UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CARLA ARAUJO BASTOS TEIXEIRA

# Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão

Ribeirão Preto
2017

CARLA ARAUJO BASTOS TEIXEIRA

# Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão

**Versão Original**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Teixeira, Carla Araujo Bastos.
Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão / Carla Araujo Bastos Teixeira. -- São Paulo, 2017.
101 f.

Orientadora: Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato
Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Estresse Precoce. 3. Depressão. I. Gherardi-Donato, Edilaine Cristina da Silva. II. Universidade de São Paulo. III. Título.

CDD: 616.98

TEIXEIRA, Carla Araujo Bastos

Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*Ao nosso bom e providente Deus, à minha mãe Ray e ao meu anjo protetor.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, nosso Pai maior, criador de todas as belezas do universo.

À minha Mãe Ray e ao meu pai Deolindo (*in memorian)* por me devotarem amor e apoio incondicional nas mais diversas esferas da vida. Ao meu irmão Danilo, por ser fonte de alegria e aprendizado constante.

À minha Família Bastos, Família Teixeira e Família Maia pelo apoio, confiança e energias positivas. Em especial, Roberta e Ocenéia pelas valorosas contribuições.

Aos meus sobrinhos Beatriz e Filipe, pela alegria do riso fácil e por me fazer sentir que eu posso ser mais.

Aos tios Erni e Gaspar, por partilharem do meu sonho e apoiarem a mim e a minha família desde quando eu ainda era um bebê.

À Profa. Dra. Edilaine, por todas as orientações, oportunidades e aprendizado constante. Pela atenção e por acreditar no meu potencial.

Às professoras Dra. Gerri Lasiuk e Dra. Sylvia Barton, pela acolhida na Universidade de Alberta, pelo aprendizado, atenção, carinho e paciência a mim dispensados.

À Universidade de Alberta pela recepção e por tudo que me foi oportunizado. Em especial, à Carmen Pallet e Ginger Sullivan.

Aos Professores Doutores desta banca, por terem aceitado participar deste trabalho e por suas contribuições para o enriquecimento deste.

Aos funcionários do Centro de Atenção Psicossocial, funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP pela atenção e colaboração imprescindíveis nas etapas deste trabalho. Em especial, meu sincero “muito obrigada” a Dr. Marcus Vinícius e Enfa. Andreia Nievas.

Aos participantes dessa pesquisa, pela atenção, colaboração e doação de “si-mesmos”.

A todos os meus amigos, antigos e recentes, por terem compartilhado momentos que fazem de mim quem eu sou e por estarem sempre por perto, independente da distância física.

Ao grupo de Pesquisa GEPEMEN pelo suporte e colaboração nas etapas do trabalho.

Ao grupo “*Mulheres que correm com os lobos* “ pelo apoio, fortalecimento, alegrias, suspiros, troca de experiências e por me fazer ter uma outra visão sobre mim mesma.

À CAPES, pela concessão da bolsa de Doutorado.

Ao Programa “*Ciências sem Fronteiras- CNPq*” pela concessão da bolsa de Doutorado Sanduiche na Universidade de Alberta-CA.

Socorro

“Socorro, não estou sentindo nada
Nem medo, nem calor, nem fogo
Não vai dar mais pra chorar, nem pra rir
Socorro, alguma alma, mesmo que penada
Me entregue suas penas
Já não sinto amor, nem dor, já não sinto nada
Socorro, alguém me dê um coração
Que esse já não bate, nem apanha
Por favor, uma emoção pequena
Qualquer coisa
Qualquer coisa que se sinta
Em tantos sentimentos
Deve ter algum que sirva
Socorro, alguma rua que me dê sentido
Em qualquer cruzamento, acostamento, encruzilhada
Socorro, eu já não sinto nada, nada”

(Compositor: Arnaldo Antunes; Alice Ruiz versão: Cassia Eller)

## RESUMO

TEIXEIRA, C. A. B. **Modelo teórico sobre os significados do estresse precoce e a vida adulta com depressão.** 2017. 101 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O desenvolvimento humano, presente desde a formação primária do indivíduo é constituído pelo conjunto das experiências vividas durante infância, incluindo as experiências de estresse precoce. Tais vivências repercutem nas ações do sujeito, podendo ser importante no aparecimento da depressão. Objetivos: explorar e analisar o significado do Estresse Precoce para portadores de depressão e construir um modelo teórico sobre o fenômeno estudado; caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas e de saúde; explorar e analisar, à luz do Interacionismo Simbólico, o significado do estresse precoce entre adultos portadores de depressão. Método: Estudo qualitativo que teve como referencial teórico norteador o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os participantes desse estudo foram portadores de depressão que vivenciaram Estresse Precoce, recrutados no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III do interior paulista. Instrumentos utilizados: *Childhood Trauma Questionnaire* –CTQ, questionário sociodemográfico e entrevista em profundidade. O número de participantes foi se configurando conforme a análise da teoria emergente (amostragem teórica), totalizando 12 participantes. Resultados: a análise dos dados permitiu identificar o modelo teórico “Caminhando entre a infância traumática e a vida adulta com depressão”. Sete categorias estruturaram a experiência relatada pelos participantes do estudo: “Vivenciando o Estresse Precoce”; “Sentindo diferenciação de tratamento dentro no núcleo familiar”; “Percebendo a distribuição de papeis dentro do núcleo familiar”; “Construindo a si próprio”; “Aliando-se à passividade frente a incapacidade de decisões”; “Percebendo comportamentos nos pais e em si próprio” e “Vivenciando a depressão”. Conclusões: o estudo permitiu identificar um modelo teórico que simbolizou a forma como as vivências foram compreendidas pelos próprios sujeitos e como o significado de cada experiência foi se entrelaçando na composição do ser, moldando seu conjunto de símbolos, sendo expresso em sentimentos, percepções e comportamentos. O modelo teórico contribuiu para a compreensão dos significados construídos e as condições que afetam o indivíduo desde a infância traumática até a depressão na idade adulta.



