um quarto da população mundial é fumante, estando o tabaco presente em quase todos os países do mundo. Estudos apontam que o tabaco está relacionado diretamente com doenças que levam a morte de metade de seus usuários (Laranjeira et al, 2003). Atualmente se estima em mais de cinco milhões de mortes por ano em todo o mundo relacionadas com o hábito de fumar, podendo chegar a mais de oito milhões em 2030, a menos que medidas urgentes sejam tomadas para controlar a epidemia do tabaco (WHO, 2010).

Na queima de um cigarro de tabaco existe a liberação da nicotina. Esta substância é a responsável pela dependência do tabaco. A nicotina é uma amina terciária volátil, capaz de estimular o sistema nervoso central, mas pode deprimir ou perturbar o mesmo, dependendo da dose e a frequência com que é utilizada. Está bem estabelecido que a

nicotina preenchendo todos os critérios de droga altamente indutora a dependência (Henningfield e Keenan, 1993).

Ainda segundo as estimativas da WHO (2010) um bilhão destes fumantes vivem em países de baixa e média renda. O consumo total de produtos do tabaco está aumentando globalmente, embora esteja diminuindo em alguns países de renda alta e nos países de renda média alta, dentre eles o Brasil. Usuários de tabaco, que morrem prematuramente, privam suas famílias de renda, elevam os custos de cuidados com a saúde e, conseqüentemente, dificultam o desenvolvimento econômico.

Existe uma defasagem de muitos anos entre o início do uso do tabaco e os primeiros sinais graves de problemas com a saúde, se as tendências atuais forem mantidas, o tabaco vai estar diretamente relacionado com até um bilhão de mortes no século 21. Por outro lado, um acompanhamento adequado desta situação pode controlar o tamanho e a atitude das pessoas frente a esta epidemia, possibilitando uma melhor maneira de organizar políticas públicas para lidar com a questão (WHO, 2010).

Além disto, o fumo passivo (a fumaça, que invade restaurantes, escritórios ou outros espaços fechados, quando as pessoas queimam os produtos do tabaco, como cigarros) também pode provocar danos à saúde, pois não existem níveis seguros de fumo passivo de tabaco. Em adultos, o fumo passivo, assim como nos fumantes, causa sérias doenças cardiovasculares e respiratórias, incluindo doenças coronárias e câncer de pulmão. Em lactentes, pode causar morte súbita. Em mulheres grávidas, causa baixo peso no bebê ao nascer. No Brasil, recentemente, novas leis tentam interromper o hábito de fumar em ambientes fechados. Em alguns países até em alguns ambientes abertos, mas públicos e de grande frequência, estão sendo alvo de leis de restrição aos fumíferos (WHO, 2010).

Existem mais de 4000 substâncias químicas no tabaco e sua fumaça, destas, pelo menos 250 são conhecidas por serem prejudiciais e mais de 50 por causarem câncer.

Diversos estudos mostram que poucas pessoas compreendem os riscos específicos de saúde do uso do tabaco. Uma pesquisa de 2009 na China, revelou que apenas 37% dos fumantes sabia que o fumo provoca doenças coronárias (WHO, 2010).

Apenas 26 países, representando 8,8% da população mundial, apresentam um abrangente sistema de restrições ou proibições nacionais em matéria de publicidade, promoção e patrocínio. Outro dado importante é que 27% da população mundial vive em países que não proíbem a distribuição gratuita de produtos do tabaco. Uma das maneiras de desencorajar o uso do tabaco são os impostos sobre estes produtos, uma forma mais eficaz para reduzir o uso do tabaco, especialmente entre os jovens e pessoas pobres. Um aumento do imposto que aumenta os preços do tabaco em 10%, diminui o consumo de tabaco em cerca de 4% em países de alta renda e em até 8% em países de baixa e média renda (WHO, 2010).

Entre os fumantes, que são conscientes dos perigos do tabaco, a maioria expressa o desejo de parar de fumar. Estudos realizados após a implementação do pacote de avisos pictóricos no Brasil, Canadá, Cingapura e Tailândia consistentemente mostram que advertências ilustradas aumentam significativamente a conscientização das pessoas sobre os malefícios do uso do tabaco. Embora as imagens auxiliem mais que advertências escritas, nas embalagens de cigarro, apenas 19 países, representando 24% da população do mundo, fazem uso deste expediente em suas campanhas antitabaco (WHO, 2010).

Mas após o uso experimental, fumar se torna uma resposta psicossomática de enfrentamento da realidade adotada por muitas pessoas, a dependência, do ponto de vista psíquico, passa, em algum momento a ser uma resposta automática, mas intencional para lidar com as demandas do meio, quando não é possível atender as demandas externas de modo objetivo, seja porque não está consciente, seja pela falta de recursos disponíveis da personalidade do indivíduo (Melo, 1992).

5. DEPRESSÃO

Uma das maiores causas de sofrimento emocional e piora da qualidade de vida, a Depressão e os transtornos depressivos são alterações que acontecem com bastante frequência na população como um todo (Gumarães e Caldas, 2006). A literatura sobre a Depressão é ampla e diversificada nas diversas áreas do conhecimento humano. Existem muitos conceitos e dados estatísticos sobre o tema, tanto no Brasil como no mundo. A seguir questões relacionadas aos critérios diagnósticos, sintomas e sinais da depressão, epidemiologia, psicodinâmica, vínculo, família, papéis sócias e organização familiar são expostas.

5.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1993) a Depressão é um dos possíveis Transtornos do Humor (afetivos). Nestes transtornos os sintomas, processos bioquímicos subjacentes, etiologia, resposta aos tratamentos realizados e evolução não estão claramente compreendidos. A alteração fundamental é a alteração do humor e do afeto, estando ou não associado com ansiedade, mas sua classificação não recebe uma aprovação amplamente aceita na comunidade científica. No caso da Depressão esta alteração de humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível geral da atividade, com perda de interesse, prazer, energia e apetite que levam a um nível de atividade diminuída (Spitzer et al, 1996). Na depressão, uma série de outros sintomas são entendidos como secundários e compreendidos dentro deste contexto (concentração, atenção, autoestima e autoconfiança

reduzidas; ideias de inutilidade e culpa; ideias, acompanhadas ou não, de atos autolesivos ou suicídio; visão desolada e pessimista do futuro; sono perturbado e outros) em suas diversas categorias e graus (OMS, 1994).

A American Psychiatric Association – APA (2000; 2002), em consonância com a OMS, aponta a perturbação do humor do tipo deprimido ou perda de interesse como a principal sintomatologia da depressão, termo associado a qualquer um dos Transtornos Depressivos. A Depressão seria um disforia (humor caracterizado por tristeza, insatisfação e, por vezes, inquietude) que pode variar desde uma oscilação leve até um sentimento extremado de pessimismo, desânimo e tristeza (APA, 2010). Por Transtornos Depressivos se entende qualquer Transtorno do Humor em que a tristeza geralmente é um dos sintomas principais (APA, 1989; 1995; 2000; 2002).

As dificuldades em relação aos sintomas, etiologia, tratamento e evolução não é uma exclusividade dos Transtornos do Humor e mais especificamente dos Transtornos Depressivos, que neste momento serão tratadas sempre como Depressão, estão relacionadas a todos os transtornos mentais. Por todo o Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças, que trata especificamente dos transtornos mentais, o termo *transtorno* é utilizado justamente pela tentativa de evitar dificuldades maiores com termos como *doença* ou *enfermidade* (OMS, 1992). Por *doença* se entende o processo patológico definido por sua origem orgânica (Jesus e Rezende, 2008), um conjunto característico de sintomas que pode afetar parte ou todo o corpo, enfraquecendo seu funcionamento (APA, 2010). Já por *enfermidade* se entende a experiência de sentir-se mal que leva o indivíduo a se considerar doente (Visentin, 2008), neste ponto a enfermidade é um processo subjetivo, pois o incômodo físico ou psíquico se dá pelas impressões de transformar sensações próprias em conhecimento sobre seu estado de saúde (Alves, 1998). Segundo a OMS, *transtorno*, apesar de não ser um termo exato, indica um “conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível,

associado, na maioria dos casos, com sofrimento e interferência em funções pessoais” (p. 5, 1992).

Deste modo se percebe a dificuldade em especificar os sintomas da Depressão, assim como de outros transtornos mentais, por não se ter, atualmente, marcadores psicológicos, sociais ou biológicos que possam ser aplicados a todos os casos e, conseqüentemente, trazer claramente uma compreensão sobre as causas e a evolução da Depressão. A OMS (1992) não apresenta explicações teóricas, não pretendendo ter proposições completas sobre os transtornos, mas um conjunto de descrições e diretrizes sobre os sintomas que buscam uma base razoável de limites das categorias dos diversos transtornos mentais.

A questão sobre os problemas da terminologia empregada (transtorno ao invés de doença ou enfermidade) e etiologia são questão importantes e agudas, geradoras de um grande debate (Osinaga, 2004). Apesar de sua importância, estas questões não serão diretamente tratadas neste trabalho. Neste momento se propõe voltar à questão do entendimento das manifestações psíquicas da Depressão, sua delimitação enquanto transtorno, além das bases teóricas que buscam o entendimento da mesma no campo da Psicologia. Entende-se que o estudo da Depressão, neste momento, se dá dentro do espectro da valorização das influências e dos processos psicológicos inerentes ao ser humano, apesar da importância das questões biológicas e sociais (Guedes et al, 2010).

Como já apontado anteriormente, a Depressão, segundo a OMS (1992; 1998) é caracterizada por repetidos episódios em que o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, reduzida energia, fadiga aumentada, nível de atividade diminuída, perda de interesse e prazer, cansaço significativo após esforços leves. Outros sintomas possíveis e mais comuns são o apetite reduzido, sono perturbado, ideias ou atos autolesivos e suicídio, visões pessimistas do futuro, concentração e autoconfiança reduzidas. O nível e número de sintomas

irão determinar as três variedades possíveis: leve, moderada ou grave. As depressões graves podem ou não estar acompanhadas de sintomas psicóticos. A sintomatologia deve estar presente por pelo menos duas semanas, mas períodos mais curtos podem ser significativos, dada sua importância clínica, início rápido e nível de gravidade (Janca et al, 1994).

A APA (1995; 1996; 2002) também aponta duas semanas de sintomatologia como uma característica da Depressão. Período em que a perda de interesse e o humor deprimido são mensuráveis. O indivíduo pode experimentar outros sintomas adicionais, como alterações do apetite, peso, sono, atividade psicomotora e energia. Sentimentos de desvalia e culpa dificuldade para pensar, concentrar-se, tomar decisões, planos ou tentativas de suicídio, além de pensamentos constantes sobre a morte ou ideação suicida. Todos estes sintomas devem se manter pela maior parte do dia no período apontado. Toda esta sintomatologia deve ser acompanhada por sofrimento ou prejuízo significativo, do ponto de vista clínico, em importantes áreas da vida do indivíduo (profissional, social, familiar ou outras).

A perda de interesse comumente, em algum grau, sempre está presente. Seja por atividades profissionais, sexuais, de lazer ou qualquer outra situação vislumbrada anteriormente como agradável, prazerosa ou do cotidiano. As pessoas mais próximas, em geral, percebem algum retraimento social. O humor deprimido é vivido por sentimentos de desesperança, sofreguidão, desencorajamento para atividades percebidas anteriormente como corriqueiras e simples, queixas somáticas, sentimentos de indiferença ou irritabilidade aumentada, com respostas exageradas de frustração por questões não tão significativas (APA, 1995; 1996; 2002).

A alteração do apetite pode ser uma voracidade por algum alimento específico, mas em geral são descritas situações de redução da ingestão de alimentos, as pessoas se sentem forçadas a comer. Perdas significativas de peso devem ser acompanhadas com especial atenção. Quanto ao sono podem ocorrer insônias ou sonolência excessiva. As

atividades psicomotoras podem variar desde uma agitação, com incapacidade para ficar quieto ou retardo psicomotor, com movimentos corporais e pensamentos lentos. Todos estes sintomas podem ser suficientemente proeminentes para serem notados por outros (APA, 1995; 1996; 2002).

Em geral existe uma menor eficiência para realizar atividades cotidianas, dispendendo um tempo muito maior, em comparação com períodos anteriores. Os sentimentos e avaliações negativas podem permear todo o imaginário do indivíduo. Eventos corriqueiros são vistos com uma responsabilidade exacerbada e pequenos equívocos podem ser percebidos como graves e irremediáveis. Distração, dificuldades de memória, perda da concentração, dificuldade para tomar decisões e pensar também são relatados (APA, 1996; 2002).

Quando descreve os principais sintomas a OMS (1992) enfatiza as classificações e diretrizes diagnósticas. A principal preocupação da entidade é trazer uma contribuição aos critérios diagnósticos. Já a APA (1995; 2002) apresenta também uma preocupação em ser material de apoio acadêmico para o ensino da psicopatologia, enfatizado ao detalhar os sintomas descritos. As descrições apontadas servem de apoio ao trabalho em saúde mental em contextos diversos.

5.2. SINTOMAS E SINAIS DA DEPRESSÃO

Jaspers (1979) afirma que, nos depressivos o sentimento de insuficiência está entre as queixas mais frequentes, geralmente com pensamentos primários infundados, com incapacidade de decidir sobre algo, o sentimento de não entender nada, não ser capaz. Campbell (1986) também aponta que a Depressão se refere a uma síndrome em que o rebaixamento do ânimo, a dificuldade para pensar e o retardamento motor são marcantes. Este

retardamento geral pode ser mascarado pela ansiedade, o pensamento obsessivo e a agitação em certos quadros depressivos. Geralmente a Depressão está mais associada aos elementos do humor (abatimento, tristeza, desespero, desolação, perda de interesse).

Talbott; Hales e Yudofsky (1992) descrevem a Depressão como um conjunto frequente de sinais e sintomas na esfera afetiva, cognitiva, comportamental e do funcionamento físico e psíquico. No campo afetivo as emoções mais comuns são a melancolia, tristeza, tédio e nervosismo, não existe a possibilidade ou capacidade de experimentar prazer. Os processos cognitivos estão diminuídos, geralmente as pessoas são pessimistas, culpa excessiva, ideias de culpa, juízo crítico prejudicado, dificuldade de lidar com situações de estresse e concentração, além da baixa autoestima. O comportamento geralmente é retraído, o indivíduo geralmente se apresenta lentificado, mas, por vezes, encontra dificuldade para ficar imóvel, girando as mãos e andando de um lado para outro.

Ainda segundo Talbott; Hales e Yudofsky (1992) o funcionamento físico apresenta um funcionamento irregular, com problemas no sono. Alterações do apetite, libido afetada e alterações dos ritmos cardíacos estão tipicamente perturbados. O funcionamento somático apresenta importância clínica significativa, apesar de escapar da atenção do profissional de atendimento primário, as queixas de fadiga são constantes, dores de cabeça, desarranjos gastrointestinais. Cerca de 15% dos indivíduos severamente deprimidos podem cometer suicídio.

Holmes (1997) descreve a Depressão como um conjunto de sintomas de humor, cognitivos, motores e somáticos. Para este autor um grande problema da Depressão é que os sintomas geralmente são crônicos ou recorrentes, incorrendo numa longa duração do transtorno. Os sintomas do humor seriam quando o indivíduo se sente sem esperança, desencorajado, indesejado e com sentimentos de isolamento, num local que não pode sair e não pode ser alcançado. Por vezes acompanhada de ansiedade, a pessoa que sofre de

Depressão apresenta pensamentos de preocupação, acreditando firmemente que tudo está dando errado ou que não ocorre como poderia. Cognitivamente os processos de autoestima baixa, sentimentos de inadequação, inferioridade, incompetência, inépcia, culpa pelo fracasso, redução da motivação e pessimismo estão presentes. Não existe razão para tentar, pois tudo parece perdido e sem esperanças antes de começar. Aos poucos vai ocorrendo uma generalização das atitudes negativas, indicando uma maior severidade da Depressão.

Quanto aos sintomas motores Holmes (1997) expõe que o mais proeminente é o retardo psicomotor, processo que envolve a lentificação do comportamento motor. O indivíduo apresenta um olhar parado e inexpressivo, sentando-se com uma postura encurvada ou ficando encolhido na cama tentando dormir. O peso do mundo é sentido nas costas e não conseguem se mover com todo este fardo. Os padrões de fala são modificados, os deprimidos tendem a falar pouco e, quando falam, o fazem em tom baixo, eventualmente podem interromper a fala no meio de um diálogo, pois não apresentam energia para tal. Apesar de ser menos prevalente, em contraste à situação de lentificação descrita, alguns podem apresentar agitação psicomotora, com incapacidade para ficar parado. Ficam inquietos, andando de um lado para o outro, de maneira aleatória esta movimentação acaba por não render nenhum prazer.

No que tange aos sintomas somáticos Holmes (1997) o autor destaca a perturbação do padrão de sono, com comprometimento da hora de dormir e acordar. Os padrões alimentares são alterados, o indivíduo perde o interesse em comer, por vezes o alimento não apresenta sabor para o deprimido, com conseqüente diminuição da ingestão. Às vezes, falta energia até para preparar o alimento. A perda da libido, com diminuído impulso sexual e problemas do sistema imunológico também são descritos.

Del Porto (2002) entende que o termo Depressão, no uso cotidiano, é empregado tanto para designar um estado afetivo normal de tristeza quanto uma síndrome.

Enquanto síndrome, a Depressão inclui sintomas psíquicos com alterações de humor (tristeza, irritabilidade, apatia, falta de capacidade de sentir prazer) cognitivos, psicomotores e vegetativos. No entender do autor a Depressão vem sendo classificada de diversas formas, ao longo da história humana. No geral o indivíduo com Depressão relata a perda da capacidade de experimentar prazer, redução de interesse pelo ambiente, sensação de tristeza e apatia, ideias de suicídio, diminuição da capacidade de pensar, concentração e tomar decisões, alterações do sono (insônia ou hipersonolência), alterações do apetite como já relatado por outros autores, retraimento, social, crises de choro, retardo psicomotor e lentificação generalizada. Segundo Del Porto (2002) o termo Melancolia pode ser empregado para o subtipo de Depressão anteriormente designado como endógeno, vital, biológico ou endegenomorfo, sendo que aparentemente constituem um grupo mais homogêneo de Depressões, respondendo melhor aos tratamentos biológicos.

Dalgarrondo (2000; 2008) aponta que a Depressão é um problema prioritário em saúde pública, sendo a primeira causa de incapacidade, entre todos os problemas de saúde. A Depressão é o transtorno mental mais comum na população (Rombaldi et al, 2010). Nos estudos de base populacional, atingem incidência de 2% e a prevalência de 10% na população, independentemente do local do estudo, do instrumento utilizado e dos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica. Indivíduos com Depressão desenvolvem algum tipo de incapacidade cerca de cinco vezes mais que indivíduos assintomáticos, além de se consultarem e se hospitalizam mais. Alguns fatores associados à Depressão são o sexo feminino, baixas escolaridade e renda, idade de início maior entre 20 e 40 anos, pessoas sem vínculo familiar estável (divorciadas, viúvas, moram sozinhas), falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico, idade, fumantes e obesos (Rombaldi et al, 2010).

5.3. EPIDEMIOLOGIA

Segundo Gonçalves e Kapczinski (2008) cerca de 90% dos casos de transtornos mentais na população geral são de ansiedade somatoforme e/ou transtornos de humor, particularmente a Depressão. Em populações investigadas em estudos epidemiológicos, sobre a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida, a Depressão é verificada entre 12,2% e 48,6% dos indivíduos. As variações são atribuídas às características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizado.

No Brasil a Depressão é altamente prevalente (Lima, 1999), tendendo a afetar jovens adultos num curso episódico ou crônico. Mais comuns em mulheres e associada a uma grande utilização de serviços de saúde. Os resultados independem do local onde a pesquisa seja conduzida, dos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplicava e do tipo de instrumento de diagnóstico utilizado. Ainda segundo Lima (1999), a partir de resultados de pesquisas populacionais, existe a necessidade de abordar a questão da Depressão como um processo contínuo, baseadas na população geral, de modo a elucidar mais a respeito dos mecanismos etiológicos e protetores da Depressão. Uma taxa elevada de utilização de serviços de saúde, pelos indivíduos que sofrem de Depressão, sugere que uma atenção especial deve ser dispensada no planejamento da política de saúde para essas condições, de modo que sejam realizadas pesquisas que norteiem ações com a finalidade de prevenir a morbidade e o sofrimento individual e familiar associado à Depressão.

Sobre a maior taxa de mulheres com Depressão, num estudo sobre os transtornos mentais, que estavam relacionados com a mortalidade de mulheres em idade fértil, existiam eventos consideráveis (Tuono et al, 2007). O estudo buscou resgatar informações sobre os transtornos mentais em mulheres, conhecer a distribuição de mortes por transtornos

mentais de acordo com as idades e descrever sua presença em casos de suicídio e mortes. Num universo de 7.332 óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade, residentes nas capitais brasileiras, ocorridos no primeiro semestre de 2002, investigados no estudo, os transtornos mentais estavam referidos, seja como causa básica ou associada, destes casos a Depressão foi mencionada em 13% dos óbitos.

Nas perícias de pessoas portadoras de algum transtorno mental, realizadas em agências da Previdência Social de Juiz de Fora, Minas Gerais (Siano; Ribeiro e Ribeiro, 2010) a Depressão (nos seus diversos níveis) representou 39,6% dos diagnósticos iniciais realizados entre julho de 2004 e dezembro de 2006.

Independentemente de todas estas questões, as manifestações psíquicas da depressão e sua sintomatologia não podem ser desprezadas, de modo que seja possível mensurar estes sintomas, por meio das diversas técnicas psicológicas de investigação do funcionamento psíquico, campo de conhecimento da Psicologia. Se não se pode ter tanta certeza sobre a origem destes sintomas, pode-se ter, nestes mesmos sintomas, um marcador psíquico, um parâmetro, que possibilita o norteamento e a realização de serviço de acompanhamento psicológico interventivo, tanto no campo da prevenção quanto nos tratamentos de casos diagnosticados.

5.4. PSICODINÂMICA DA DEPRESSÃO

Na psicanálise o sintoma é entendido como uma manifestação de superfície que expressa a presença de um conflito (Bergeret, 1991). O sintoma seria um desvio das formações substitutas ou das realizações de compromisso (dos desejos pulsionais e a impossibilidade de realizar os mesmos), uma manifestação do retorno de parte do material

reprimido que opera sobre as ideias (Freud, 1976a). Um sintoma não nos fornece material suficiente para um diagnóstico profundo da personalidade (Bergeret, 1991). O indivíduo conduz sua vida como se tivesse liberdade de escolha, quando na verdade estas escolhas estão delineadas por forças inconscientes (Gabbard, 1998). O processo de desenvolvimento seria organizado desde as experiências da infância até o momento vivido pelo indivíduo, de modo que entender a Depressão não seria apontar sintomas, mas apreender os dinamismos próprios do psiquismo. A seguir discussões serão feitas pensando no desenvolvimento como um processo que se inicia na infância.

Muita coisa acontece no primeiro ano de vida da criança, o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio, desde o nascimento todas as experiências podem ser significativas. Existe algo na figura materna de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase de vulnerabilidade, tornando-a capaz de contribuir positivamente com as claras necessidade da criança. A figura materna é capaz de desempenhar esse papel se estiver se sentindo segura, se estiver se percebendo amada em sua relação com a figura paterna da criança e/ou com a própria família, ao sentir-se aceita nos círculos cada vez mais amplos que circundam a família e constituem a sociedade (Santos, 1999; Winnicott, 2000; Alves, 2006).

Apesar disto, boa proporção de mães e pais, em virtude de situações sociais, familiares e pessoais, não conseguem fornecer à criança condições suficientemente boas à época de seu nascimento. Nesses casos, espera-se de médicos e enfermeiras que tenham a capacidade de entender, tratar ou mesmo prevenir estes distúrbios, sendo muitas vezes possível detectar e diagnosticar distúrbios emocionais ainda na infância, até mesmo durante o primeiro ano de vida. Devido à extrema dependência emocional da criança, seu desenvolvimento ou sua vida não podem ser estudados à parte da consideração do cuidado que lhe é fornecido (Winnicott, 2000). No universo psicológico existe uma tendência inata ao

desenvolvimento, assim como o bebê geralmente senta por volta dos cinco ou seis meses e dá os primeiros passos na época de seu primeiro aniversário, quando talvez já tera aprendido a usar umas duas ou três palavras, assim também existe um processo evolutivo no desenvolvimento emocional (Abreu, 2006).

Uma grande mudança que se testemunha no primeiro ano de vida refere-se à aquisição de independência. A independência é algo que se realiza a partir da dependência, mas é necessário acrescentar que a dependência realiza-se a partir de algo a que se poderia chamar de dupla dependência. Nos primórdios, há uma dependência absoluta em relação ao ambiente físico e emocional. No primeiríssimo estágio não há vestígios de uma consciência da dependência e, por isto, esta é absoluta. Gradualmente, a dependência torna-se em certa medida conhecida pela criança, que, por consequência, adquire a capacidade de externar ao ambiente quando necessita de atenção (Winnicott, 1993).

Muito normalmente, certo grau de independência pode ser diversas vezes conquistado, perdido e novamente conquistado, sendo bastante frequente que uma criança retorne à dependência. A mãe da criança costuma ser a pessoa mais qualificada a desempenhar esta tarefa sumamente delicada e constante. É a pessoa mais adequada, pois é ela que, com maior probabilidade, entregar-se-á de modo mais natural e deliberado à causa da criação do filho (Winnicott, 1993; Lopes, Oliveira, Vivian, Bohmgahren, Piccinini e Tudge, 2007).

Desde o início é possível a um observador perceber que a criança já é um ser humano, uma unidade. Mas esta integração não é algo automático, é algo que vai desenvolver-se pouco a pouco em cada criança. No princípio, a criança se compõe de uma série de fases de motilidade e percepções sensoriais. É fato quase certo que, para a criança, o repouso se identifica à volta a um estado não integrado. Às vezes, segurança significa simplesmente ser adequadamente seguro no colo. Tanto em nível físico como em níveis mais

sutis, a mãe ou o ambiente conservam a criança como que unida a si mesma, e a não integração e reintegração podem processar-se sem ocasionar ansiedade (Winnicott, 1984).

A integração parece estar ligada às experiências emocionais ou afetivas de caráter mais definido, como a raiva ou a excitação provocada pelo oferecimento de comida. Aos poucos, na medida em que a integração afirma-se como um fato estabelecido e a criança torna-se cada vez mais constituída como uma só unidade, o processo de desconstrução dessa estrutura adquirida passa a identificar-se mais à desintegração que a não integração. A desintegração é dolorosa (Abreu, 2006).

Com um ano de idade, o grau de integração que pode ser atingido é bastante variável: algumas crianças dessa idade já estão de posse de uma personalidade forte, um self cujas características pessoais são exageradas. Outras, no extremo oposto, não adquirem ao cabo de um ano uma personalidade tão definida e continuam bastante dependentes de um cuidado contínuo. De início, a mãe deve adaptar-se de modo quase exato às necessidades de seu filho para que a personalidade infantil desenvolva-se sem distorções. Contudo, dá-se à mãe cada vez mais a possibilidade de ser malsucedida nessa adaptação e isso ocorre porque a mente e os processos intelectuais da criança tornam-se capazes de levar em conta outras possibilidades, permitindo a sensação de certas falhas (Winnicott, 1993; Abreu, 2006; Lopes et al, 2007).

No que tange às relações objetais, a criança de um ano por vezes é uma pessoa inteira que se relaciona com outras pessoas inteiras. Isto é uma aquisição que se desenvolve gradualmente, só tendo existência de fato, quando as condições são suficientemente boas. É a gradual integração da personalidade da criança que faz com que o objeto parcial (seio, etc.) possa ser entendido como pertencente a uma pessoa inteira. Esse aspecto do desenvolvimento acarreta ansiedades específicas, de que trataremos mais adiante (Winnicott, 1983).

A partir de determinada idade a criança torna-se capaz de aceitar certas características da mãe, conquistando alguma independência em relação à incapacidade materna de adaptar-se às necessidades filiais; isso, porém, raramente ocorre antes do primeiro aniversário. Na vida instintiva, todas as funções tendem a ter uma qualidade orgástica, na medida em que, cada uma a seu modo, contém uma fase de preparação e estímulo local, um clímax em que o corpo inteiro está envolvido e um período de pós-satisfação (Winnicott, 1993).

Segundo Klein (1996), em algum momento da segunda metade do primeiro ano de vida da criança normal, essa começa a demonstrar certa capacidade de se preocupar, certa habilidade de ter sentimento de culpa. Trata-se aqui de um estado de coisas altamente complexo que depende da integração da personalidade infantil numa unidade e está vinculado à aceitação, por parte da criança, da responsabilidade por toda a fantasia sobre o que pertence ao momento instintivo. A presença contínua da mãe (ou figura substituta) é pré-condição necessária a essa realização altamente sofisticada e a atitude da mãe deve comportar um elemento de estar atenta para ver e aceitar os esforços imaturos feitos pela criança no sentido de contribuir, isto é, cabe à mãe reparar, amar construtivamente.

Voltando a Winnicott (1993), sabe-se que de par com o reconhecimento do objeto surge o germe de um sentido de dependência, e, por conseguinte, o germe da necessidade de independência. Toda criança tem que recriar o mundo, mas isso só é possível, pouco a pouco, se o mundo for se apresentando nos momentos de atividade criativa da criança. A criança procura algo e encontra o seio, e criou-se o seio. O sucesso dessa operação depende da sensibilidade da adaptação da mãe às necessidades da criança, sobretudo no começo. A partir disto existe uma progressão natural no sentido da criação por parte da criança do conjunto de toda a realidade exterior e da criatividade contínua. Os dolorosos

primeiros estágios desse processo vitalício desenrolam-se na primeira infância e dependem da capacidade da mãe de apresentar o fragmento de realidade no momento mais ou menos exato.

Na idade de um ano, a maioria das crianças já adotou um ou mais objetos macios, ursinhos, bonecas de pano, etc., que lhes são importantes. Tais objetos obviamente desempenham o papel de objetos parciais, representando, sobretudo, o seio. Aos poucos vão passando a representar bebês, papai ou mamãe. Esse objeto pode adquirir importância vital, podendo ter o valor de um objeto intermediário entre o self e o mundo exterior. Esses fenômenos (que o autor chama de transicionais) parecem constituir a base de toda a vida cultural do ser humano adulto (Maciel, 2003). Eis uma oportunidade de o observador estudar as origens do comportamento afetivo (Winnicott, 1979). Esse estudo é importante, porque a perda da capacidade de ser afetivo é uma das características da criança carente, mais velha, a qual, do ponto de vista clínico, demonstra uma tendência depressiva ou antissocial, candidata à delinquência (Abreu, 2006).

Anteriormente à adolescência, cada indivíduo teve, antes do período de latência, a experiência de um complexo de Édipo plenamente desenvolvido, isto é, viveu as duas principais posições do relacionamento triangular que constitui com os dois pais (ou pais ou figuras substitutas) e, na experiência prévia de cada adolescente, organizaram-se modos de combater a tensão ou aceitar e tolerar os conflitos inerentes a tais condições, essencialmente complexas (Winnicott, 1984).

Também, derivadas das experiências da infância de cada adolescente, subsistem certas características e tendências pessoais herdadas e adquiridas, fixações a modalidades pré-genitais de experiência instintiva e resíduos da dependência e da implacabilidade infantis; e, além disso, restam todos os tipos de padrões doentios associados à falhas de amadurecimento em nível edípico ou pré-edípico. Assim, o menino e a menina

chegam à puberdade com todos os seus padrões fortemente influenciados pelas experiências de infância (Maciel, 2003).

Na faixa etária em questão é característica a rápida alternância entre independência rebelde e dependência regressiva. O adolescente é essencialmente um isolado. Todo relacionamento entre indivíduos e, em última instância, toda socialização, parte de uma posição de isolamento. Nesse aspecto, o adolescente revive uma fase essencial da infância, pois o bebê é um ser isolado ao menos até o momento em que repudia o *não eu* e constitui-se como indivíduo distinto, capaz de relacionar-se com objetos externos ao self e à área de controle onipotente. Pode-se dizer que, antes de o princípio de prazer-dor dar lugar ao princípio de realidade, a criança é isolada pela natureza subjetiva de seu ambiente. Em nossa sociedade atual os adultos estão sendo formados por processos amplos, da sociedade e da família que também estão sujeitos aos mesmos processos, sendo impulsionados na adolescência e na vida adulta por suas tendências de crescimento (Winnicott, 1983; Lopes et al, 2007).

A dependência vai do estágio absoluto (quando o lactente não tem possibilidade alguma de saber sobre os cuidados maternos) para a dependência relativa, que ocorre após o desmame, quando o lactente percebe que existe mais alguém envolvido para ir rumo a independência, quando o lactente aprende a ir em frente, mesmo sem a ajuda concreta. Isto vai sendo alcançado por meio do acúmulo de memórias dos cuidados e pelo início da utilização do intelecto, emergindo do ser corporal. Não existe uma independência total, pois isto seria uma doença. O sujeito atinge a maturidade, quando ocorre a interdependência, pois o indivíduo não se torna isolado. Na realidade ele passa a se relacionar com o ambiente e o indivíduo e o ambiente passam a ser vistos como dependentes um do outro (Newmann, 2003).

A adolescência é uma fase de mutação. Ela é tão fundamental para o adolescente já formado quanto para o recém-nascido o nascimento e os primeiros quinze dias

de vida. O nascimento é uma mutação que possibilita a passagem, do feto à criança de peito e sua adaptação ao ar e à ingestão. O adolescente passa por uma mudança a respeito da qual não consegue falar e, para os adultos, ele é objeto de questionamento que, conforme os pais, pode ser carregado de ansiedade ou cheio de indulgência (Dolto, 1990).

Neste momento de individuação o jovem precisa superar os estados confusionais e transitórios peculiares da idade, devendo elaborar perdas mais significativas. Estes lutos podem desencadear sentimentos de tristeza e desamparo, que, quando não superados, podem organizar um movimento depressivo. Este modelo de funcionamento pode se manter durante a idade adulta (Abreu, 2006). Momentos da vida (adolescência e vida adulta), que poderiam se estabelecer como os de plena criatividade, são organizados pela perda, como forma de viver, instalando a Depressão (Maciel, 2003).

5.5. VÍNCULO, FAMÍLIA E PAPÉIS SOCIAIS

Na família consanguínea (compreendendo tanto os ascendentes diretos quanto os parentes mais distantes) a criança está desde cedo em contato com mais pessoas, o que faz que os laços afetivos com cada um dos membros sejam menos exclusivos, o indivíduo sente-se mantido pelo grupo, suas responsabilidades são introduzidas mais lentamente e podem não ocorrer crises de adolescência na medida em que o prestígio maior é alcançado numa fase de idade mais avançada (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Correlativamente, as funções da família estão sendo transformadas, já não sendo mais uma unidade de produção. O Estado se encarrega cada vez mais das funções outrora assumidas pela família: a instrução, a educação, a organização dos lazeres. A sociedade intervém intensamente, mesmo na educação das crianças em casa, por meio da

internet, televisão, jornais, livros e outras organizações. Ariès (1979) aponta que ao mesmo tempo em que a família juridicamente tem menos funções, efetivamente ela se torna cada vez mais forte e voltada para si mesmo, o autor vê com inquietude essa prioridade da vida familiar sobre todos os outros interesses. Evidente que este tipo de família nuclear, sobretudo na cidade, quando apresenta deficiência de um dos pais, tem consequências mais graves para o filho (Rocheblave-Spenlé, 1995).

Rocheblave-Spenlé (1995) entende a família nuclear ou conjugal dos nossos tempos como uma das principais causas da agressividade do jovem e do adolescente. Com figuras parentais distantes a criança acaba por não ter figuras de identificação. Outro fator que influencia a família é a mobilidade social, no qual os pais, em inferioridade em relação aos filhos, trazem uma relação de ambiguidade e ambivalência entre pais e filhos, com o segundo ameaçando ultrapassar o primeiro. Essa sensação de ser ultrapassado aumenta ainda mais a insegurança dos pais sobre seu próprio valor. Insegurança que parece ser um dos fenômenos novos, particularmente importantes para a evolução do jovem e decorre em grande parte de fatores sociais. Outrora, numa sociedade estável, pouco móvel em suas estruturas, o papel dos pais não apresentava problemas; ele era transmitido de geração em geração, ninguém o contestando.

Hoje justamente por causa das rápidas transformações da sociedade, também pela sua complexidade, os pais se sentem desarmados, a mercê de vários grupos e seus sistemas de valores. Eles oscilam entre os diferentes tipos de educação, confiando em algumas publicações, sentindo-se eternamente incompetentes ou culpáveis, inquietos por não serem bons pais. Na criança, essa atitude cria também um estado de insegurança e impede a formação de normas estáveis ou, melhor dizendo, de um superego coerente. Isso é tão nocivo para a criança como o outro extremo, o pai seguro de si e autoritário, dificultando a integração do superego. De fato, esta coerência de papéis representa uma das condições necessárias ao

mesmo tempo para o equilíbrio e o desenvolvimento harmonioso das mudanças sociais e do adolescente (Rocheblave-Spenlé, 1995). A questão da suficiência volta a ser ponto importante da relação entre figuras parentais ou cuidadores e filhos (Winnicott, 2000). Alguns teóricos buscam um entendimento sobre estas questões, remontando ao histórico da família burguesa e suas transformações, estas ilações são apresentadas a seguir.

A família vai caminhando para sujeitar a vida doméstica ao crescente domínio de especialistas externos. O exemplo e o conselho, vindo de fora, enfraquecem a já vacilante confiança que os pais depositam em seu próprio julgamento. Assim, quando o profissional aconselha os pais a confiarem tanto nos impulsos da criança quanto nos seus próprios, ele solapa esta confiança ao lembrar das consequências incalculáveis de seus atos. Eles deveriam saber que pais e mães não podem adquirir segurança com relação a sua aptidão, quando é necessário fiar-se em médicos e psiquiatras a cada emergência, mas mesmo assim ele reluta em abandonar os pais à própria intuição em tais circunstâncias críticas (Lasch, 1991).

A expansão da educação transformou as massas em ávidas consumidoras da publicidade e da propaganda, que as deixaram em um estado crônico de insatisfação e incerteza. Desde o instante em que a concepção da família como um refúgio fez sua aparição na história, as mesmas forças que geraram a nova privacidade começaram a erodi-la. A assim chamada privatização da experiência caminha de braços dados com um assalto sem precedentes à privacidade, que nos primeiros estágios da sociedade burguesa protegia os membros da família contra o impacto total do mercado, mas gradualmente esmoreceu (Lasch, 1991).

A retirada para a fortaleza emocional da família não teve lugar, porque a vida familiar se tornou mais calorosa e atraente no século XX – como argumentam alguns historiadores -, mas, porque o mundo exterior assumiu uma aparência assustadora. A

domesticidade burguesa não evoluiu simplesmente. Ela foi imposta à sociedade pelas forças da virtude organizada, conduzidas pelas feministas, pelos defensores da temperança, reformadores educacionais, padres liberais, especialistas em direito penal, médicos e burocratas. Numa campanha para estabelecer a família como trono da virtude, conclama-se os homens e mulheres bem pensantes a procurar abrigo no santuário da família (Lasch, 1991).

Os médicos, reformadores e funcionários da saúde pública desde o século XIX, como os missionários, viam-se a si mesmos como agentes do esclarecimento que levavam a civilização aos pagãos. Como seus correlatos eclesiásticos, eles acreditam ser sua missão acabar com a depravação e a superstição, reivindicando direitos exclusivos sobre a verdade e a virtude. Assim como os médicos e especialistas em direito penal esperavam curar a doença, a loucura e o crime segregando o paciente em um ambiente devotado ao seu tratamento e supervisionado por profissionais, assim também eles esperavam moldar o caráter da criança no interior do lar (Brandão, 2008).

A concepção terapêutica da loucura, da doença e do crime repudia os pressupostos teológicos acerca da inevitabilidade destes males e livra o paciente da responsabilidade por seus próprios atos, insistindo em que ele não está possesso, nem pecando deliberadamente, mas apenas doente. A nova concepção da família como um asilo repudia de forma semelhante o fatalismo e a noção do pecado original, insistindo sobre a inocência e a plasticidade das crianças. De acordo com estes teóricos, enquanto a Igreja, tentando banir o sexo, fez apenas com que ele se tornasse uma obsessão, o casamento pôs o sexo a serviço da procriação e propiciou uma aceitação sadia do corpo (Lasch, 1991).

O conflito entre as novas remissões e as velhas proscricções, entre a autorealização e o sacrifício pessoal, entre a ideologia do lazer criativo e a ideologia do trabalho começou no século XIX. Por outro lado, a remoção da educação e do cuidado médico para fora do espaço doméstico priva os pais, na sua própria infância, da experiência prática de

tomar conta das crianças, cuidar de doentes e manter a casa. Em sua ignorância e insegurança, os pais redobram a dependência com relação aos especialistas, que por sua vez confundem-nos com uma superabundância de conselhos conflitantes (Lasch, 1991).

Assim a família luta para conformar-se a um ideal de família imposto de fora para dentro. Em tais circunstâncias, não é de admirar que muitos pais procurem escapar ao exercício desta responsabilidade, evitando os confrontos com a criança e eximindo-se do trabalho disciplinar e da formação do caráter. Quando os pais não podem evitar completamente as decisões disciplinares, eles delegam-nas a outras autoridades. O pai invoca as exigências do trabalho como desculpa para incumbir sua mulher da disciplina cotidiana. A mãe, por sua vez, evita os confrontos mais dolorosos, invocando a autoridade suprema do pai e ameaçando a criança com um temível ajuste de contas, quando aquele finalmente voltar à cena. A permissividade, portanto, depende em parte do controle exercido pelo grupo de pares (Brandão, 2008).

Em teoria, a justiça deriva da razão, mas a prática da comunidade mostra-se o único guia seguro. A criança sabe mais do que seus pais a respeito desta prática ambígua e constantemente cambiante, não raramente, habilmente explora o seu embaraço. As relações no interior da família tornaram-se semelhantes às relações no resto da sociedade. Os pais evitam impor arbitrariamente os seus desejos às crianças, deixando claro, assim, que a autoridade só merece ser considerada válida quando se conforma à razão. Entretanto, na família como em qualquer parte, os padrões ‘universais’ revelam-se ilusórios, quando examinados de perto (Lasch, 1991).

Assim também a justiça é estabelecida através de barganhas similares entre as partes interessadas. Conseqüentemente, aprendendo a viver em conformidade com a lei a criança na verdade aprende como contorná-la. A erosão da autoridade e a delegação da disciplina a outras agências criaram um fosso ainda maior entre a disciplina e a afeição na

família. Tolamente a cultura presume que a criança abandonará os vínculos familiares sem passar por uma crise emocional. Entretanto, o aumento do suicídio entre os estudantes, da dependência de drogas e da impotência imediatamente coloca sob suspeita este quadro agradável que se tentou traçar. Não é necessário um alto grau de sofisticação psicanalítica para atravessar a calma superfície da vida familiar e descobrir camadas profundas de medo e ressentimento (Lasch, 1991).

Se num primeiro momento a juventude não parece experimentar uma grande fixação sexual pelos pais, seus sonhos e fantasias trazem à luz sentimentos de raiva ou desejo que podem ser remetidos às primeiras fases da infância. Assim, enquanto descrevem suas mães como frias ou distantes, seus temores mais profundos giram em torno de um tipo de mãe completamente diferente, ao mesmo tempo sedutora e castradora, uma mãe cuja vagina é cheia de dentes (Brandão, 2008).

A cultura popular manifesta a mesma cisão, tão pronunciada nas entrevistas psiquiátricas entre imagens conflitantes da paternidade, entre a tranquila superfície emocional da vida familiar e a raiva subjacente a ela. Assim, a mãe tenta em vão defender suas ideias antiquadas de decoro e refinamento, enquanto o pai colabora com a geração mais jovem para subvertê-las. Os sentimentos de solidão e isolamento humanos refletem o colapso da ordem pública e a perda da religião, refletindo o próprio definhamento da ordem pública e da religião, o enfraquecimento da autoridade e da orientação paterna. O homem moderno enfrenta o mundo sem a proteção de reis, padres ou de qualquer outra figura paterna mais ou menos benevolente; mas ele poderia aceitar sua perda se ela o tivesse ajudado a desenvolver seus próprios recursos íntimos. Incapaz de internalizar a autoridade, entretanto, ele projeta os impulsos proibidos para o exterior e transforma o mundo em um pesadelo (Lasch, 1991).

Num nível mais profundo, os velhos conflitos sobrevivem. Na realidade, eles se tornaram mais agudos exatamente em função das mudanças sociais que reduziram a

intensidade da vida doméstica, facilitaram a ruptura dos jovens com seus pais e suavizaram assim a transição da infância para a maturidade. O abrandamento das manifestações mais explícitas do conflito de gerações apenas garante a persistência deste conflito sob uma forma psicológica mais primitiva. Sem este respeito, a criança experimenta a autoridade como pura força e aprende apenas que a força superior sempre prevalece (Lasch, 1991).

Segundo Freud, as sensações e fantasias sexuais da criança primeiro se concentram na ingestão de alimentos, depois na retenção e eliminação das fezes, e somente então nas sensações genitais. A criança só entra na fase genital ou fálica de seu desenvolvimento quando foi forçada a renunciar à gratificação oral e anal – obrigada a se alimentar e evacuar de acordo com a vontade dos pais, não com a sua própria. Nesse momento, ela percebe o pai como um rival na disputa pelos favores sexuais da mãe e sonha em tomar o seu lugar (Lasch, 1991).

Às vezes, porém, o medo e a culpa despertados por estas fantasias oprimem a criança, e ela reprime seus desejos genitais com especial severidade. Ainda subjugada pelas primeiras associações provocadas pela mãe, relativas à amamentação, ela teme que seus desejos genitais sejam governados por impulsos orais sádicos. Incapaz de se permitir a fantasia de substituir o pai, a criança só pode fazer da mãe um objeto de seu amor renegando seus próprios desejos fálicos, idealizando o seio e a relação entre a mãe e o bebê, tentando restaurar a dependência oral primitiva (Lasch, 1991).

A criança regride do amor objetal ao narcisismo. Essa regressão tende a abolir o próprio objeto, como acontece no processo psicológico similar do luto, no qual o enlutado se reconcilia com a perda de um objeto amado por meio da internalização deste objeto. O medo de não ser capaz de proteger do perigo os objetos amados internos, que a morte destes signifique o fim da sua própria vida, constitui a ansiedade fundamental do indivíduo depressivo. As ideologias da gratificação dos impulsos e da busca do prazer

tornaram-se dominantes justamente no momento em que o prazer perde o seu sabor. Há um desinteresse narcisista pelo mundo exterior subjacente à demanda por gratificação imediata e à ansiedade intolerável que frustra continuamente esta demanda (Brandão, 2008).

O assalto organizado ao superego, que liberou o prazer apenas para transformá-lo em outra forma de dor, reflete a desvalorização da autoridade na sociedade moderna. A dissolução da autoridade não traz a liberdade, mas novas formas de dominação. Assim como os pais, ao invés de impor padrões de certo e errado, deixam ao grupo de colegas a incumbência de manter a criança na linha, os mantenedores da justiça delegam boa parte de sua autoridade aos médicos. A imposição da lei passa a ser vista como o único meio eficaz de intimidação em uma sociedade que já não conhece a diferença entre o certo e o errado (Lasch, 1991).

A família sempre teve um importante papel por sua função socializadora. O bebê já tem seu lugar social e um lugar na vida psíquica dos familiares. O mundo lhe é apresentado pela família e outras figuras significativas. É sobre esta primeira formação que se adicionarão, no futuro, suas opções. A forma como os pais dão significado aos elementos da vida ocupacional e social sempre estará presente no modo como um filho significa este universo (Dias, 1995). Não é possível recortar uma visão sobre o indivíduo de forma descontextualizada e faz-se necessário compreender suas ansiedades em referência ao grupo social. As ansiedades predominantes são parte de um processo em família (Dias, 1995).

Mobilizando ansiedade em todo o grupo familiar, os pais também ficarão ansiosos e reviverão, por meio do filho, seus próprios dilemas vividos no mesmo momento evolutivo. Dependendo do modo como resolveram ou não estas questões em suas vidas, terão um repertório mais ou menos fortalecido para, na situação atual, oferecerem continência às ansiedades vividas pelo filho (Dias, 1995; Brandão, 2008).

5.6. ORGANIZAÇÃO FAMILIAR

Entende-se que o indivíduo não tem mais a sua disposição a família totalmente voltada para auxiliar no seu desenvolvimento. Muitos papéis estão confusos ou entrecruzados. Vários autores apontam as questões de qual o papel da família moderna no desenvolvimento das crianças, como isto ocorre no dia a dia, principalmente com a mulher, de fato, tendo como consolidação a ocupação no mercado de trabalho, fora do lar. Apesar de tudo isto parece que ainda fica um imaginário de tempos anteriores, um modelo em que a mãe seria a cuidadora permanente e incontinente, além de assexuada; o pai o provedor máximo e viril, modelo que há tempos não se dá de fato, mas permanece no imaginário de todos. Das instituições que esperam receber crianças suficientemente cuidadas e desenvolvidas na sua família, e dos pais, que acabam se sentindo culpados por não desempenharem este papel, uma confusão entre o público e o privado, sobre quem deve fazer o quê e quando. No meio deste estado de coisas se encontram os indivíduos perdidos nas suas escolhas, dentre elas o uso de drogas e a depressão como modo de lidar com uma sensação de desamparo produzida por tudo isto. Um autor que traduz de onde vem este estado de coisas é Philippe Ariès, suas ideias são apresentadas a seguir.

Quando surgiu a família moderna e qual é o seu significado histórico? O ponto de vista em questão é o padrão psicológico da família, a fim de entender a família moderna, que é louvada pelo alívio emocional que promete. Entende-se que existem quatro modelos de família: a família burguesa de meados do século XIX, a família aristocrática dos séculos XVI e XVII, a família camponesa dos séculos XVI e XVII e a família da classe trabalhadora do início da revolução industrial. A família moderna nasceu no seio da burguesia da Europa por volta de 1750 (Ariès, 1981).

A família burguesa (nuclear) facultava-nos, o quadro mais claro de uma estrutura emocional (Freud, 1976b). Surgindo como a estrutura familiar dominante na sociedade capitalista avançada do século XX, a família burguesa também suscita as questões históricas prementes. Por definição, a família burguesa está localizada em áreas urbanas (Ariès, 1981).

O planejamento familiar em grande escala começou primeiro nesse grupo. Na vida cotidiana, as relações entre os membros da família burguesa assumiram um padrão distinto de intensidade emocional e privativo. Na sua organização a burguesia realizou um esforço sistemático para protelar a satisfação sexual. Isso redundou em incapacidades sexuais para homens e mulheres. Entre a burguesia, as mulheres eram consideradas seres assexuais, criaturas angélicas da luxúria animal. Quando internalizada, essa imagem acarretou profundos conflitos emocionais (Ariès, 1981).

Para os homens dessa classe, o sexo estava divorciado dos sentimentos de ternura e era realizado como uma conquista de mulheres de classe inferior. Isso tornou impossível para ambos os sexos a plena realização sexual. As provas literárias evidenciam sistematicamente a ideia de que o sexo era o modelo de ação compulsiva, imprudente, para o homem de negócios vitoriano. A burguesia definiu-se moralmente, em contraste com o proletário promíscuo e a nobreza sensual, como a classe dotada de virtuosa renúncia (Ariès, 1981).

A respeitabilidade burguesa levou a uma separação muito singular entre o casamento e o amor de um lado, a sexualidade do outro. À medida que o século XIX se acercava de seu término, o amor romântico passou a ser a mais pura razão para o casamento. Estranhamente este padrão sentimental raramente sobrevivia aos primeiros anos da relação, viver juntos significava, não uma paixão intensa, mas uma austera respeitabilidade (Ariès, 1981).

O marido era a autoridade dominante sobre a família e provia o sustento dela pelo trabalho na fábrica ou no mercado. A esposa, considerada menos racional e menos capaz, preocupava-se exclusivamente com o lar, que ela limpava e decorava, por vezes com ajuda de criadas, de acordo com o status social do marido. O principal interesse da esposa, durante boa parte do casamento, concentrava-se nos filhos: era ela quem tinha de criar com o máximo de atenção e um grau de desvelo, que era novo na história da família. Uma forma nova de amor maternal foi considerada natural nas mulheres, que tinham não só de zelar pela sobrevivência dos filhos, mas treiná-los para um lugar respeitável na sociedade (Gomes, 1998).

As relações internas da família burguesa eram consideradas fora da jurisdição da sociedade. A família era um microcosmo privado, um santuário em cujos recintos sagrados nenhum estranho tinha o direito de entrar. Os homens tinham que sair de seus lares e estabelecer locais separados e funcionalmente diferenciados para seus negócios. Os homens tratavam os outros como coisas, cada um deles calculando seus interesses próprios. O tom hostil do capitalismo competitivo definiu a família como um oposto negativo, como um lugar de relações íntimas, afetuosas, cordiais e emotivas (Ariès, 1981).

Como renunciou à função produtiva, o lar burguês também se divorciou da autoridade externa, a autoridade sobre as relações de pais e filhos estava agora exclusivamente limitada aos pais. O poder dos pais sobre os filhos cresceu consideravelmente, na medida em que outras figuras de autoridade na comunidade perderam sua capacidade de intervir nas relações de família. As normas para as relações familiares deixaram de ser estabelecidas no contexto das tradições da comunidade (Gomes, 1998).

A ascensão da autoridade privada na família é usualmente aplaudida por autores liberais como uma contribuição para a emancipação do indivíduo das restrições sociais. O confortável ninho doméstico da família burguesa forma, além disso, a estrutura sem

a qual não se pode analisar a configuração emocional da psique moderna. Fornece justamente o contexto social que estava ausente no pensamento de Freud (Ariès, 1981).

Com as novas formas de amor e autoridade, a família burguesa gerou uma nova estrutura emocional. Os métodos de criação dos filhos dessa família eram nitidamente diferentes dos adotados antes. No estágio oral a criança mergulhava num paraíso de gratificação sensual e emocional, quando comparado a tudo o que se praticava antes, fazendo surgir novas fontes de ansiedade e tensão. As esposas e mães burguesas viam-se submetidas a consideráveis pressões. Tudo o que acontecesse de mal ao bebê era considerado culpa da mãe, verificou-se que as interações entre mãe e bebê estavam carregadas de ansiedade (Gomes, 1998).

Durante a fase anal, prosseguiu a mesma atenção constante, acompanhada de um acentuado elemento de abnegação, com os rígidos horários da fase oral. Entretanto, o ônus emocional sobre a criança da severa renúncia corporal também estava presente. A criança exigia-se que dominasse implacavelmente seu próprio corpo e se ela o considerasse um recipiente e produtor de imundícies, poderíamos caracterizar esse tratamento como persecutório. A ambivalência é o contexto emocional central da criança burguesa. Mas, no contexto aos sempre vigilantes e profundamente preocupados olhos maternos, a criança tinha que aprender a difícil lição emocional de que o seu próprio corpo era repugnante (Ariès, 1981).

O terceiro estágio, o genital, assistiu igualmente a profundas inovações, em meados do século XVIII houve uma súbita percepção e um profundo horror em face da masturbação infantil, houve um significativo esforço para não relacionar a sexualidade com as crianças. Uma vez mais a criança era apanhada numa situação profundamente ambivalente: tinha de renunciar ao prazer do corpo a favor da afeição parental (Ariès, 1981).

A autoridade parental era absoluta para a criança e igualmente o amor dos pais era profundo. A criança tinha que abandonar a satisfação corporal em um grau extremo, mas, ao mesmo tempo, desfrutava imensa afeição. De fato, assinalou Freud (1976c), os filhos burgueses criados em tal contexto desenvolveram impulsos extraordinariamente agressivos (Ariès, 1981).

Somente os pais da criança estavam disponíveis como modelos adultos, deste modo, a estrutura emocional ganhou maior e mais decisiva intensidade, a criança dependia dos pais num grau extraordinário. A dependência da criança em famílias burguesas não era uma consequência natural da biologia ou da vida social, como muitos autores supõem. A dependência deve ser estudada em termos de suas características concretas e distintas em situações diferentes, não como uma inevitabilidade. O papel do pai burguês na criação dos filhos era mínimo, sendo o último recurso, o ponto de referência em que se apoiava a autoridade da mãe, o poder supremo de que a criança tinha conhecimento por experiência própria (Ariès, 1981).

Para os meninos serem colhidos numa dinâmica emocional de amor pela própria mãe e ressentimento pela interferência do pai, de resolução desse ressentimento mediante o desenvolvimento da necessidade inconsciente de imitar o pai e encontrar uma substituta para a mãe, tudo isso no nível profundo de uma autoridade internalizada, foi a consequência especial da família burguesa. Só a burguesia gerou um inconsciente que foi definido em termos de repúdio do corpo (Ariès, 1981).

O padrão emocional da família burguesa é definido pela autoridade restrita aos pais, profundo amor parental pelos filhos e uma tendência para empregar ameaças de retirada de amor, a título de punição, em vez do castigo físico. Esse padrão, aplicado aos estágios oral, anal e genital, resulta numa troca sistemática, por parte da criança, da gratificação corporal pelo amor parental (Ariès, 1981).

A dependência da infância é a base para se aprender a amar os que nos são superiores. A passagem para a idade adulta requer a internalização da autoridade. A estrutura da família burguesa é eminentemente adequada para gerar pessoas com estruturas do ego que alimentam a ilusão de que elas são seres autônomos. Tendo internalizado os padrões de amor e autoridade num grau sem precedentes, fixando no superego as energias corporais deslocadas, o burguês vê-se como sua própria autocriação, o senhor de sua alma, quando efetivamente é o resultado de complexos processos psicossociais (Ariès, 1981).

Recrutada entre o campesinato deslocado e os níveis mais baixos da sociedade urbana, a classe trabalhadora industrial desenvolveu uma estrutura de família sob condições de angústia social e econômica. Uma forma de emprego acessível às mulheres que afluíam do campo às cidades era a prostituição, os filhos eram criados de maneira informal, sem a constante atenção e fiscalização da mãe (Ariès, 1981).

Quando estes casais mudaram-se para os subúrbios é que foram quebrados, de certo modo, os vínculos com a mãe e a comunidade. Nesse ponto, a esposa proletária ficou isolada no lar, o marido trocou o bar pela domesticidade e os filhos passaram a construir um centro prioritário de atenção. Nesse estágio a classe trabalhadora adotou plenamente o padrão da família burguesa. O conservadorismo da classe trabalhadora no século XX pode ser atribuído, em parte, à atração exercida pelo modelo da família burguesa (Ariès, 1981).

A história da família é hoje concebida como descontínua, sem linearidade e homogeneidade. Um verdadeiro padrão burguês, em que o pai é o detentor dos meios de produção que transmitirá aos filhos, tornou-se típico de apenas uma exígua minoria. Em primeiro lugar, a família tornou-se uma unidade de consumo. Toda a sociedade necessitava de um reinvestimento do capital em excesso, estimulando o consumo para níveis elevados, tudo isso fomentou um consumismo que levou a família já privatizada a isolar uns dos outros os membros de uma família. Numa estranha inversão das posições do século XX, a classe média

atual é o grupo mais promíscuo. Uma vez que o consumismo implica a compra compulsiva e a gratificação instantânea, segue-se que a sexualidade impulsiva ou a libertação sexual se ajusta bem às tendências psicológicas (Ariès, 1981).

Maridos e mulheres não estão frequentemente dispostos, como estavam seus predecessores do século XX, a ocultar seus problemas emocionais entre quatro paredes, a fim de manterem a harmonia e respeitabilidade no casamento. O casamento deixou de ser encarado como a modalidade exclusiva de relacionamento ou como uma parceria para a vida inteira. Essa situação redundava em grande infelicidade para os que sofrem o trauma do divórcio e para os que se conservam casados, mas insatisfeitos, e frustrados no casamento (Bauman, 2004).

Esta ambivalência talvez seja produzida pela infeliz combinação de profundas necessidades de realização emocional e de igualmente profundas necessidades de relações exclusivas. Essa combinação de exigências, geradas durante a infância, parece criar hoje uma contradição dentro da família. Muitos pais enviam os filhos para jardins de infância e centros diurnos de puericultura desde tenra idade, expondo-os ao contato com seus pares muito mais cedo do que no século XIX, permitindo que a criança se desenvolva de acordo com o seu próprio ritmo, muito mais que no passado (Ariès, 1981).

Embora a família neoburguesa forneça muitos benefícios, também sustenta certas formas de opressão que estão sendo sentidas com particular intensidade e politicamente contestadas, as limitadas fontes de identificação para os filhos e de objetos de amor para todos os membros da família. A peculiar combinação de autoridade parental total e intenso amor pelos filhos, a ausência de dependência comunitária e sociabilidade produzem efeitos emocionais que debilitam o reconhecimento mútuo de pessoas no processo de regularem seus próprios assuntos (Ariès, 1981).

A ideologia do cuidado maternal compele as mulheres a renunciarem às suas necessidades a serviço dos filhos, desencoraja os homens a envolverem-se na atividade humanizante da criação dos filhos e defronta as crianças com um padrão de autoridade intrusa. Amor, domesticidade e criação empática dos filhos não são, em si mesmos, passíveis de objeções. Quando restritos à família contemporânea, atuam para enfraquecer a sociabilidade e distorcem as relações dentro da família, com a terrível escolha entre a dedicação incondicional à família ou a completa solidão (Ariès, 1981).

Na atualidade existe desinteresse pela união estável. As pessoas estão vivendo um processo de individualização e o relacionamento como algo solúvel, quanto mais desapego, melhor (Carvalho e Paiva, 2010). As relações são vistas como descartáveis, o desapego é notado como uma capacidade humana (Bauman, 2004).

6. TABAGISMO E DEPRESSÃO

Em geral o tabagismo se inicia na adolescência. Comumente a propaganda, além da necessidade de serem aceitos em determinados grupos da mesma idade, induz os jovens a buscarem a autonomia fumando (Soares, 2007). Ainda na adolescência a maior parte destes novos fumantes adquire o hábito de fumar e a dependência à nicotina (Silva et al, 2006). Depois da dependência instalada, quando as pessoas procuram tratamento para abandonar o comportamento indesejado as taxas de insucesso são grandes, principalmente quando ocorre o diagnóstico de depressão (Santos et al, 2008). Isto demonstra a importância de se realizar uma completa avaliação prévia do perfil do fumante que procura um centro especializado, para que medidas possam ser tomadas antes e durante a abordagem do fumante, com o objetivo de se aumentar as taxas de sucesso no tratamento.

Comorbidade em saúde mental é entendida como a ocorrência simultânea, num mesmo indivíduo, de duas entidades diagnósticas de transtornos mentais. Nos estudos da dependência de substâncias psicoativas, a ocorrência de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de drogas e de outros transtornos psiquiátricos vem sendo bastante estudada já desde os anos 80 (Zaleski et al, 2006). O abuso ou dependência de substâncias é o transtorno mais frequente descrito por pessoas que já sofrem de algum outro transtorno mental. Nestes casos é importante ter clareza dos diagnósticos existentes (APA, 2002).

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni como bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos da personalidade, transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade e até

a esquizofrenia. Diversos estudos relatam os efeitos negativos do uso/dependência de substâncias psicoativas entre pacientes com transtornos mentais, trazendo implicações quanto a diagnóstico, tratamento e prognóstico. Alguns estudos apontam que mesmo o uso pequeno e irregular de drogas, legalizadas ou não, podem levar o indivíduo com transtornos mentais graves a consequências mais severas do que as vistas na população geral, estando associadas a mais efeitos negativos ligados aos transtornos mentais (Zaleski et al, 2006).

A comorbidade psiquiátrica representa uma população heterogênea. Foram criados modelos de compreensão com diferentes subtipos, ora baseados nas diferentes combinações entre os transtornos psiquiátricos existentes, ora baseados nas substâncias utilizadas, ou ainda conforme a idade de início do transtorno, na gravidade do quadro e na duração de uso da substância e do transtorno mental. Inúmeros estudos apareceram comprovando a associação de depressão maior com tabagismo, com taxas de prevalência entre 35 e 41% (Zaleski et al, 2006).

Num estudo de Santos et al (2008) para definir o perfil do fumante que procura um serviço de cessação do tabagismo foram avaliados, prospectivamente, 203 fumantes. Os indivíduos responderam questionários relacionados ao histórico de uso do tabaco, antecedentes psiquiátricos, questionários específicos de dependência de nicotina, depressão e ansiedade. Os resultados foram reveladores. Nesta amostra, 58,6% dos indivíduos eram do sexo feminino (119), com média de idade de $45,3 \pm 12,0$ anos, a maioria da amostra estudada apresentou classificação econômica C ou superior (84,2%). Neste estudo a Depressão foi muito mais referida pelas mulheres. O perfil dos fumantes que procuraram este serviço já são conhecidos na literatura especializada (Rondina, Gorayeb e Botelho, 2003).

Em outro estudo de Calheiros et al (2006) sobre o uso de tabaco e comorbidades psiquiátricas foram encontrados resultados mais contundentes relativos a este problema de saúde pública. Numa extensa revisão de literatura os achados indicaram

comorbidades psiquiátricas no tabagismo, relacionadas à maioria dos transtornos mentais. No entanto, transtornos de humor e de ansiedade, além de outras substâncias psicoativas são mais comumente relacionados.

Inúmeros estudos poderiam ser citados, mas a questão é se entender com clareza a relação entre estes dois transtornos e como ambos colaboram, mutuamente, para o insucesso do tratamento. As recaídas ou abandono do tratamento, geralmente causam um desconforto ainda maior nos pacientes, pois evidenciam os sentimentos de incapacidade e impotência frente as situações que devem enfrentar (Rondina, Gorayeb e Botelho, 2003; Gabbard, 2008; WHO, 2010). Apesar do uso da nicotina como uma tentativa para alívio do desconforto psicológico, as questões psicodinâmicas sobre a depressão e as situações de desamparo foram extensamente discutidas nos respectivos capítulos anteriormente. De modo que não se entende a necessidade de retomar estas questões.

7. TESTE DE BENDER

O teste de Bender foi originariamente construído por Laretta Bender, em 1938. O objetivo era permitir a compreensão de diferentes formas de perturbação do desenvolvimento e proporcionar um índice de maturação percepto motora. A autora acreditava que a mensuração desta maturação poderia, a partir de padrões com diferentes níveis de complexidade, trazer uma possibilidade de avaliar a capacidade de organização perceptual da criança. Após inúmeros estudos estes padrões, com seus contornos variados, têm sido usados para estudar o estado de integração do organismo em diferentes níveis de maturação e em diversos transtornos orgânicos e funcionais (Custódio, 2008).

Quando aplicado em adultos, o Teste de Bender pode revelar recursos para o controle dos impulsos, ansiedade e agressividade, como o indivíduo lida com situações adversas e representação simbólica. Após diversos estudos, apoiados na experiência clínica, o Teste de Bender também se mostrou como instrumento que pode auxiliar no diagnóstico psicológico de transtornos mentais, por meio de uma escala quantitativa (Hutt, 1985, Esteves; Custódio e Castro, 2008).

7.1. DESENVOLVIMENTO E MATURAÇÃO

7.2. TESTE DE BENDER E O SISTEMA HUTT

8. MÉTODO DE RORSCHACH

Hermann Rorschach (1884-1922), filho de um professor de desenho e ele próprio um bom desenhista, tornou-se mundialmente conhecido pela sua experiência com manchas de tinta. Ele também estava interessado em seitas religiosas, folclore, mitologia, questões culturais, religiosas, história eclesiástica e arte (Signer, 2010).

Em 1918 Rorschach desenvolveu cartões utilizados para fins de teste durante a execução de suas experiências. Destes cartões dez serviram como mestres para a sua primeira publicação em 1921. Além desses dez cartões existem muitos outros borrões que ele criou para um possível uso (Signer, 2010).

Atualmente, o Rorschach é um dos meios de investigação da personalidade mais estudado e utilizado, pois é uma técnica que oferece muitas garantias de êxito na análise dos resultados obtidos (Souza, 1982; Nascimento, 2002; Rocha, 2004; Castro 2008), sendo apreciado na comunidade científica por ser um método de grande aplicabilidade (Nascimento, 2010). O teste é conhecido e empregado mundialmente, por sua importância como meio de auxiliar a verificar como o sujeito funciona mentalmente, quando da apreensão da realidade, além de fornecer subsídios para um amplo espectro de funções mentais que auxiliam a compreender o funcionamento psíquico do indivíduo (Pereira, 1987; Silva, 1987; Exner, 2003; Passos; Yazigi e Claudino, 2008).

O Método de Rorschach é um instrumento que permite avaliar a personalidade do indivíduo, permite ainda avaliar a estrutura desta personalidade. É um dos instrumentos psicológicos mais utilizados em todo o mundo, em face de sua confiabilidade,

pertinência e consistência de seus resultados (Emmanuelli e Azoulay, 2008; Silva e Custódio, 2010). O Rorschach também se apresenta como instrumento confiável para que se possam comparar aspectos de personalidade entre indivíduos com diversos transtornos mentais (Emmanuelli e Azoulay, 2008).

Bohm (1968) indica que o Rorschach pode auxiliar no diagnóstico das síndromes depressivas, apontando alguns parâmetros, como o tipo de apercepção, baixo número de respostas, ausência de respostas de cor, indecisões, respostas ocasionais de preto e cinza, dentre outras. O autor também salienta que devem ser tomadas precauções especiais quando o diagnóstico for negativo.

Na década de 1970, John Exner Jr. buscou um padrão de avaliação das respostas do Rorschach, reunindo informações de cinco sistemas, desde os trabalhos originais de Hermann Rorschach. Este trabalho resultou na organização do 'Sistema Compreensivo', um método que se propõe a integrar os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo de utilização do teste e que marcam o crescimento do mesmo. Os princípios de padronização do Rorschach, no Sistema Compreensivo, calcados em sólidas pesquisas, fez com que diversos pesquisadores adotassem este sistema (Nascimento, 2010).

Atualmente, apesar do alerta sobre a necessidade de serem feitas pesquisas cuidadosas sobre os índices utilizados no Sistema Compreensivo, este é um dos sistemas mais utilizados no Brasil, segundo Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006). O sistema apresenta uma grande aceitação, pois em contraste com os anteriores, o Sistema Compreensivo do Rorschach, apresenta um alto nível de confiabilidade; as interpretações clínicas geradas são consistentes com os resultados da investigação; apresentam validade satisfatória; os vários índices do sistema apresentam um bom desempenho em amostras de validação cruzada e a base de pesquisa do sistema é bem documentada, sendo examinada e confirmada por estudiosos independentes. Apesar de todos estes pontos positivos, alguns

pesquisadores alertam para a constante necessidade de realizar pesquisas que atualizem as questões de confiabilidade e validade (Wood; Nezworski e Stejskal, 1996).

Os escores do Sistema Compreensivo devem ser testados rigorosamente, ao invés de simplesmente serem utilizados pelos usuários do Rorschach sem uma visão mais crítica do mesmo. Desta forma, apontam Wood; Nezworski e Stejskal (1996), o sistema compreensivo deve ser estudado de maneira cuidadosa, nas melhores condições possíveis, desde a administração da técnica, passando pelas análises e interpretações, com estudos de validação bem definidos e rigorosos, apoiados em critérios de diagnóstico já amplamente utilizados.

9. OBJETIVOS

Dentro do espectro que a tese se apresenta, este trabalho teve o propósito de colaborar com os profissionais que trabalham com tabagistas, explicitando indicadores do funcionamento psíquico que possam auxiliar na prevenção, no tratamento e outras intervenções na saúde psíquica do indivíduo. Utilizando principalmente testes psicológicos, no intuito de auxiliar no desenvolvimento de uma abordagem de tratamento mais eficiente, mais adequada para o desenvolvimento do indivíduo que apresenta uso dependente de drogas do tipo cigarro.

Foram comparados aspectos de personalidade, por meio do Teste de Bender (Hutt, 1975; Custódio, 2008) e do Método de Rorschach (Exner e Sendín, 1999), de indivíduos dependentes de drogas do tipo cigarro e indivíduos que nunca apresentaram em sua vida qualquer tipo de problema relacionado ao uso desta droga. Este trabalho buscou investigar e explicitar o maior número possível de aspectos de personalidade de pessoas que usem de maneira sistemática e dependente o tabaco, em relação aos indivíduos que não fazem uso de drogas ou a utilizaram a título de experiência, curiosidade ou divertimento, mas sem dependência ou uso sistemático. Dentre estes aspectos, destaque para os indicadores de depressão que podem ser apontados por meio dos instrumentos referidos (Exner, 1999; Nascimento, 2006; Custódio, 2008; Esteves; Custódio e Castro, 2008).

Acredita-se que o trabalho pode trazer relevantes indicadores do funcionamento psíquico, possibilitando vislumbrar quais aspectos da personalidade podem ser

entendidos como próprios do indivíduo, que estaria mais suscetível ao uso dependente de cigarro. Como este estado de coisas ocorre no percurso do desenvolvimento humano, o trabalho fornece parâmetros que podem nortear trabalhos de prevenção e intervenção nesta área. O presente estudo pode, ainda, trazer uma melhor compreensão de como funciona o universo psíquico das pessoas que, por um motivo ou outro, acabam por fazer uso sistemático de nicotina.

Os autores que estudam os transtornos depressivos, ao longo do desenvolvimento humano, apontam que os sintomas variam, dependendo da fase de desenvolvimento, enfatizando a importância do processo de maturação das diferentes fases no surgimento de diferentes sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa de desenvolvimento (Bahls, 2002).

10. MÉTODO

Investigou-se e compararam-se aspectos de personalidade, por meio do Teste de Bender (Hutt, 1985) e do Método de Rorschach (Exner e Sendín, 1999) de indivíduos (adultos) que fazem uso de cigarro de maneira dependente. Indivíduos (adultos) que são dependentes desta droga e indivíduos (adultos) que nunca apresentaram em sua vida qualquer tipo de problemas relacionado ao uso de nicotina. Os critérios utilizados para determinar em qual destes grupos o indivíduo está inserido se deu pela Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de comportamento (OMS, 1993), particularmente o capítulo referente aos Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.

Este trabalho buscou investigar e explicitar o maior número possível de aspectos de personalidade de pessoas que usem de maneira sistemática substâncias psicoativas que contenham nicotina, em relação com indivíduos que não façam uso desta droga ou a utilizaram a título de experiência, curiosidade ou divertimento. Dentre estes aspectos, particular destaque para os indicadores clínicos de depressão que podem ser apontados por meio dos instrumentos referidos (Bender e Rorschach). Verificou-se indicadores de depressão em pessoas portadoras de dependência de nicotina (tabagistas), por meio do teste de Rorschach e Bender, que podem mensurar estes traços do funcionamento da personalidade (Exner, 1999; Nascimento, 2006; Custódio, 2008; Esteves; Custódio e Castro, 2008).

Conseguir demonstrar estas características, por meio destes testes de personalidade, contribui com duas questões importantes. Uma é auxiliar na compreensão dos processos psíquicos do indivíduo portador da Depressão, a outra é ajudar a explicitar, por intermédio dos testes psicológicos de personalidade, aspectos relevantes, que sejam indicadores deste transtorno do humor. Estas duas questões podem auxiliar nos processos psicodiagnósticos utilizados pelos profissionais que trabalham com esta população, seja em trabalhos preventivos ou no tratamento em si.

10.1. SUJEITOS

Organizou-se dois grupos de jovens de ambos os gêneros, estudantes universitários (30 em cada um dos grupos), que residiam e estudavam em regiões urbanas do Estado de São Paulo. Foram trinta fumantes, que preenchem os critérios de dependência de nicotina, preconizados pela Organização Mundial da Saúde. O grupo controle foi organizado com as mesmas características do anterior, mas não são dependentes ou usuários esporádicos

de nicotina atualmente. Eventualmente podem ter experimentado nicotina durante sua história de vida por curiosidade. Nenhum dos participantes dos dois grupos se tratou de depressão ou outro transtorno mental até o momento da coleta de dados.

Os sujeitos avaliados estudavam em três instituições de nível superior, todas localizadas em centros urbanos do estado de São Paulo. Entre os 60 estudantes avaliados, 30 dependentes de nicotina (Fumantes) e 30 não são dependentes (Não Fumantes). Os dependentes satisfazem os critérios de dependência da Organização Mundial da Saúde. Os não fumantes, eventualmente experimentaram cigarro, em algum momento da infância ou adolescência, mas nunca fizeram e não estavam fazendo uso regular de nicotina no momento da coleta de dados.

O grupo estudado é formado majoritariamente por jovens estudantes universitários, que residiam e estudavam em regiões urbanas do Estado de São Paulo, fumantes e que preencheram os critérios de dependência de nicotina, preconizados pela Organização Mundial da Saúde. O grupo controle foi organizado com as mesmas características do anterior, mas não eram fumantes. Eventualmente experimentaram cigarro ao longo de sua vida, mas não tinham sido fumantes por algum tempo e atualmente não estavam mais utilizando. Nenhum dos participantes dos dois grupos declarou ter tratado de depressão ou outro transtorno mental na sua história de vida. A exclusão de pessoas que já foram ou são portadoras de algum transtorno, principalmente depressão, é uma tentativa de diminuir o número de variáveis que possam interferir no entendimento das questões apontadas.

10.2. INSTRUMENTOS

Após serem apresentados os propósitos da pesquisa e o participante assinar o consentimento livre e esclarecido de pesquisa (Anexo A) era realizada uma breve entrevista para verificar possível histórico de tratamento de transtornos mentais, além do preenchimento dos critérios de dependência de cigarro para o grupo dos fumantes. Aos não fumantes o critério era de não fazer uso esporádico, abusivo ou dependente de cigarro. No máximo um uso experimental durante a vida era aceito. Depois era feita a aplicação do Teste de Bender, na proposta da Adaptação Hutt do Teste Gestáltico de Bender – AHTGB (Hutt, 1985) e Método de Rorschach, no Sistema Compreensivo (Exner, 1999).

O Método de Rorschach já se encontra validado para a população brasileira (Villemor-Amaral, 2008; Nascimento, 2010) e foi utilizado como parâmetro para as análises dos dados encontrados no Bender, que na escala proposta ainda não se encontra validado no território brasileiro. A utilidade da Adaptação Hutt do Teste Gestáltico de Bender – AHTGB reside sobre as características incorporadas nos procedimentos de aplicação, correção e interpretação do teste.

Os materiais disponibilizados (cartões, papel, lápis, etc) são apresentados de forma a minimizar os estímulos oferecidos. Da mesma forma, as instruções do teste, enfatizam a natureza não estruturada da tarefa, tendendo a facilitar a realização da mesma, auxiliando a evocar respostas significativas e idiossincráticas (Hutt, 1985). As aplicações ocorreram individualmente em salas de atendimento das próprias instituições de ensino ou em consultório particular dos aplicadores, todos versados e experientes na aplicação de testes psicológicos gráficos (como é o caso do Bender) e no Método de Rorschach no Sistema Compreensivo.

Após todas estas etapas, que em todos os casos foram feitos em sessão única, foi aplicado um questionário preenchido pelo próprio participante, para verificar o nível sócio econômico. Em virtude da natureza da pesquisa os participantes entenderam e

concordaram com os motivos de não haver devolutiva ou laudo decorrente das informações obtidas.

10.3. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Antes da aplicação dos testes os participantes da pesquisa foram convidados quando estavam nos campus das instituições de ensino superior, os que aceitavam eram entrevistados para que se pudesse saber se satisfaziam os critérios de cada um dos grupos descritos anteriormente. Os participantes deveriam estar de acordo com os propósitos da pesquisa e expressar esta concordância assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). O teste de Bender foi corrigido, conforme os procedimentos expressos no manual elaborado por Hutt (1985), o Método de Rorschach, conforme as instruções apontadas no manual de Exner (1999) e nas recentes atualizações para a população brasileira de Nascimento (2010).

Após esta aplicação o examinador deveria avaliar o teste por meio da “escala de psicopatologia”, aonde cada fator é pontuado isoladamente, para depois serem somados e produzirem um escore preliminar de psicopatologia. Este escore preliminar está relacionado a alguns fatores: espaço e tempo (altura e comprimento; somente altura; uso da página), organização (sequência; localização da primeira figura), mudança na gestalt (dificuldade de fechamento; dificuldade de cruzamento; mudança de angulação) e distorção (rotação; fragmentação; simplificação; elaboração). Após esta avaliação se deve proceder à realização da “Análise Configuracional”. Nesta análise existem indicadores, ou não, de uma

presumível existência de lesão cerebral, esquizofrenia ou depressão (Hutt, 1985; Custódio, 2008).

10.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados o teste de Bender foi corrigido e analisado, conforme as instruções oferecidas no manual elaborado por Hutt (1985). O Rorschach, conforme as instruções especificadas no manual de Exner (1999) e Nascimento (2010). Quanto aos indicadores clínicos de depressão, que eventualmente possam surgir no Bender e no Rorschach, estes também foram comparados aos critérios da O. M. S. (1993) para Transtornos do humor (afetivos). Dentre estes transtornos estão os transtornos depressivos. Esta comparação, entre os diversos instrumentos de avaliação (entrevista, avaliação dos sinais e sintomas clínicos, Bender e Rorschach), irá possibilitar uma maior fidedignidade, validação e aferição dos resultados obtidos.

A primeira questão que deve ser colocada para o profissional que trabalha com o Método de Rorschach refere-se à validade do protocolo; pois é evidente que as conclusões sobre a organização psicológica e funcionamento de um indivíduo, extraídas de um protocolo não confiável ou não válido podem ser perigosamente enganosas ou mesmo possibilitar recomendações terapêuticas nocivas. A mesma situação pode ocorrer nos casos de pesquisa, quando protocolos não válidos são incorporados aos dados de uma pesquisa, os resultados podem ser em grande parte falsos (Exner, 1999; Nascimento, 2010).

Para analisar um protocolo de Rorschach é necessário comprovar previamente a sua validade. Esta é dada por duas características: Números de respostas (R); Proporção de Forma Pura (Lambda). Os Protocolos são considerados não válidos quando o número de respostas for menor que 14. Quando na primeira fase do teste, se percebe que o sujeito não chega às 14 respostas, antes de passar ao Inquérito, se torna a aplicar a prova, alterando a instrução: *Agora você sabe como se faz. Mas existe um problema: você não deu muitas respostas para que possamos obter suficiente informação. Assim, vamos repeti-lo e desta vez necessito que dê mais respostas. Se você quiser, pode incluir as que já deu, mas desta vez procure dar mais respostas.* Esta situação não ocorreu nesta pesquisa. Na primeira tentativa os participantes deram um número suficiente de respostas. As razões para isto pode estar na disponibilidade e interesse dos participantes que compareceram ou na capacidade e experiência dos aplicadores.

Não se pode esquecer que esta variável da instrução influi em algumas variáveis, como o número de respostas e o Quociente Afetivo, pois o Rorschach é uma prova muito sensível aos aspectos derivados da situação teste. Uma vez determinada a validade do protocolo, é importante comparar os dados do Sumário Estrutural com os resultados esperados para cada variável (dados normativos da população correspondentes à idade do sujeito).

Após esta fase se procedeu à revisão de constelações e índices, mas ao contrário de processo psicodiagnósticos eles não foram objeto primordial de discussão neste momento. As atenções estiveram voltadas especificamente para a Análise Configuracional da Depressão Unipolar (Hutt, 1995) para o Índice de Depressão (Exner e Sendín, 1999; Nascimento, 2010).

Para a análise dos protocolos, dois juízes se submeteram a um treinamento para avaliação do sistema Hutt (1995), realizado pelo próprio autor da tese, para posterior avaliação dos protocolos do Bender. Para a avaliação do Rorschach não houve necessidade da

realização do treinamento, por se tratarem, os juízes, de profissionais com experiência anterior na correção do Rorschach no Sistema Compreensivo. A concordância entre os dois juízes foi de 94% e os casos de divergência eram analisados e desempatados pelo autor da tese. As maiores divergências encontradas se referem a alguns códigos especiais, especialmente as combinações inadequadas (INCOM) e principalmente ao conteúdo Abstrato (AB). Como estes dois códigos não participam das variáveis analisadas neste momento, entende-se que esta questão não interfere nos resultados e análises.

Após todas estas correções foram criados bancos de dados eletrônicos no Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 13 para Windows, no qual se listaram as variáveis em análise. Após a organização dos bancos de dados foram realizadas as análises estatísticas. Como esta era uma questão importante em avaliação psicológica, principalmente quando se refere aos testes psicológicos procurou-se avaliar a intensidade das correlações. O critério adotado foi o sistema de classificação proposto por Dancey e Reidy (2006) que permite avaliar o grau de relacionamento entre as avaliações realizadas e classificá-las como perfeitas quando apresentam valores iguais à + 1 ou - 1, como fortes quando os valores situam-se entre + 0,90 a + 0,70 e - 0,90 a - 0,70, como moderadas se os valores estiverem entre + 0,60 a + 0,40 e - 0,60 e - 0,40, como fracas quando os valores se apresentam entre + 0,30 a + 0,10 e - 0,30 e - 0,10 e, correlações com valor zero (0) são consideradas como nulas, indicando ausência de correlação (Alves et al, 2010).

Adotou-se como critério mínimo para indicar a correlação das duas escalas de depressão (Bender e Rorschach) avaliadas o valor de 0,60 (positivo ou negativo) de correlação, ou seja, correlações moderadas. Correlações inferiores a 0,60 indicam falta de clareza e objetividade, com a necessidade de redefinição dos grupamentos, dos valores de referência ou das variáveis analisadas (Alves et al, 2010).

Depois são verificados se as distribuições são normais ou não para a análise de comparação das médias. Quando a distribuição é normal, pois se supõe que são dados provenientes de uma população com distribuição de forma teórica conhecida, Paes (2009), aponta que os métodos *paramétricos* assumem que houve uma distribuição normal e a análise foi realizada pelo teste *t* de Student. Já quando a análise preliminar constatou que a distribuição normal não pode ser assumida a alternativa *não paramétrica* que foi utilizada foi a análise pelo teste de Mann-Whitney. Apesar das medidas *paramétricas* serem mais robustas que as *não paramétricas* esta é a única alternativa quando existe muita variabilidade nos resultados (Paes, 2009).

11. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de dependentes de cigarro ficou composta com nove homens (30%) e 21 mulheres (70%), com idade média de 21 anos, variando entre 17 e 33 anos. Já o grupo de não fumantes ficou composto por quatro homens (13%) e 26 mulheres (87%), com idade média de 22 anos, variando entre 20 e 36 anos. No somatório dos dois grupos tem-se 22% de homens (n = 13) e 87 % de mulheres (n = 47). No que tange à condição sócia econômica, a amostra total é composta, na sua maior parte pela classe C (n = 38) compondo 63,5 % da amostra, da classe B tem-se 28 % (n = 17) e da classe A 8,5 % da amostra total (n = 5). Nenhum dos participantes da amostra eram das classes D e E.

É importante ressaltar que estes são os sujeitos, que aceitaram participar deste estudo e compareceram na data e horário estabelecido, já que muitos, num primeiro momento aceitavam participar, mas não compareciam no horário marcado. Isto aconteceu principalmente com os tabagistas e com os indivíduos do sexo masculino de ambos os grupos. Alguns candidatos a participar do estudo foram dispensados por já terem feito algum tratamento para depressão ou outro transtorno mental. Eles eram entrevistados, assim como os outros, mas ao final da entrevista era gentilmente encerrado o processo, sem a aplicação dos testes. Mesmo que não houvesse certeza sobre o diagnóstico a questão relativa a ter feito

algum tratamento, mesmo que por período curto de tempo foi considerado como critério de exclusão.

Na Tabela 1 são apresentados os coeficientes de correlação para cada um dos grupos e correlação total. Os itens que configuram a Depressão Unipolar da Análise Configuracional (DUERP), proposta por Hutt (1985) dizem respeito especificamente à depressão, já o Índice de Depressão (DEPI) aponta para as depressões e outros transtornos do humor (Exner e Sendín, 1999). Posteriormente são realizadas discussões e respectivas análises das correlações entre as escalas de depressão, além das possíveis implicações oriundas destes resultados e discussões.

Tabela 1. Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre as escalas DEPI e DUERP para cada grupo e amostra total

Grupos	Fumantes	Não fumantes	Total
DEPI = ou > 5	0,60*	0,60*	0,57*
DEPI > 5	0,63*	0,69*	0,64*

*Significativo a 0,01.

Na Tabela 1 verifica-se que todas as correlações são positivas e variaram de 0,57 até 0,69, com a maioria estando acima do critério mínimo adotado pela Resolução 02/2003 do CFP. A maior correlação encontrada foi a relação de escalas da DEPI e DUERP do grupo de Não Fumantes com um $r = 0,69$, a menor foi de um $r = 0,57$ da amostra total. Na verdade este número poderia nem ser considerado, dadas as questões já apontadas por Nascimento (2010) anteriormente. Os dados foram aqui apresentados buscando trazer um aprofundamento na discussão dos dados disponíveis. Já as correlações mais significativas são as do DEPI maiores que cinco (DEPI >), todas positivas variando entre $r = 0,63$ (grupo dos

fumantes); $r = 0,69$, no grupo dos não fumantes e uma correlação de $r = 0,64$ para o somatório dos dois grupos, que compõem a amostra total.

A percepção sobre a validade se torna mais consistente quando considerado o nível de significância adotado ($p < 0,01$), indicando que as concordâncias não foram ao acaso, refletindo uma tendência das escalas de avaliarem as manifestações da depressão de modo claro e objetivo o suficiente para permitirem auxílio a um processo de avaliação psicológica mais precisa. Como apontam Nascimento (2010) e Exner (1999) as manifestações da depressão são diversas, trazendo muitos desafios para a avaliação; Hutt (1975; 1985) destaca que, num teste psicológico, cada conjunto de estímulos apresenta propriedades únicas, com método de aplicação, interpretação e pontuação específicos, requerendo considerações e avaliações distintas.

Na maior parte das vezes, o critério mínimo para indicar a correlação das duas escalas de depressão (Bender e Rorschach), com + 0,60 de correlação (correlações moderadas) foi encontrado. O único valor inferior a 0,60 foi 0,57, indicando falta de clareza e objetividade, com a necessidade de redefinição dos grupamentos, dos valores de referência ou das variáveis analisadas (Alves et al, 2010). Neste caso específico se entende que seja importante fazer uma análise qualitativa dos resultados. Estes valores de correlação estão indicados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003a) como mínimos para estudos de validade e precisão.

Os itens que configuram a Depressão Unipolar, proposta por Hutt (1985) dizem respeito especificamente à depressão, já o Índice de Depressão (DEPI) aponta para as depressões e outros transtornos do humor (Exner e Sendín, 1999). Os únicos sujeitos positivos para DEPI (acima de 5) foram os colaboradores de números 24, 26, 30, 44 e 51, sendo que de 1 a 30 se referem aos tabagistas e do 31 ao 60 ao grupo controle dos não fumantes. Já a escala de Depressão Unipolar da Análise Configuracional (DUERP) foi positiva para os sujeitos 15,

24, 26, 44 e 51. Um total de seis casos, compondo 10 % da amostra total. Sendo que três são positivos nas duas escalas (caso 24, 26 e 14). Um (caso 30) apenas na DEPI e dois apenas na DUERP, os sujeitos 15 e 51. Todos os outros 54 casos (90 % da amostra) são negativos, em ambas as escalas. Deste modo apenas não houve relação entre os casos 15, 30 e 51. Algumas discussões são realizadas sobre estes sujeitos em específico.

Os sujeitos 15 e 51, apesar de não serem positivos no Rorschach apresentaram cinco variáveis positivas. Segundo Nascimento (2010), não se pode dizer que estas pessoas apresentem características acentuadas de depressão, mas podem manifestar tristeza ou ansiedade e estão propensas a episódios que envolvam experiências emocionais percebidas como negativas. Já o sujeito 30 é emblemático, do gênero feminino, ela parecia ansiosa acima do esperado para o momento, Durante a entrevista negou tratamento para transtornos mentais, mas afirmou estar se tratando com um endocrinologista, pois estava engordando muito ultimamente. Não referiu a medicação utilizada, mas disse ser um “moderador de apetite”, que se apreendeu como um provável uso de anfetaminas. Entende-se que esta variável pode ter interferido de maneira significativa.

Deste modo se tem 54 sujeitos negativos em ambas as escalas e três (3) positivos nas duas, ou seja, 57 sujeitos analisados igualmente pelos testes psicológicos (95 % da amostra) utilizados neste momento. Finalmente três protocolos com as divergências já apontadas e analisadas qualitativamente, compondo 5 % da amostra total.

Voltando à análise de correlação de produto momento, entende-se que houve uma validade adequada na mostra total ($r = 0,64$), encorajando tentativas futuras de validação da Análise Configuracional da Escala Revisada de Psicopatologia do Teste de Bender, pelo menos no que tange à configuração proposta por Hutt (1995) para a Depressão Unipolar. O Método de Rorschach, já notoriamente conhecido nos meios de avaliação psicológica, por suas capacidades psicométricas e preditivas, neste estudo, serviu como

importante ponto de partida para todas as análises realizadas. Sendo um instrumento significativo para auxiliar a validar outros testes psicológicos. Já o Bender poderia ter papel de destaque, dada a agilidade com que a aplicação, a correção e as análises podem ser realizadas. Além disto, existem as questões dos custos financeiros envolvidos, algo a ser considerado em todas as atividades, é muito menor no caso do Bender, quando comparado com o Rorschach. Outras questões são discutidas a seguir.

Tabela 2. Frequência absoluta de indivíduos fumantes e não fumantes positivos na Escala de Depressão Unipolar da Análise Configuracional (DUERP)

Grupos	Fumantes	Não fumantes	Total
DUERP positiva	3	2	5
DUERP negativa	27	28	55

Não Significativo ($p = 0,64$)

Como podem ser notados na Tabela 2, os casos que apresentam a DUERP positiva são, em 64% das vezes, não significativos. Com isto pode se entender que apenas em 36% das vezes os grupos apresentam diferenças significativas. Podendo indicar que a DUERP não expressa uma característica específica do grupo estudado ou do grupo controle, mas da amostra como um todo.

Tabela 3. Frequência absoluta de indivíduos fumantes e não fumantes positivos no Índice de Depressão (DEPI)

Grupos	Fumantes	Não fumantes	Total
DEPI positiva (5)	8	5	13
DEPI negativa (5)	22	25	47
DEPI positiva (6)	3	1	4
DEPI negativa (6)	27	29	56

Não Significativo igual ou maior que 5 ($p = 0,35$) e igual maior que 6 ($p = 0,30$)

Algumas análises podem ser realizadas com os dados apontados na Tabela 3. Os casos que apresentam a DEPI positiva maior ou igual a cinco, são, em 35% das vezes, não significativos. Quando a DEPI é maior ou igual a seis este índice cai para 30%. Com isto pode se entender que em 65% e 70 % das vezes, respectivamente, os grupos apresentam diferenças significativas. Podendo indicar que a DEPI não expressa uma característica específica do grupo estudado ou do grupo controle, mas da amostra como um todo.

Na Tabela 4 são apresentadas as frequências e percentagens dos valores do Índice de Depressão (DEPI) do Rorschach no sistema compreensivo dos dependentes de nicotina. Posteriormente são realizadas discussões e respectivas análises dos dados disponíveis.

Tabela 4. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) dos dependentes de nicotina

DEPI	Frequência	Porcentagem
0	0	0
1	0	0
2	2	6,6
3	11	36,7
4	9	30
5	5	16,7
6	3	10
7	0	0
Total	30	100

Na Tabela 4 verifica-se que a frequência mais comum entre os fumantes é de três variáveis positivas (36,7 % da amostra), seguida por quatro variáveis positivas (30 % da amostra). Quando esta situação ocorre não se pode falar em depressão (Exner e Sendín, 1999). Esta mesma situação, maior frequência de três e quatro variáveis positivas, também foi encontrada na análise de Nascimento (2010) com 409 participantes adultos do Estado de São Paulo. Com referência a frequência de cinco variáveis (16,7 % da amostra), dados relativos a cinco sujeitos, também não são considerados como depressivos, mas já com uma possibilidade maior de manifestar tristeza ou ansiedade.

O dado que se entende mais específico desta tese se relaciona com os 10 % de frequência acima de cinco variáveis positivas. Sendo seis variáveis positivas em três sujeitos (10 %) e nenhum com sete variáveis (0 %). Dados os critérios de exclusão de pessoas que já tinham um histórico de diagnóstico de transtornos mentais para a composição do grupo,

se esperava alguma frequência, mas não tão elevada, pois estudos anteriores já apontam a situação de pessoas que sofrem de depressão e ainda não foram diagnosticadas. Estes 10 % são indicadores do quanto os jovens estudantes que são tabagistas estão suscetíveis à questão da depressão. De fato não é um diagnóstico, mas um forte aliado para pautar ações nesta área. Uma proporção duas vezes maior que a população do Estado, quando comparados com Nascimento (2010).

As outras frequências: zero, um, e dois, compondo 6,6 % da amostra total e estando bem abaixo dos dados verificados na população de São Paulo que somadas formam 23,8 % da amostra de Nascimento (2010). Reforçam a análise anteriormente realizada, de um maior desconforto dos fumantes, no que concerne aos estados emocionais, quando comparados com a população do estado de São Paulo.

Tabela 5. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) dos não fumantes

DEPI	Frequência	Porcentagem
0	0	0
1	0	0
2	1	3,3
3	9	30
4	15	50
5	4	13,4
6	0	0
7	1	3,3
Total	30	100

Na Tabela 5 verifica-se que a frequência mais comum entre os não fumantes é de quatro variáveis positivas (50 % da amostra), seguida por três variáveis positivas (30 % da amostra). Quando esta situação ocorre não se pode falar em depressão (Exner e Sendín, 1999). Esta mesma situação, maior frequência de três ou quatro variáveis positivas, foi encontrada na análise de Nascimento (2010) com 409 participantes adultos do estado de São Paulo. Mas neste estudo eles perfazem 80 % da amostra, enquanto que no estado esta proporção é de 55,8 % da amostra. Com referência à frequência de cinco variáveis (13,4 % da amostra), referentes a quatro sujeitos, também não são considerados como depressivos, mas já com uma possibilidade maior de manifestar tristeza ou ansiedade. No estudo de Nascimento (2010) são 12,7 %.

O dado que se entende mais significativo neste grupo se relaciona com os 3,3 % de frequência acima de cinco variáveis positivas. Com seis variáveis positivas não foi

encontrado nenhum sujeito (0 %) e um com sete variáveis positivas (3,3 %). Estes 3,3 % são indicadores do quanto os jovens estudantes que não são tabagistas estão suscetíveis à questão da depressão. Mas numa proporção bem abaixo da população do Estado de São Paulo que perfazem 7,3 % do referido estudo. De fato não é um diagnóstico, mas um forte aliado para pautar ações nesta área. Dados os critérios de exclusão de pessoas que já tinham um histórico de diagnóstico de transtornos mentais para a composição do grupo, se esperava alguma frequência, pois estudos anteriores já apontam a situação de pessoas que sofrem de depressão e ainda não foram diagnosticadas. De fato ocorreram casos, mas numa proporção menor, o que dada à situação explicada, é coerente com as expectativas iniciais, apontando, mais uma vez, para a importância da questão.

Outras análises podem ser feitas compreendendo os dados disponíveis nas Tabelas 4 e 5. Seria a composição da amostra total, que está colocada na Tabela 6, pois entende-se que elas, quando comparadas, trazem algumas peculiaridades da amostra, que são discutidas a seguir.

Como pode ser observado, grande parte da amostra se situa com três ou quatro variáveis positivas para os jovens estudantes, tanto os dependentes como os não dependentes. Os dados com cinco variáveis também não estão distantes da população do Estado de São Paulo. Deste modo pode ser entendido que os jovens, pressionados pelo momento específico que estão vivendo, início da vida adulta e buscando uma formação acadêmica que provavelmente vai trazer consequências para o restante de sua vida, apresentam diferenças quando comparados com a população em geral.

Já com relação aos indicadores de depressão, aí sim os dados são diferenciados, os fumantes apresentam uma frequência considerada alta para depressão (10 %), bem maior que os não fumantes (3,3 %). Pensando na amostra total eles somam 6,6 % (Tabela 4), valor próximo dos 7,3 % verificados por Nascimento (2010) na população do

estado de São Paulo e um dos critérios de exclusão era justamente ter diagnóstico progressivo de depressão ou outro transtorno mental, a situação pode ser entendida como relevante.

A Tabela 6 com a frequência e porcentagens da amostra total é apresentada a seguir. Discussões e análises são feitas logo após a tabela.

Tabela 6. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) da amostra total

DEPI	Frequência	Porcentagem
0	0	0
1	0	0
2	3	5
3	20	33.4
4	24	40
5	9	15
6	3	5
7	1	1,6
Total	60	100

Como pode ser observado, grande parte da amostra se situa com três ou quatro variáveis positivas para os jovens estudantes. Somadas as duas frequências são 73,4 % que apresentam algum desconforto, que pode ser entendido como características de depressão, mas não o são (Nascimento, 2010), tanto os tabagistas como os não tabagistas. Os dados com cinco variáveis não estão distantes da população do estado de São Paulo (12,7 %), mas reforçam a questão do desconforto vivido sob a forma tristeza e ansiedade.

A seguir, na Tabela 7, são analisadas cada uma das variáveis do Índice de Depressão (DEPI), buscando aprofundar a discussão sobre os indicadores psíquicos do funcionamento dos jovens, dependentes de cigarro ou não e amostra total. Todos os dados são comparados com estudos comparativos do Sistema Compreensivo publicados no Brasil (Nascimento, 2010), em estudo normativo com 409 sujeitos do Estado de São Paulo e estudo de Exner (1999), realizado com 700 não pacientes.

Tabela 7. Frequência e porcentagem dos valores do Índice de Depressão (DEPI) de cada grupo em comparação com estudos normativos

Variável do DEPI	Fumantes	Não Fumantes	Total	Nascimento (2010)	Exner (1999)
Soma V	0,20*	0,50	0,35	0,37	0,26
FD	1,23	1,33	1,28	0,61	1,16
Mistos Cor Sombr.	0,37	0,73	0,55	0,36	0,46
S	2,73	2,80	2,77	1,76	1,47
3r + (2) / R	0,38	0,40	0,39	0,37	0,39
Fr + rF	0,47	0,93	0,70	0,46	0,08
Afr	0,52	0,60	0,56	0,55	0,69
Det. Mistos	3,20	4,47	3,83	3,01	5,16
Soma Sombreado	3,30*	5,13	4,22	3,62	3,39
FM + m	5,50	5,63	5,57	4,89	4,82
Soma C'	1,60	1,30	1,45	1,18	1,53
MOR	0,97	1,27	1,12	0,90	0,70
Intelect.	2,80	2,90	2,85	1,90	1,56
COP	0,80	0,73	0,77	0,68	2,07
Isolamento/R	0,13*	0,21	0,17	0,22	0,20

* Significativo a 0,05.

Como pode ser observado, a Tabela 7 traz uma série de informações sobre cada uma das variáveis que compõe o DEPI. Neste momento se discute os três itens que

foram significativos a 0,05. Todas as médias foram verificadas (Anexo E) para saber se as distribuições são normais ou não para posterior análise.

Quando as distribuições foram normais, foi realizado o teste *t* de Student. Isto aconteceu com a variável da DEPI *Soma Sombreado* (3,30 Fumantes em relação a 5,13 dos Não Fumantes), que se refere a soma de sombreado e de cor acromática. Já quando a análise preliminar constatou que a distribuição normal não pode ser assumida a alternativa *não paramétrica* que foi utilizada foi à análise pelo teste de Mann-Whitney. Isto ocorreu com as variáveis da DEPI *Soma V* (0,20 Fumantes em relação a 0,50 dos Não Fumantes), que se referem à soma das respostas de Vista e ao Índice de Isolamento – Isolamento/R (0,13 Fumantes em relação a 0,21 dos Não Fumantes).

Os grupos estudados, Fumantes e o grupo controle (Não Fumantes) pode ter suas médias comparadas com os estudos de Nascimento (2010) ou Exner (1999), por não se ter, neste momento, os valores individuais que compõe a amostra deste autores. A seguir estas três variáveis são discutidas detalhadamente.

Soma das respostas de Vista - Soma V

As respostas de Vista (V) são as que apresentam características de sombreado usadas para criar uma impressão de dimensionalidade ou profundidade. Somadas, apresentam importância interpretativa, são mais estáveis e estão relacionadas com o processo de inspeção de si mesmo, além de indicar sofrimento emocional. As respostas de Vista (V) mostram uma atitude de introspecção ruminadora por parte do indivíduo, evidenciando a tendência a perceber características próprias de forma negativa.

Os não fumantes são os que apresentam uma maior média (0,50) que todos os outros índices disponíveis, mas principalmente, estão num valor bem mais elevado que a

média dos fumantes (0,20). Deste modo pode se dizer que os fumantes utilizam menos da introspecção. Quando os não fumantes desenvolvem tarefas de autoexame, as carregam de gradações de autocrítica negativa num nível maior que os fumantes, produzindo sentimentos de insatisfação e tristeza que aumentam seu sofrimento psíquico.

Soma de Sombreado e de Cor Acromática - Soma Sombreado

Novamente tem-se uma variável com características significativas entre os grupos estudados (Fumantes) e o grupo controle (não fumantes). Na Tabela 7 os dados apontam que esta variável é bem mais saliente entre os não fumantes (5,13), quando comparados com os fumantes (3,30). Constituindo o lado direito da experiência de base (eb) representa a estimulação que os indivíduos não fumantes sofrem com disparadores internos de tensão do tipo ideacional, que podem interferir no curso do pensamento deliberado, ou seja, eles controlam menos o início ou o fim de suas atividades voluntárias (ações). Aumentado como aqui se apresenta é possível pensar numa sobrecarga emocional que predispõe a condutas impulsivas. Aparentemente os jovens universitários não fumantes estão mais invadidos por estes processos emocionais e não conseguem deter esta situação por sua vontade.

Índice de Isolamento - Isolamento/R

A última variável apresentada na Tabela 7 de maneira significativa a 0,05 é o Índice de Isolamento. Na análise desta variável relacionada com a percepção do meio interpessoal, os jovens universitários não fumantes, aparentemente, percebem o meio social (0,21) do mesmo modo que a população do Estado de São Paulo ou a população americana

(0,20), mas de maneira diferenciada dos fumantes (0,13). Este índice se relaciona com o isolamento e o retraimento social, podendo informar como o indivíduo percebe o meio social e conseqüentemente como se relaciona com ele. Nos níveis apresentados pelos estudantes fumantes, estes apresentam uma característica distinta no que se refere a estarem envolvidos nas interações sociais.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou aprofundar o conhecimento sobre o Tabagismo e a Depressão. Dois problemas de saúde pública e que encontram campo fértil de debate na Psicologia e áreas da saúde afins. Alguns aportes teóricos buscaram elucidar algumas questões, houve um aprofundamento nos critérios diagnósticos e em teorias psicológicas que discutiam estes temas. As questões relativas ao indivíduo, ao isolamento social, a busca de prazer constante e imediato, os vínculos familiares e suas novas configurações foram abordadas, pois compõem o cenário onde o indivíduo se vincula e repercute suas vivências afetivas.

Apesar de se entender que a investigação de características da personalidade auxilie neste processo, por outro lado, se entende que todo este processo ocorre dentro de um panorama maior, inserido na sociedade atual. A avaliação deve ser um exame de caráter compreensivo, respondendo questões específicas quanto ao funcionamento psíquico (Cunha, 2000), o desenvolvimento humano ocorre de forma progressiva, mudanças e adaptações de estrutura, funções e padrões de comportamento ocorrem durante o ciclo de vida de um ser humano (APA, 2010). A avaliação psicológica não se reduz aos testes psicológicos devendo ter um caráter multifacetado, quer nos tipos de comportamentos que afere, quer nos instrumentais que faz uso. Neste momento questões sociais e sobre o desenvolvimento humano num enfoque psicanalítico, apontam que o indivíduo vive num ambiente muito tecnológico, mas nem sempre acolhedor, foram abordadas e enfatizadas. Um ambiente em que os indivíduos é que são ‘doentes’, são tabagistas, são deprimidos, entre tantos outros transtornos.

Um cenário social em que este indivíduo ainda busca uma família acolhedora e protetora, mas esta já não se organiza dentro de um imaginário quase que idealizado de tempos anteriores. Um espaço familiar que seria dedicado intensamente aos filhos e ao seu desenvolvimento, mas que, dada as configurações e arranjos familiares atuais, dispõem de pouco tempo e energia para esta tarefa, principalmente nos centros urbanos. Nesta situação existe um estado de culpa, dos progenitores, por sempre terem a sensação de que falta algo no desempenho de seus papéis maternos e paternos, e dos descendentes, por terem a impressão que algo falta, mas não sabem exatamente o que seja. Fica um desconforto nas relações, traduzidos em diversos sintomas.

O meio de investigação privilegiado neste momento foram os testes psicológicos, técnicas de investigação psicológica, com particular ênfase ao Teste de Bender e ao Método de Rorschach. À guisa de considerações finais algumas questões são destacadas. O Método de Rorschach, neste estudo, serviu como importante ponto de partida para todas as análises realizadas. Sendo um instrumento significativo para auxiliar a validar outros testes psicológicos. Já o Teste de Bender também foi significativo, permitindo uma agilidade a aplicação, correção e análises que foram realizadas com baixo custo, em relação ao Rorschach.

Entendeu-se como importante que o DEPI, ora seja relacionado aos transtornos afetivos ou depressão, ora somente à depressão, não se tendo clareza de quando uma situação é diferente da outra, quando o índice é utilizado. A questão merece uma discussão específica posterior. Apesar disso, em geral, o DEPI é sempre referido como um índice de depressão como o próprio nome diz. Dentro deste espectro que ele foi utilizado e suas variáveis analisadas ao longo do trabalho. Mas não se deve esquecer que os quadros maníacos são parte dos transtornos do humor ou afetivos.

As teorias anteriormente apontadas desde Winnicott (1993), Dolto (1990) Ariès (1979) e Lima (2008) podem auxiliar na tentativa de tentar traduzir estas questões. A cultura de massas, a busca do prazer, mas ao mesmo tempo as tensões e sentimento de desamparo, são questões relevantes que permeiam o jovem durante o seu processo de desenvolvimento. Tudo isto somado ao final da adolescência, o início da vida adulta e o processo de individuação, quando o jovem precisa superar os estados confusionais e transitórios peculiares da idade, devendo elaborar perdas mais significativas (Maciel, 2003; Abreu, 2006). Este momento é de plena criatividade, mas são organizados pelo primado da perda, como forma de viver, propício aos sentimentos de tristeza. Neste momento da vida o jovem vive toda a pujança de seu desenvolvimento emocional, mas, talvez os recursos cognitivos existentes ainda não estejam tão desenvolvidos a ponto de auxiliar neste processo na sua potencialidade máxima.

Este é o momento em que os medos e ressentimentos retornam (Lasch, 1991), pois o esfacelamento das autoridades traz uma nova ordem de relação com as angústias e medos. A vida ocupacional e social acaba por ocupar espaço importante em como o jovem, que já foi “só” filho significa este universo (Dias, 1995). Uma visão sobre o indivíduo neste contexto faz-se necessária para entender suas ansiedades em referência ao grupo social e à vida de maneira mais ampla. As ansiedades e receios são predominantes, mas partes de um processo do desenvolvimento humano, deste momento histórico que estes jovens habitam (Ariès, 1981). Vivendo sobre condições de angústia social e econômica que vão repercutir na sua vida afetiva e nos seus processos cognitivos

A falta de autoridade parental, os laços esgarçados de dependência comunitária e sociabilidade produzem efeitos emocionais, debilitando o reconhecimento mútuo de pessoas no processo de regularem seus próprios assuntos, aprofundando e reforçando a individualidade (Ariès, 1981). As pessoas estão vivendo um processo de

individualização e o relacionamento como algo solúvel, quanto mais desapego, melhor. As relações são vistas como descartáveis, o desapego é notado como uma capacidade humana (Bauman, 2004), talvez os sentimentos depressivos sejam um sintoma de todo este estado de coisas que o indivíduo vai ter que lidar.

Os adolescentes que se voltam para a droga leve são tentados a fugir no imaginário e na cumplicidade das palavras, em vez de agir. Estão trancados dentro de suas próprias prisões. Mas os fumantes apresentam um nível de sofrimento maior, que se traduz numa possível depressão.

Quanto as variáveis, analisadas independentemente, obteve-se alguns indicadores do funcionamento psíquico, apontados a seguir. Os fumantes utilizam menos da introspecção e componentes de desvalorização que os não fumantes, conduzindo a uma baixa autoestima em relação aos fumantes e possivelmente em relação à população em geral; os fumantes também estão, aparentemente, sofrendo menos com seus disparadores internos de tensão ideacionais e estão sendo menos impulsivos que os não fumantes; além disto eles (fumantes) se apresentam menos isolados e retraídos que os não fumantes.

Resumidamente, os fumantes são menos introspectivos, sofrem menos, são menos impulsivos e menos isolados. O que significa isto? Que refletem menos e estão mais anestesiados que o grupo controle (não fumantes)? Autores diversos apontam que o deprimido reprime suas ideias (Bergeret, 1991), não conseguem externar seus sentimentos (Winnicott, 2000) ou interagir (Abreu, 2006). Neste sentido, fumar pode ser entendido com uma forma de enfrentamento, adotado por este grupo, para esta situação. Uma maneira de não lidar com a carga afetiva.

O quadro de menor introspecção, menos impulsividade e menor isolamento podem ser expressões de sentimentos de insuficiência, por serem incapazes de refletir mais profundamente (Talbot, Hales e Yudofsky, 1992), vivenciar suas emoções e aparentarem

retardo psicomotor (Jaspers, 1979; Holmes, 1997; Dalgarrondo, 2008). Estas características do funcionamento psíquico poderiam ser enfatizadas nos processos terapêuticos. Um acompanhamento destes indicadores poderia trazer subsídios para uma melhor compreensão destas questões.

Todas estas ilações apontam que outros estudos poderiam ser realizados, principalmente estudos longitudinais, com a possibilidade de se verificar como ocorre o processo de desenvolvimento destes jovens, assim como o andamento destes indicadores do funcionamento psíquico. A questão do tamanho da amostra também merece comentários, um grupo maior poderia auxiliar a verificar com mais detalhamento a correlação do Teste de Bender e o Método de Rorschach. Os dados iniciais são promissores e incutem a expectativa de que outros trabalhos abordem as questões aqui apontadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, R. E. (2006). *Os caminhos da Depressão e sua cartografia na adolescência e início da adultez*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Adrados, I. (1982). *Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Alves, I. C. B., Alchieri, J. C. & Marques, K. C. (2002). As técnicas de exame psicológico ensinadas nos cursos de graduação de acordo com os professores. *Psico-USF*, 7 (1), 77-88.
- Alves, I. C. B. & Esteves, C. (2004). *O teste palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.
- Alves, I. C. B.; Dias, A. R.; Conti, F. D. & Sardinha, L. S. (2010). Precisão entre juízes na avaliação dos aspectos formais do Teste de Wartegg. *Aletheia (ULBRA)*, 31, 54-65.
- Alves, P.C. (1998). O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM-III-R*. (3ª ed. revista). São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. (4ª ed. ver.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2010). *Dicionário de Psicologia da APA*. Org. por Gary VandenBos. Porto Alegre: Artmed.
- Amparo, D.; Fernandes, C.; Oliveira, R.; Lucena, L.; Celestin, A. & Dantas, L. (2004). O corpo na depressão: um estudo multimetodológico. 141-145. In: C. E. VAZ & R. L. GRAEFF (orgs.). *Técnicas Projetivas - produtividade em pesquisa. Anais do III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e outros Métodos Projetivos: trabalhos completos*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V. & Oliviera, L.G. (Orgs.). (2010). *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP.
- Antúñez, A. E. A. (2004). *Estudo da afetividade em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo por meio do método de Rorschach: estudo caso-controle e estudo de casos*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria da EPM/UNIFESP, São Paulo.
- ANVISA. (2009). *Resultados 2009*. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Coordenadoria do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados/CSGPC/GGMED.
- Araújo, C. A. (2002). Psicoterapia dos Transtornos do Desenvolvimento. In ASSUMPÇÃO JÚNIOR; REALE, D. *Práticas Psicoterápicas na Infância e na Adolescência*. Barueri: Manole.
- Ariès, P. (1979). Modelos de estrutura da família. In: POSTER, Mark. *Teoria crítica da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

- Ariès, P. (1981) *História social da criança e da família*. 2. ed. Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Aros, M. S. & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, LIX, (130), 61-76.
- Assunção, V. K. (2009). Alimentação e sociabilidade: apontamentos a partir e além da perspectiva simmeliana. *Revista de Ciências Humanas*, 43 (2), 523-535.
- Atahyde, J. S. (1987). *Elementos de Psicopatologia*. 4ª. Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5) 359-366.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bender, L. (1974). *Test Gestaltico Visomotor: usos y aplicaciones clínicas*. (7ª ed.). Buenos Aires: Paidós. (Original publicado em 1938).
- Bergeret, J. (1988). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. & Leblanc, J. (1991). *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar, um enfoque pluridimensional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Betta, J. C. (1974). *Manual de Psiquiatria*. 6.ª ed. Buenos Aires: Editorial Albatros.
- Birmam, J. (2002). *Mal Estar na Atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bitencourt, F. G. (2009). *No reino do quero-quero: corpo e máquina, técnica e ciência em um centro de treinamento de futebol – uma etnografia ciborgue do mundo vivido*. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

- Bohm, E. (1968). *Vademecum del Test de Rorschach: tablas auxiliares para su aplicacion*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brandão, E. P. (2008). *Nem Édipo, Nem Barbárie: uma contribuição genealógica ao debate psicanalítico sobre aliança e sexualidade na contemporaneidade*. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Calheiros, P. R. V., I; Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*, 23, 65-74.
- Campbell, R. (1986). *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carvalho, F. C. G. & Paiva, M. L. S. C. (2010). O olhar de três gerações de mulheres a respeito do casamento. *Boletim de Psicologia*, LIX (131), 223-235.
- Castro, P. F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com transtorno de pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo*. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cavaco, V. C. S.; Jesus, S. N. & Rezende, M. M. (2009). Percepção de estilos parentais na toxicod dependência. *Boletim de Psicologia*. 59, 131, 179-190.
- Chabert, C. (1993). *A psicopatologia no exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chalub, M. & Telles, L.E.B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl II), S69-73.
- Chan, P. W. (2000). Relationship of visual motor development and academic performance of Young children in Hong Kong assessed on the Bender Gestalt Test. *Perceptual and Motor Skills*. 90, 209-214.

- Clawson, A. (1992). *Bender Infantil: manual de diagnóstico clínico*. (7a ed. rev. e ampl.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2003a). *Resolução 002 - Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2003b). *Anexo 1 da Resolução CFP Nº 002/2003 – Critérios de Avaliação da Qualidade de Testes Psicológicos*. Elaborado com o auxílio da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Correa, P. C. R. P., Barreto, S. M. & Passos, V. M. A. (2008). Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 17 (1), 43-57.
- Critelli, D. (2008). Consumo e obediência: a desarticulação da liberdade. *Psicologia USP*, 19 (4) 477-485. São Paulo: USP-IP.
- Cunha, J. A. (1993). *Psicodiagnóstico – R. 4ª. Ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2000). *Técnicas Projetivas Gráficas: por que sim? por que não?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Custódio, E. M. (2008). O Teste de Bender como instrumento de avaliação da personalidade. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Welang, (Orgs.). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, 307-325. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2a ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia / Usando SPSS para Windows*. Trad. de Lori Viali. Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, J. B.; Sá, R. N. & Carreiro, T. C. O. C. (2009). A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 61 (2), P. 01-09.
- Del Porto, J. A. (2002). Conceito e Diagnóstico: significados do termo “depressão”. In: MARI, J. J.; BUSATTO FILHO, G.; BORDIN, I. A. S. & MIGUEL FILHO, E. C. *Atualização em Psiquiatria I*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, M. L. (1995). Família e escolha profissional. In: BOCK, A. M. B. et al. *A escolha profissional em questão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Durat, C. J. (2006). *O Rorschach na avaliação psicológica de adolescentes em conflito com a lei*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. Itatiba.
- Dolto, F. (1990). *A causa dos adolescentes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Emmanuelli, M., & Azoulay, C. (2008). *As técnicas projetivas na adolescência: abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Esteves, C.; Custódio, E. M. & Castro, P. F. (2008). Avaliação da personalidade a partir dos fatores observados no Bender-Hutt: a influência da experiência com o instrumento. In S. R. Pasian; E. T. K. Okino; S. R. Loureiro & F. L. Osório (Orgs.). *Avaliação de personalidade: técnicas e contextos diversos*, 826-843. Ribeirão Preto: ASBRo.
- Exner, J. E. (1994). *El Rorschach um sistema compreensivo. Volumen 1: fundamentos basicos*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system* (4a ed.). New York: Wiley.
- Exner, J.E. & Weiner, I. B. (2008). *Rorschach Interpretation Assistance Program: version 5* (RIAP 5). Florida: Psychological Assessment Resources.
- Ey, H. & Bernard, P. (1980). *Manual de Psiquiatria Dinâmica*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Ferrari, A. B. (1996). *Adolescência, o segundo desafio: considerações psicanalíticas*. Trad. de Marcella Mortara. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fowler, J. C. et al (2001). The Rorschach Suicide Constellation: Assessing Various Degrees of Lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76 (2), 333–351.
- Freud, S. (1976a) Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVII*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (1976b). Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados em 1914, primeira versão e 1924, última versão).
- Freud, S. (1976c). Inibições, sintomas e ansiedade. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XX*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Freud, S. (1980). Über Coca. *Escritos sobre la cocaína*. Trad. Enrique Hegewicz. Barcelona: Anagrama (Original publicado em 1884).

- Freud, S (2004). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume I: 1911-1915 / Sigmund Freud*. Coord. de trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados entre 1915 e 1920).
- Freud, S (2006). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume II: 1915-1920 / Sigmund Freud*. Coord. de trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados entre 1915 e 1920).
- Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica* (2a ed.). Artmed: Porto Alegre.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* (4a ed.). Artmed: Porto Alegre.
- Galduróz, J. C. F.; Noto, A. R.; Napp, S. A. & Carlini, E. A. (2000). *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A - estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo*. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade de São Paulo.
- Garfield, S. L. (2000). The Rorschach test in Clinical Diagnostics. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 387-393.
- Garnier, S. et al. (2008). Perinatal depression, prevention strategies, personality, and the importance of therapy acceptance. *Rorschachiana*, 29, 108–147.
- Gomes, I. C. (1998). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal*. São Paulo: Escuta.
- Gonçalves, M., & Camara, F. P, (2009, abril/junho). Avaliação dos fatores de risco de sintomas depressivos em população de diabéticos da rede pública municipal de saúde de Taubaté (SP). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 33 (2), 174-183.
- Gonçalves, D. M. & Kapczinski, F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. 24 (7), 1641-1650.

- Guedes, A. C. et al (2010). A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12 (3), 547-553.
- Gumarães, J. M. N. & Caldas, C. P. (2006). A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 9 (4), 481-492.
- Gurfinkel, D. (1995). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes.
- Gurfinkel, D. (2001). *Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hisatugo, C. L. C.; Yazigi, L. & Del Porto, J. A. (2009). Cognição, Afeto e Relacionamento Interpessoal de Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 377-385.
- Henningfield, J. E. & Keenan, R. M. (1993). Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (5), 743-750.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hutt, M. L. (1975). *La Adaptacion Hutt Del Test Gestaltico de Bender*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Hutt, M. L. (1985). *The Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test*. Orlando: Grune & Stratton.
- Iglesias, R.; Jha, P.; Pinto, M.; Costa e Silva, V. L. & Godinho, J. (2007). *Controle do Tabagismo no Brasil: documento de discussão*. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano - Banco Mundial.

- Janca, A.; Üstün, T. B.; Drimmelen, J. V.; Dittmann, V. & Isaac, M. (1994). *Checklist de Sintomas do CID-10 para Transtornos Mentais*. Genebra: Divisão para Saúde Mental. Organização Mundial de Saúde.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral: Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia*. São Paulo: Atheneu. Vol. I e II.
- Jesus, C. F. & Rezende, M. M. (2008). Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. *Estudos de Psicologia*. 25 (4), 499-507.
- Kalina, E. et al. (1999). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Klein, M. (1991). *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Trad. Elias Mallet da rocha e col. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados entre 1946 e 1963).
- Klein, M. (1996). *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados em 1963).
- Klein, M. (1996). *O desenvolvimento de uma criança. Amor, Culpa e Reparação - e outros trabalhos (1921-1945)*. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago (Obras completas de Melaine Klein; v. I), (Originais publicados entre 1921 e 1945).
- Kochinski, S.; Smith, S. R.; Baity, M. R. & Hilsenroth, M. J. (2008). Rorschach correlates of adolescent self-mutilation. *Bull Menninger Clin*, 72 (1), 54-77.
- Lamounier, R. (2005). *O Rorschach e a Avaliação de Motoristas: evidência de validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. Itatiba.

- Laranjeira, R. et al. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.
- Lasch, C. (1986). *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Brasiliense.
- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Leite, M. C. & Andrade, A. G. et al. (1999). *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21 (1), 01-05.
- Lima, A. P. (2008). *Características do sono e qualidade de vida em dependentes de cocaína*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Linhares, S. C. (2004). *Educação, trabalho e dimensões social e escolar da drogadição: um estudo sobre políticas públicas antidrogas e o PROERD em Curitiba/PR*. Dissertação de Mestrado, Programa de pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Lipovetsky, G. (1983). *A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Relógio D'água.
- Lipovetsky, G. (1989). *O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lopes, R. C. S. L.; Oliveira, D. S.; Vivian, A. G.; Bohmgahren, L. M. C.; Piccinini, C. A. & Tudge, J. (2007). Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (1) 05-16.

- Lopes, A. P. (2010). *Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. Dissertação de Mestrado*. Mestrado em Psicologia da Saúde. Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo.
- Machado, N. G.; Moura, E. R. F.; Conceição, M. A. V. & Guedes, T. G. (2010). Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 18 (2), 284-290.
- Maciel, M. R. (2003). *Depressão e criatividade na contemporaneidade: um estudo a partir de Freud e Winnicott*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Mackinnon, R. A. (1988). *A Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica*. PORTO Alegre: Artes Médicas.
- Madalena, J. C. (1981). *Lições de Psiquiatria*. São Paulo: Mestre Jou.
- Malbergier, A. & Oliveira, H. P. J. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5); 276-282.
- Maragno, L. et al. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 22 (8), 1639-1648.
- Meehan, K. B. et al (2008). Self-regulation and internal resources in school-aged children with ADHD symptomatology: an investigation using the Rorschach inkblot method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72 (4), 259-282.
- Melo, J. F. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Nakamura, E. & Santos, J. Q. (2007). Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 53-60.

- Nascimento, R. S. G. F. N. (2001). Contribuições do método de Rorschach no campo da psicoterapia. Mesa-Redonda: Reflexões sobre Psicoterapia Breve, *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica*, UPM, 85-91.
- Nascimento, R. S. G. F. N. (2002). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, 7 (2), 127-141.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-COM. *Avaliação Psicológica*, 2006, 5 (1), 87-97.
- Nascimento, R. S. G. F. N. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neuwmann, A. (2003). *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Trad. Davi Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago.
- Nobre de Melo, A. L. (1981). *Psiquiatria*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. Vol. 1 e 2.
- Nogueira, D. M. F. (1999). *Toxicomanias*. São Paulo: Escuta.
- Ocampo, M. L. S. et al. (1999). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (9a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Olievenstein, C. et al. (1989). *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, H. F., Martins, L. C., Reato, L. F. N. & Akerman, M. (2010). Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André. *Revista Paulista de Pediatria*, 28 (2), 200-207.
- Oliveira, S. C. (2007). Pensando a drogadicção no contexto clínico. *Revista SEFLU*, 1 (1). Rio de Janeiro: [s.n.].

- Organização Mundial de Saúde. (Coord.) (1993). *CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Cap. V. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *CID-10 – Casos Clínicos de adultos – as várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osinaga, V. L. M. (2004). *Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP.
- Paes, Â. T. (2009). O que fazer quando a distribuição não é normal? (Seção: Por dentro da estatística). *Einstein: Educ Contin Saúde*, 7 (1), 3-4.
- Paim, I. (1986). *Curso de Psicopatologia*. 10.^a ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- Pasquelini-Casado, L.; Vagostello, L.; Villemor-Amaral, A. E. & Nascimento, R. G. (2008). Características da personalidade de pais incestuosos por meio do Rorschach, conforme o Sistema Compreensivo. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 21 (2), 293-301.
- Passalacqua, A. M. & Gravenhorst, M. C. (2005). *Os fenômenos especiais no Rorschach*. São Paulo: Vetor.
- Passos, T. C. B. M.; Yazigi, L. & Claudino, A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Psico-USF*, 13 (1), 69-74.
- Paulo, M. S. L. L. (2006). Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão. *Boletim de Psicologia*. 56 (125), 153-170.
- Pinsky, I. & Bessa, M. A. (2004). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Pereira, A. M. T. B. (1987). *Introdução do método de Rorschach*. São Paulo: EPU.

- Perez Gibert, M. A. & Cury, V. E. (2009). Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. *Boletim de Psicologia*, 59 (130), 45-60.
- Pellini, M. C. B. M. & Rosa, H. R. (2008). Uma análise dos pareceres desfavoráveis do CFP quanto aos testes psicológicos. In S. R. Pasian; E. T. K. Okino; S. R. Loureiro & F. L. Osório (Orgs.). *Avaliação de personalidade: técnicas e contextos diversos*, 802-809. Ribeirão Preto: ASBRo.
- Ramires, V. R. R.; Passarini, D. S.; Flores G. G. & Santos, L. G. (2009). Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 01-18.
- Rassial, J. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Trad. Lêda Mariza Fischer Bernardino. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Resende, A. C. (2009). *Esquizofrenia e avaliação psicológica*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Rito, L. (1993). *Adolescência: um lance que rola*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Rocha, A. J. (2004). *A influência Religiosa na Vida dos Adolescentes Universitários da Grande São Paulo: um estudo à luz do Método de Rorschach*. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Ciências da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Rosenthal, M. C. P. (2007). *“Assim é que lhe parece” Transtorno Obsessivo Compulsivo: estudo de variáveis cognitivo-afetivas de personalidade por meio do Método de Rorschach*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Rocheblave-Spendé, A.M. (1995). *O adolescente e seu mundo*. Trad. de Olympia Salete Rodrigues. São Paulo: Duas Cidades.

- Roehrs, H., Maftum, M. A. & Zagonel, I. P. S. (2010). Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (2), 421-428.
- Rombaldi, A. J. et al. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13 (4), 620-629.
- Rondina, R. C.; Moratelli, H. B. & Botelho, C. (2001). Tabagismo e características da personalidade em estudantes universitários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (2), 52-59. São Paulo: HCUSP/IPq.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (6), 221-228.
- Rorschach, H. (1974). *Psicodiagnóstico: método e resultados de uma experiência diagnóstica de percepção (interpretação de formas fortuitas)*. (2a ed.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1921).
- Saunders, N. (1996). *Ecstasy e a cultura dance*. São Paulo: Publisher Brasil.
- Sakamoto, C. K.; Lapastini, M. A. B. & Silva, S. M.. (2003). A criatividade no psicodiagnóstico de Rorschach: uma possibilidade de enriquecimento à interpretação dos resultados. *Psicologia, teoria e prática*, 5 (1), 13-25.
- Santos, M. A. S. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 12 (3), 01-08.
- Santos, S. R. et al (2008). Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34 (9), 695-701.

- Scivoletto, S. & Morihisa, R. S. (2001). Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, São Paulo, 2 (1), 30-33.
- Scollo, M.; Lal, A.; Hyland, A. & Glantz, S. (2003). Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*. 12, 13-20.
- Scortegagna, S. A. & Villemor-Amaral, A. E. (2009). Autopercepção no Rorschach de vítimas de abuso sexual infantil. *Psico*. Porto Alegre, 40 (3), 328-336.
- Secretaria de Estado da Educação. (2008). *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED (Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos, 3).
- Seibel, S. D. & Toscano, A. J. (2001). Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In S. D. SEIBEL & A. TOSCANO JUNIOR (Eds) *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Siano, A. K.; Ribeiro, L. C. & Ribeiro, M. S. (2010). Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (2), 131-138.
- Silva, M. D. V. (1987). *Rorschach: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU.
- Silva, M. A. M. et al (2006). Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 56 (5), 365-370.
- Silva, A. C. P. N. (2008). *Fidedignidade do Sistema Compreensivo do Rorschach*; revisão e estudo da estabilidade temporal em adultos da cidade de São Paulo. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Silva, A. C. N & Custódio, E. M. (2010). Estabilidade Temporal do Sistema Compreensivo do Rorschach: um estudo com adultos da cidade de São Paulo. In S. R. PASIAN, S.R. (Org.). *Avanços do Rorschach no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 55-85.
- Silveira, D. X. F. & Gorgulho, M. (Orgs.) (1996). *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias – uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Signer, R. (2010). *Inventory Fonds Hermann Rorschach Location*. The Hermann Rorschach Archives and Museum. Berne: Rorschach Archives.
- Soares, C. B. (2007). *Consumo Contemporâneo de Drogas e Juventude: a construção do objeto na perspectiva as Saúde Coletiva*. Tese de livre-docência, Programa de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Souza, C. C. (1982). *O método de Rorschach*. (3ª ed.). São Paulo: T. A. Queiroz.
- Spitz, C. (1997). *Adolescentes perguntam*. São Paulo, São Paulo: Summus.
- Spitzer, R. L. et al. (1996). *DSM-IV – casos clínicos: complemento didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição*. (4ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Talbott, J. A.; Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. (1992). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, B. F., Béria, J. U. & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 787-796.
- Teixeira, R. P. & Nunes, M. L. T. (2001). As concepções de homem na psicologia clínica: um estudo com base em programas de ensino. *Revista Episteme*, 12, 61-76.

- Toscano, A. J. (2001) Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. D. SEIBEL & A. TOSCANO JUNIOR (Eds). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Thiry, B. (2009). Exploring the Validity of Graphology with the Rorschach Test. *Rorschachiana*, 30 (1), 26–47
- Tuono, V. L.; Jorge, M. H. P. M.; Gotlieb, S. L. D. & Laurenti, R. (2007). Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde. 16 (2), abr/jun.
- Van Kolck, O. L. (1977). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil: testes de aptidões*. (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Vaitsman, J. (1994). *Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Valença, A. M.; Nardi, A. E.; Nascimento, I.; Mezzasalma, M. A.; Lopes, F. L. & Zin, W. (2001). Transtorno de Pânico e Tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23 (4), 229-232.
- Vandenbos, G. R. (Org) (2010). *Dicionário de Psicologia da American Psychological Association*. Porto Alegre: Artmed.
- Vieira, V.; Kirstajn, G. M. & Tardivo, L. S. P. (2005). A adesão de pacientes portadores de glomerulopatias ao tratamento da equipe multidisciplinar: uma contribuição da Psicologia. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13 (2), 271-471.
- Villemor-Amaral, A. E. (2008). A validade teórica em avaliação psicológica. *Psicologia: ciência e profissão*, 28 (1), 98-109

- Visentin, A. (2008). *O Itinerário Terapêutico: história oral de idosos com câncer*. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- Weiner, I. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1979). *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Trad. Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados entre 1962 e 1970).
- Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Trad. de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago. (Originais publicados entre 1931 e 1956).
- World Health Organization. (2000). Tobacco Free Initiative. *Tobacco control country profiles*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. France: WHO.
- World Health Organization. (2010). Tobacco. *Tobacco control country profiles*. Geneva: WHO.
- Wood, J. M.; Nezworski, M. T. & Stejskal, W. J. (1996). The comprehensive system for the Rorschach: a critical examination. *Psychological Science*, 7 (1), 3-10.

Zaleski, M. et al (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 142-148.

ANEXOS**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ R.G. _____ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Tabagismo e depressão: indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach” que tem como objetivo verificar características de personalidade de universitários fumantes. Fui informado que serei avaliado por meio de questionários e testes psicológicos e que a pesquisa não oferece risco à minha integridade física e autorizo a publicação dos resultados na qual será mantido sigilo sobre meus dados pessoais. Em virtude da natureza da pesquisa entendo e concordo que não haverá devolutiva ou laudo. O responsável pela pesquisa é o Prof. Luís Sérgio Sardinha, RG 14.666.446-2, CRP 06/38.599-2, que pode ser contatado para esclarecer qualquer dúvida.

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou Responsável

Endereço:

R. _____

n° _____ compl. _____

Bairro: _____ Município: _____

CEP: _____

Telefones: res.: _____ cel.: _____

ANEXO B – Descrições estatísticas dos 30 protocolos do grupo dos FUMANTES

RIAP Descriptive Statistics for 30 Selected Protocols - Fumantes

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Age	21.20	3.59	17.00	33.00	30	20.00	21.00
Yrs. Ed.	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
R	24.00	9.06	14.00	51.00	30	22.50	---
W	7.23	4.10	1.00	16.00	30	6.00	9.00
D	10.97	6.61	1.00	27.00	30	10.00	10.00
Dd	5.80	4.21	0.00	18.00	29	5.00	4.50
S	2.73	1.97	0.00	8.00	29	2.00	1.00
DQ+	7.77	4.10	2.00	18.00	30	7.00	7.00
DQo	15.10	7.25	6.00	38.00	30	14.00	---
DQv	0.77	1.20	0.00	6.00	15	0.50	0.00
DQv/+	0.37	0.55	0.00	2.00	10	0.00	0.00
FQx+	0.07	0.25	0.00	1.00	2	0.00	0.00
FQxo	10.00	3.70	3.00	17.00	30	10.00	12.00
FQxu	7.47	4.69	2.00	20.00	30	6.00	5.00
FQx-	6.10	3.96	1.00	17.00	30	5.00	5.00
FQx_none	0.37	0.71	0.00	3.00	8	0.00	0.00
MQual +	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
MQual o	2.17	1.34	0.00	6.00	28	2.00	2.00
MQual u	1.33	1.30	0.00	4.00	20	1.00	0.00
MQual -	1.20	1.25	0.00	5.00	19	1.00	0.00
MQual none	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
S-	1.20	1.05	0.00	3.00	21	1.00	1.00
M	4.70	2.56	1.00	10.00	30	4.00	4.00
FM	3.43	3.53	0.00	18.00	28	2.00	2.00
m	2.07	1.59	0.00	7.00	26	2.00	2.00
FM + m	5.50	4.22	0.00	20.00	29	4.00	2.00
FC	1.63	1.28	0.00	5.00	24	1.00	1.00
CF	1.40	1.31	0.00	4.00	19	1.00	0.00
C	0.33	0.60	0.00	2.00	8	0.00	0.00
Cn	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
FC + CF + C + Cn	3.37	2.09	0.00	8.00	27	4.00	4.50
WSum C	2.72	1.91	0.00	7.50	27	2.75	3.50
Sum C'	1.60	1.50	0.00	5.00	22	1.00	1.00
Sum T	0.20	0.48	0.00	2.00	5	0.00	0.00
Sum V	0.20	0.54	0.00	2.00	4	0.00	0.00
Sum Y	1.30	1.32	0.00	6.00	21	1.00	1.00
Sum Shading	3.30	2.35	0.00	11.00	28	3.00	1.00
Fr + rF	0.47	1.15	0.00	6.00	8	0.00	0.00
FD	1.23	1.54	0.00	6.00	17	1.00	0.00
F	9.37	5.58	2.00	25.00	30	8.00	4.00
Pair	8.03	4.87	3.00	23.00	30	8.00	3.50
3r+(2)/R	0.38	0.14	0.15	0.72	30	0.37	0.46
Lambda	0.80	0.81	0.11	4.50	30	0.57	1.00
EA	7.42	3.50	1.00	16.00	30	6.25	5.50
es	8.80	5.22	2.00	24.00	30	7.00	6.00
D Score	-0.47	1.69	-7.00	4.00	30	0.00	0.00
Adj D Score	0.10	1.37	-5.00	4.00	30	0.00	0.00
a (active)	4.87	3.50	0.00	15.00	29	4.00	4.00
p (passive)	5.43	3.21	0.00	14.00	29	4.00	4.00
Ma	2.10	1.80	0.00	8.00	25	2.00	2.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Mp	2.70	1.79	0.00	8.00	28	2.50	3.00
Intellectualization	2.80	2.99	0.00	11.00	30	2.00	0.50
Zf	13.57	5.55	4.00	27.00	30	12.50	10.00
Zd	0.93	5.49	-12.00	12.00	30	1.25	---
Blends	3.20	2.26	0.00	8.00	27	2.50	2.00
Blends/R	0.14	0.11	0.00	0.43	27	0.12	---
Col. Shading Blends	0.37	0.60	0.00	2.00	9	0.00	0.00
Afr	0.52	0.13	0.31	0.88	30	0.47	---
Popular	3.90	1.76	1.00	8.00	30	4.00	---
XA%	0.74	0.10	0.58	0.94	30	0.74	0.67
WDA%	0.78	0.11	0.59	1.00	30	0.79	---
X+%	0.44	0.14	0.11	0.74	30	0.42	0.42
X-%	0.25	0.10	0.04	0.42	30	0.25	0.21
Xu%	0.30	0.11	0.11	0.56	30	0.29	0.28
Isolate/R	0.13	0.10	0.00	0.47	27	0.13	0.13
H	3.03	2.12	0.00	7.00	29	2.50	---
(H)	1.73	1.48	0.00	6.00	23	1.50	1.00
Hd	2.27	1.88	0.00	8.00	25	2.00	3.00
(Hd)	0.70	0.82	0.00	3.00	15	0.50	0.00
Hx	1.23	1.58	0.00	7.00	18	1.00	0.00
All H Contents	8.97	4.14	1.00	18.00	30	8.00	8.00
A	7.83	5.09	3.00	28.00	30	6.00	6.00
(A)	0.57	0.76	0.00	3.00	13	0.00	0.00
Ad	2.03	1.54	0.00	5.00	25	2.00	1.00
(Ad)	0.40	0.76	0.00	3.00	8	0.00	0.00
An	1.17	1.37	0.00	5.00	17	1.00	0.00
Art	1.37	1.72	0.00	7.00	19	1.00	0.00
Ay	0.30	0.53	0.00	2.00	8	0.00	0.00
Bl	0.20	0.54	0.00	2.00	4	0.00	0.00
Bt	1.00	1.24	0.00	4.00	16	1.00	0.00
Cg	1.97	1.80	0.00	6.00	22	1.50	0.00
Cl	0.03	0.18	0.00	1.00	1	0.00	0.00
Ex	0.33	0.65	0.00	2.00	7	0.00	0.00
Fi	0.43	0.62	0.00	2.00	11	0.00	0.00
Fd	0.40	0.76	0.00	3.00	8	0.00	0.00
Ge	0.13	0.34	0.00	1.00	4	0.00	0.00
Hh	1.13	1.36	0.00	6.00	18	1.00	0.00
Ls	0.63	0.75	0.00	3.00	15	0.50	0.00
Na	0.67	0.87	0.00	3.00	13	0.00	0.00
Sc	1.87	1.73	0.00	8.00	24	2.00	2.00
Sx	0.37	0.60	0.00	2.00	9	0.00	0.00
Xy	0.07	0.25	0.00	1.00	2	0.00	0.00
Id	0.57	0.92	0.00	4.00	11	0.00	0.00
DV	0.90	1.30	0.00	5.00	16	1.00	0.00
INCOM	0.80	1.33	0.00	5.00	11	0.00	0.00
DR	1.60	2.43	0.00	9.00	13	0.00	0.00
FABCOM	0.20	0.40	0.00	1.00	6	0.00	0.00
DV2	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
INCOM2	0.20	0.54	0.00	2.00	4	0.00	0.00
DR2	0.17	0.45	0.00	2.00	4	0.00	0.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
FABCOM2	0.17	0.45	0.00	2.00	4	0.00	0.00
ALOG	0.87	1.18	0.00	4.00	14	0.00	0.00
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Sum6 Sp. Scores	4.90	3.94	0.00	16.00	28	4.50	1.00
Lvl-2 Sp. Scores	0.53	0.81	0.00	2.00	10	0.00	0.00
WSum6	15.40	11.86	0.00	43.00	28	15.50	20.00
AB	0.57	0.96	0.00	4.00	10	0.00	0.00
AG	0.47	1.06	0.00	5.00	8	0.00	0.00
COP	0.80	0.83	0.00	3.00	17	1.00	0.00
CP	0.03	0.18	0.00	1.00	1	0.00	0.00
GHR	4.07	2.13	1.00	7.00	30	4.00	7.00
PHR	4.57	2.94	0.00	11.00	29	4.50	5.00
MOR	0.97	1.33	0.00	6.00	15	0.50	0.00
PER	1.13	2.12	0.00	10.00	12	0.00	0.00
PSV	0.10	0.30	0.00	1.00	3	0.00	0.00

ANEXO C – Descrições estatísticas dos 30 protocolos dos NÃO FUMANTES

RIAP Descriptive Statistics for 30 Selected Protocols – Não Fumantes

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Age	22.10	3.70	20.00	36.00	30	21.00	---
Yrs. Ed.	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
R	24.63	6.22	15.00	42.00	30	24.00	---
W	6.87	3.42	2.00	16.00	30	6.00	6.00
D	11.13	5.77	2.00	28.00	30	10.00	10.00
Dd	6.63	4.08	1.00	17.00	30	5.00	5.00
S	2.80	2.07	0.00	7.00	25	3.00	---
DQ+	7.43	4.27	0.00	18.00	29	7.00	---
DQo	16.10	6.35	4.00	32.00	30	16.00	14.00
DQv	0.73	1.21	0.00	5.00	12	0.00	0.00
DQv/+	0.37	0.66	0.00	2.00	8	0.00	0.00
FQx+	0.17	0.45	0.00	2.00	4	0.00	0.00
FQxo	10.20	3.99	5.00	20.00	30	10.00	---
FQxu	7.07	3.24	2.00	18.00	30	7.00	10.00
FQx-	6.87	3.38	1.00	16.00	30	6.00	6.00
FQx_none	0.33	0.60	0.00	2.00	8	0.00	0.00
MQual +	0.07	0.36	0.00	2.00	1	0.00	0.00
MQual o	1.73	1.26	0.00	5.00	25	2.00	1.50
MQual u	0.90	0.94	0.00	4.00	18	1.00	0.00
MQual -	1.03	0.87	0.00	3.00	20	1.00	0.50
MQual none	0.03	0.18	0.00	1.00	1	0.00	0.00
S-	0.90	1.22	0.00	5.00	16	1.00	0.00
M	3.77	2.22	0.00	9.00	29	3.50	2.00
FM	3.83	2.63	0.00	10.00	28	3.00	3.50
m	1.80	1.83	0.00	8.00	22	1.00	0.50
FM + m	5.63	3.43	1.00	13.00	30	4.50	4.00
FC	2.13	1.59	0.00	6.00	23	2.00	3.00
CF	1.90	1.37	0.00	5.00	25	2.00	1.00
C	0.43	0.67	0.00	2.00	10	0.00	0.00
Cn	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
FC + CF + C + Cn	4.47	2.08	1.00	8.00	30	4.50	4.50
WSum C	3.62	1.79	0.50	7.00	30	4.00	4.00
Sum C'	1.30	1.51	0.00	5.00	16	1.00	0.00
Sum T	0.40	0.84	0.00	4.00	8	0.00	0.00
Sum V	0.50	0.76	0.00	3.00	11	0.00	0.00
Sum Y	2.93	3.02	0.00	10.00	24	2.00	---
Sum Shading	5.13	3.92	0.00	13.00	28	4.50	---
Fr + rF	0.93	1.90	0.00	9.00	11	0.00	0.00
FD	1.33	1.42	0.00	6.00	20	1.00	0.50
F	9.07	5.71	1.00	24.00	30	8.00	---
Pair	7.03	4.09	1.00	14.00	30	7.00	---
3r+(2)/R	0.40	0.25	0.04	1.20	30	0.40	0.33
Lambda	0.72	0.63	0.04	2.75	30	0.57	0.50
EA	7.38	3.28	2.50	16.00	30	6.75	---
es	10.77	5.52	1.00	22.00	30	10.00	---
D Score	-1.03	1.45	-4.00	2.00	30	-1.00	0.00
Adj D Score	0.10	0.83	-2.00	2.00	30	0.00	0.00
a (active)	5.07	3.41	0.00	13.00	29	4.00	4.00
p (passive)	4.60	2.87	0.00	12.00	29	4.00	4.00
Ma	1.97	1.70	0.00	7.00	24	2.00	2.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Mp	1.93	1.69	0.00	8.00	24	2.00	2.00
Intellectualization	2.90	3.67	0.00	14.00	30	1.50	1.00
Zf	12.50	4.77	5.00	27.00	30	12.00	12.00
Zd	0.30	4.34	-6.00	8.50	30	0.75	---
Blends	4.47	3.66	0.00	14.00	29	3.00	2.00
Blends/R	0.19	0.15	0.00	0.53	29	0.14	---
Col. Shading Blends	0.73	0.96	0.00	3.00	13	0.00	0.00
Afr	0.60	0.22	0.25	1.07	30	0.56	---
Popular	3.83	1.63	1.00	8.00	30	4.00	4.00
XA%	0.71	0.10	0.53	0.96	30	0.71	---
WDA%	0.76	0.10	0.56	0.94	30	0.76	---
X+%	0.42	0.11	0.21	0.71	30	0.41	---
X-%	0.28	0.11	0.04	0.47	30	0.27	0.32
Xu%	0.29	0.13	0.11	0.75	30	0.27	---
Isolate/R	0.21	0.12	0.00	0.55	29	0.20	---
H	2.57	1.80	0.00	7.00	25	2.00	2.00
(H)	1.13	1.36	0.00	5.00	17	1.00	0.00
Hd	2.03	1.66	0.00	6.00	25	2.00	1.00
(Hd)	0.73	0.81	0.00	3.00	16	1.00	0.00
Hx	0.90	1.45	0.00	5.00	11	0.00	0.00
All H Contents	7.37	3.58	0.00	16.00	29	6.50	5.00
A	8.30	2.60	3.00	15.00	30	7.00	7.00
(A)	0.50	0.92	0.00	4.00	9	0.00	0.00
Ad	2.70	1.93	0.00	8.00	28	2.00	1.00
(Ad)	0.10	0.30	0.00	1.00	3	0.00	0.00
An	1.37	1.35	0.00	5.00	19	1.00	0.00
Art	0.77	0.80	0.00	2.00	16	1.00	0.00
Ay	0.40	0.88	0.00	4.00	7	0.00	0.00
Bl	0.33	0.47	0.00	1.00	10	0.00	0.00
Bt	2.00	1.88	0.00	8.00	22	2.00	2.00
Cg	2.17	1.53	0.00	7.00	26	2.00	---
Cl	0.13	0.34	0.00	1.00	4	0.00	0.00
Ex	0.20	0.48	0.00	2.00	5	0.00	0.00
Fi	0.50	0.62	0.00	2.00	13	0.00	0.00
Fd	0.33	0.65	0.00	3.00	8	0.00	0.00
Ge	0.10	0.30	0.00	1.00	3	0.00	0.00
Hh	0.93	1.03	0.00	4.00	17	1.00	0.00
Ls	1.03	1.08	0.00	4.00	18	1.00	0.00
Na	0.90	0.91	0.00	4.00	19	1.00	1.00
Sc	1.37	1.28	0.00	5.00	21	1.00	0.50
Sx	0.63	0.91	0.00	4.00	13	0.00	0.00
Xy	0.07	0.36	0.00	2.00	1	0.00	0.00
Id	1.10	1.11	0.00	4.00	19	1.00	0.00
DV	0.53	0.96	0.00	4.00	10	0.00	0.00
INCOM	0.77	0.96	0.00	3.00	14	0.00	0.00
DR	0.87	1.18	0.00	4.00	13	0.00	0.00
FABCOM	0.17	0.52	0.00	2.00	3	0.00	0.00
DV2	0.03	0.18	0.00	1.00	1	0.00	0.00
INCOM2	0.07	0.25	0.00	1.00	2	0.00	0.00
DR2	0.27	0.57	0.00	2.00	6	0.00	0.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
FABCOM2	0.20	0.48	0.00	2.00	5	0.00	0.00
ALOG	0.57	0.72	0.00	2.00	13	0.00	0.00
CONTAM	0.07	0.36	0.00	2.00	1	0.00	0.00
Sum6 Sp. Scores	3.53	2.57	0.00	9.00	27	3.00	1.00
Lvl-2 Sp. Scores	0.57	0.88	0.00	3.00	10	0.00	0.00
WSum6	11.97	10.06	0.00	37.00	27	8.50	---
AB	0.87	1.38	0.00	5.00	11	0.00	0.00
AG	0.40	0.88	0.00	4.00	7	0.00	0.00
COP	0.73	1.12	0.00	4.00	12	0.00	0.00
CP	0.10	0.30	0.00	1.00	3	0.00	0.00
GHR	3.27	1.65	0.00	7.00	28	3.50	4.00
PHR	4.30	2.56	0.00	10.00	27	4.50	---
MOR	1.27	1.34	0.00	5.00	17	1.00	0.00
PER	1.13	1.50	0.00	6.00	16	1.00	0.00
PSV	0.20	0.60	0.00	3.00	4	0.00	0.00

ANEXO D – Descrições estatísticas dos 60 protocolos da amostra TOTAL

RIAP Descriptive Statistics for 60 Selected Protocols, amostra Total

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Age	21.65	3.67	17.00	36.00	60	21.00	20.50
Yrs. Ed.	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
R	24.32	7.78	14.00	51.00	60	23.00	---
W	7.05	3.78	1.00	16.00	60	6.00	6.00
D	11.05	6.21	1.00	28.00	60	10.00	10.00
Dd	6.22	4.16	0.00	18.00	59	5.00	5.00
S	2.77	2.02	0.00	8.00	54	2.00	1.00
DQ+	7.60	4.19	0.00	18.00	59	7.00	7.00
DQo	15.60	6.83	4.00	38.00	60	14.50	14.00
DQv	0.75	1.21	0.00	6.00	27	0.00	0.00
DQv/+	0.37	0.60	0.00	2.00	18	0.00	0.00
FQx+	0.12	0.37	0.00	2.00	6	0.00	0.00
FQxo	10.10	3.85	3.00	20.00	60	10.00	---
FQxu	7.27	4.04	2.00	20.00	60	6.00	5.00
FQx-	6.48	3.70	1.00	17.00	60	6.00	5.00
FQx_none	0.35	0.65	0.00	3.00	16	0.00	0.00
MQual +	0.03	0.26	0.00	2.00	1	0.00	0.00
MQual o	1.95	1.32	0.00	6.00	53	2.00	2.00
MQual u	1.12	1.16	0.00	4.00	38	1.00	0.00
MQual -	1.12	1.08	0.00	5.00	39	1.00	0.00
MQual none	0.02	0.13	0.00	1.00	1	0.00	0.00
S-	1.05	1.15	0.00	5.00	37	1.00	0.00
M	4.23	2.44	0.00	10.00	59	4.00	4.00
FM	3.63	3.12	0.00	18.00	56	3.00	2.00
m	1.93	1.72	0.00	8.00	48	2.00	1.00
FM + m	5.57	3.84	0.00	20.00	59	4.00	4.00
FC	1.88	1.46	0.00	6.00	47	2.00	---
CF	1.65	1.36	0.00	5.00	44	1.50	0.00
C	0.38	0.63	0.00	2.00	18	0.00	0.00
Cn	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00
FC + CF + C + Cn	3.92	2.15	0.00	8.00	57	4.00	4.50
WSum C	3.17	1.91	0.00	7.50	57	3.50	3.50
Sum C'	1.45	1.51	0.00	5.00	38	1.00	0.00
Sum T	0.30	0.69	0.00	4.00	13	0.00	0.00
Sum V	0.35	0.68	0.00	3.00	15	0.00	0.00
Sum Y	2.12	2.47	0.00	10.00	45	1.00	1.00
Sum Shading	4.22	3.36	0.00	13.00	56	3.50	1.00
Fr + rF	0.70	1.58	0.00	9.00	19	0.00	0.00
FD	1.28	1.48	0.00	6.00	37	1.00	0.00
F	9.22	5.65	1.00	25.00	60	8.00	4.00
Pair	7.53	4.53	1.00	23.00	60	7.50	3.00
3r+(2)/R	0.39	0.20	0.04	1.20	60	0.38	0.46
Lambda	0.76	0.73	0.04	4.50	60	0.57	---
EA	7.40	3.39	1.00	16.00	60	6.50	---
es	9.78	5.46	1.00	24.00	60	8.00	6.00
D Score	-0.75	1.60	-7.00	4.00	60	0.00	0.00
Adj D Score	0.10	1.14	-5.00	4.00	60	0.00	0.00
a (active)	4.97	3.45	0.00	15.00	58	4.00	4.00
p (passive)	5.02	3.07	0.00	14.00	58	4.00	4.00
Ma	2.03	1.75	0.00	8.00	49	2.00	2.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
Mp	2.32	1.78	0.00	8.00	52	2.00	2.00
Intellectualization	2.85	3.35	0.00	14.00	60	2.00	1.00
Zf	13.03	5.20	4.00	27.00	60	12.00	12.00
Zd	0.62	4.96	-12.00	12.00	60	1.25	1.50
Blends	3.83	3.10	0.00	14.00	56	3.00	2.00
Blends/R	0.16	0.13	0.00	0.53	56	0.13	0.06
Col. Shading Blends	0.55	0.83	0.00	3.00	22	0.00	0.00
Afr	0.56	0.18	0.25	1.07	60	0.49	---
Popular	3.87	1.70	1.00	8.00	60	4.00	4.00
XA%	0.72	0.10	0.53	0.96	60	0.72	---
WDA%	0.77	0.11	0.56	1.00	60	0.76	0.79
X+%	0.43	0.13	0.11	0.74	60	0.42	---
X-%	0.26	0.11	0.04	0.47	60	0.27	0.21
Xu%	0.30	0.12	0.11	0.75	60	0.28	0.21
Isolate/R	0.17	0.11	0.00	0.55	56	0.14	0.13
H	2.80	1.98	0.00	7.00	54	2.00	2.00
(H)	1.43	1.45	0.00	6.00	40	1.00	0.00
Hd	2.15	1.78	0.00	8.00	50	2.00	1.00
(Hd)	0.72	0.82	0.00	3.00	31	1.00	0.00
Hx	1.07	1.53	0.00	7.00	29	0.00	0.00
All H Contents	8.17	3.95	0.00	18.00	59	8.00	---
A	8.07	4.05	3.00	28.00	60	7.00	7.00
(A)	0.53	0.85	0.00	4.00	22	0.00	0.00
Ad	2.37	1.78	0.00	8.00	53	2.00	1.00
(Ad)	0.25	0.60	0.00	3.00	11	0.00	0.00
An	1.27	1.36	0.00	5.00	36	1.00	0.00
Art	1.07	1.38	0.00	7.00	35	1.00	0.00
Ay	0.35	0.73	0.00	4.00	15	0.00	0.00
Bl	0.27	0.51	0.00	2.00	14	0.00	0.00
Bt	1.50	1.67	0.00	8.00	38	1.00	0.00
Cg	2.07	1.67	0.00	7.00	48	2.00	1.00
Cl	0.08	0.28	0.00	1.00	5	0.00	0.00
Ex	0.27	0.57	0.00	2.00	12	0.00	0.00
Fi	0.47	0.62	0.00	2.00	24	0.00	0.00
Fd	0.37	0.71	0.00	3.00	16	0.00	0.00
Ge	0.12	0.32	0.00	1.00	7	0.00	0.00
Hh	1.03	1.21	0.00	6.00	35	1.00	0.00
Ls	0.83	0.95	0.00	4.00	33	1.00	0.00
Na	0.78	0.90	0.00	4.00	32	1.00	0.00
Sc	1.62	1.54	0.00	8.00	45	1.00	2.00
Sx	0.50	0.79	0.00	4.00	22	0.00	0.00
Xy	0.07	0.31	0.00	2.00	3	0.00	0.00
Id	0.83	1.05	0.00	4.00	30	0.50	0.00
DV	0.72	1.16	0.00	5.00	26	0.00	0.00
INCOM	0.78	1.16	0.00	5.00	25	0.00	0.00
DR	1.23	1.94	0.00	9.00	26	0.00	0.00
FABCOM	0.18	0.47	0.00	2.00	9	0.00	0.00
DV2	0.02	0.13	0.00	1.00	1	0.00	0.00
INCOM2	0.13	0.43	0.00	2.00	6	0.00	0.00
DR2	0.22	0.52	0.00	2.00	10	0.00	0.00

Variable	Mean	SD	Min	Max	Frequency	Median	Mode
FABCOM2	0.18	0.47	0.00	2.00	9	0.00	0.00
ALOG	0.72	0.98	0.00	4.00	27	0.00	0.00
CONTAM	0.03	0.26	0.00	2.00	1	0.00	0.00
Sum6 Sp. Scores	4.22	3.40	0.00	16.00	55	3.50	1.00
Lvl-2 Sp. Scores	0.55	0.85	0.00	3.00	20	0.00	0.00
WSum6	13.68	11.13	0.00	43.00	55	12.50	---
AB	0.72	1.20	0.00	5.00	21	0.00	0.00
AG	0.43	0.97	0.00	5.00	15	0.00	0.00
COP	0.77	0.99	0.00	4.00	29	0.00	0.00
CP	0.07	0.25	0.00	1.00	4	0.00	0.00
GHR	3.67	1.95	0.00	7.00	58	4.00	3.50
PHR	4.43	2.76	0.00	11.00	56	4.50	5.00
MOR	1.12	1.34	0.00	6.00	32	1.00	0.00
PER	1.13	1.84	0.00	10.00	28	0.00	0.00
PSV	0.15	0.48	0.00	3.00	7	0.00	0.00

Anexo E – Valores individuais das variáveis da DEPI

	V	FD	MCS	S	Ref somb	Refl	AFR	DM	S	FM/ m	SC'	MOR	Int	COP	Isol
F1	0	1	0	3	0,35	0	0,44	1	1	6	1	0	4	2	0,09
F2	0	0	1	2	0,47	1	0,88	3	3	5	0	2	2	1	0,47
F3	0	0	0	2	0,21	0	0,40	2	1	4	0	2	7	1	0,07
F4	0	1	1	1	0,38	0	0,60	4	5	4	2	1	0	2	0,13
F5	0	1	0	1	0,39	0	0,44	3	0	6	0	2	2	1	0,13
F6	0	0	0	1	0,22	0	0,38	2	3	2	1	1	2	1	0,11
F7	0	1	0	2	0,24	0	0,31	2	4	3	2	1	3	0	0,18
F8	0	0	0	4	0,43	1	0,56	0	1	2	1	2	0	0	0,14
F9	0	3	0	3	0,53	0	0,54	1	4	20	1	0	2	1	0,21
F10	1	0	0	1	0,46	1	0,50	0	1	3	0	0	2	1	0,17
F11	0	0	0	1	0,38	0	0,60	1	3	2	3	0	1	0	0,19
F12	0	2	1	6	0,32	0	0,47	5	2	15	0	6	2	0	0,32
F13	0	1	0	3	0,36	0	0,57	5	5	11	3	0	1	0	0,17
F14	0	1	0	1	0,17	0	0,64	1	1	3	0	0	1	0	0,06
F15	0	0	1	4	0,72	6	0,44	8	6	8	5	1	11	0	0,11
F16	0	3	0	5	0,56	0	0,56	4	3	7	3	0	0	2	0,04
F17	0	1	0	1	0,50	2	0,64	2	1	5	1	3	1	1	0,11
F18	0	2	0	3	0,46	0	0,41	2	2	0	1	0	0	0	0,13
F19	0	3	0	2	0,35	1	0,43	7	0	3	0	3	5	2	0,05
F20	0	0	2	1	0,29	0	0,40	6	4	7	2	2	1	0	0,07
F21	0	0	0	3	0,45	0	0,47	0	1	2	0	0	0	0	0,00
F22	0	1	0	2	0,25	0	0,45	2	2	4	1	1	0	0	0,13
F23	0	2	1	2	0,26	0	0,46	4	7	3	4	0	1	1	0,00
F24	0	3	0	2	0,46	0	0,73	3	5	4	2	0	9	1	0,12
F25	2	0	0	8	0,26	0	0,55	2	4	6	1	0	6	3	0,06
F26	0	6	0	6	0,27	0	0,46	5	6	7	4	1	6	0	0,14
F27	2	0	0	1	0,54	0	0,86	6	4	12	1	0	6	2	0,00
F28	0	0	1	0	0,63	1	0,60	2	4	2	3	0	0	0	0,13
F29	1	5	1	4	0,32	1	0,46	5	5	2	1	0	1	1	0,26
F30	0	0	2	7	0,15	0	0,43	8	11	7	5	1	8	1	0,20
	So ma V	FD	MCS	S	Ref/so mb	Refl exo	AFR	DM	Sso mb	FM _m	SC'	MOR	Int ele c	COP	Isolat e
NF1	0	2	2	1	0,44	0	0,69	11	13	8	2	5	3	0	0,30
NF2	0	0	0	2	0,13	0	0,67	0	0	1	0	2	0	0	0,20
NF3	0	0	0	1	0,58	0	0,58	1	2	4	2	0	1	1	0,11
NF4	0	0	2	1	0,38	0	0,60	4	6	5	4	1	1	1	0,06
NF5	0	0	0	3	0,22	0	0,44	2	2	4	0	1	0	0	0,48
NF6	1	1	0	1	0,14	0	0,40	3	3	4	0	0	3	0	0,19

NF7	1	1	2	0	0,95	5	0,46	7	3	5	0	0	0	1	0,26
NF8	1	2	2	3	0,16	1	0,79	10	7	8	2	3	1	0	0,20
NF9	0	0	0	0	0,06	0	0,42	1	1	4	0	0	0	1	0,12
NF10	0	0	1	6	0,30	0	0,35	3	4	3	0	0	2	3	0,00
NF11	0	1	0	3	1,20	9	0,92	5	1	8	1	3	0	0	0,20
NF12	0	0	0	2	0,23	0	0,43	1	1	2	0	0	2	0	0,27
NF13	3	6	0	4	0,59	3	0,71	14	6	13	2	3	6	1	0,55
NF14	1	1	0	5	0,04	0	0,56	3	10	4	0	3	0	0	0,36
NF15	1	3	0	2	0,55	0	1,00	10	6	13	1	2	13	4	0,32
NF16	2	1	0	5	0,33	1	0,38	1	5	1	0	2	2	0	0,17
NF17	0	4	0	0	0,71	2	0,56	2	1	4	0	0	1	1	0,18
NF18	0	1	2	4	0,33	0	0,25	8	5	6	2	3	4	0	0,13
NF19	0	3	0	0	0,17	0	1,07	2	3	4	0	0	1	0	0,31
NF20	0	1	3	7	0,41	1	0,38	6	7	4	4	0	2	0	0,14
NF21	1	0	1	3	0,07	0	0,75	4	12	7	4	0	2	0	0,25
NF22	0	2	0	0	0,5	0	0,47	4	2	12	1	1	1	0	0,18
NF23	1	3	0	4	0,33	0	0,4	1	2	13	0	0	10	2	0,26
NF24	0	1	0	5	0,34	0	0,41	2	3	5	0	2	14	0	0,03
NF25	0	1	0	4	0,46	1	0,71	3	0	6	0	1	7	0	0,13
NF26	2	3	1	3	0,42	0	0,86	4	9	3	2	2	3	3	0,08
NF27	0	2	3	5	0,54	1	1	12	13	9	3	2	6	3	0,25
NF28	0	0	1	2	0,46	1	0,41	2	9	2	5	0	1	1	0,04
NF29	0	1	1	7	0,41	0	0,83	2	6	2	3	0	0	0	0,23
NF30	1	0	1	1	0,5	3	0,48	6	12	5	1	2	1	0	0,18