Palavras-chave: Saúde Mental. Estresse Precoce. Depressão.

## ABSTRACT

TEIXEIRA, C. A. B. **Theoretical model of the meanings of Early Life Stress and adulthood with depression.** 2017. 101 f. Thesis (Doctorate's degree) – College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Human development, present since the primary formation of the individual, consists of all the lived experiences during childhood, including the early life stress experiences. Such experiences have repercussions on the subject actions, and may be important in the depression onset. Objectives: To explore and to analyze the meaning of early life stress in adulthood with depression and to construct a theoretical model about the phenomenon; To characterize the sample regarding sociodemographic and health characteristics; to explore and to analyze, in the according to Symbolic Interactionism, the meaning of early life stress among adults with depression. Method: Qualitative study that had as a guiding theoretical referential the Symbolic Interactionism and Grounded Theory as a methodological referential. The study participants were depressive individuals who experienced early life stress, recruited at the Center for Psychosocial Care - CAPS III in inner city of São Paulo, Brazil. Instruments: *Childhood Trauma Questionnaire* - CTQ, sociodemographic questionnaire and in-depth interview. The participants number was configured according to the analysis of the emerging theory (theoretical sampling), totaling 12 participants. Results: Data analysis allowed the identification of the theoretical model "Walking between traumatic childhood and adulthood with depression". Seven categories structures the experience: "Experiencing early life stress"; "Feeling treatment differentiation within the family nucleus"; "Perceiving the distribution of characters within the family"; "Building Yourself"; "Allying to passivity in the face of inability to make decisions"; "Perceiving behaviors in parents and in yorurself" and "Experiencing depression". Conclusions: the study allowed to identify a theoretical model that symbolized the way as the experiences were understood by the individuals and how the meaning of each experience was interlaced in the composition of being, shaping its set of symbols, being expressed in feelings, perceptions and behaviors. The theoretical model contributed to the understanding of the raised meanings and the conditions that affect the individual from traumatic childhood to depression in adulthood.


Keywords: Mental Health. Early Life Stress. Depression.

## RESUMEN

TEIXEIRA, C. A. B. **Modelo teórico sobre los significados del Estrés Precoz y la vida adulta con depresión**. 2017. 101 f. Tesis (Doctoral) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

El desarrollo humano, presente desde la formación primaria del individuo está constituido por el conjunto de las experiencias vividas durante la niñez, incluyendo las experiencias del estrés precoz. Tales vivencias repercuten en las acciones del sujeto, pudiendo ser importante en el surgimiento de la depresión. Objetivos: explotar y analizar el significado del Estrés Precoz para portadores de depresión y construir un modelo teórico acerca del fenómeno estudiado; caracterizar la muestra cuanto a las características sociodemográficas y de salud; explotar y analizar, bajo la luz del Interaccionismo Simbólico, el significado del estrés precoz entre mayores portadores de depresión. Método: Estudio cualitativo que tuvo como referencial teórico orientador el Interaccionismo Simbólico y como referencial metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos. Los participantes de ese estudio fueron portadores de depresión que vivenciaron Estrés Precoz, reclutados en el Centro de Atención Psicosocial – CAPS III del interior paulista. Instrumentos utilizados: Childhood Trauma Questionnaire – CTQ, cuestionario sociodemográfico y entrevista en profundidad. El número de participantes se fue configurando de acuerdo al análisis de la teoría emergente (muestra teórica), totalizando 12 participantes. Resultados: el análisis de los datos permitió identificar el modelo teórico “Caminando entre la niñez traumática y la vida adulta con depresión”. Siete categorías estructuraron la experiencia: “Vivenciando el Estrés Precoz”; “Sintiendo diferenciación de tratamiento dentro / en el núcleo familiar”; “Percibiendo la distribución de roles dentro / en el núcleo familiar”; “Construyendo a sí mismo”; “Aliándose a la pasividad delante de la discapacidad de decisiones”; “Percibiendo comportamientos en los padres y en sí mismo” y “Vivenciando la depresión”.
Conclusiones: el estudio permitió identificar un modelo teórico que simbolizó la forma de cómo las vivencias fueron comprendidas por los propios sujetos y cómo el significado de cada experiencia fue intervinculándose en la composición del ser, moldeando su conjunto de símbolos, siendo puesto en sentimientos, percepciones y comportamientos. El modelo teórico contribuye para la comprensión de los significados construidos y las condiciones que afectan al individuo desde la niñez traumática hasta la depresión en la edad adulta.


Palabras-clave: Salud Mental. Estrés Precoz. Depresión.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos subtipos de Estresse Precoce .....25

Quadro 2 - Classificação dos subtipos e Estresse Precoce de acordo com a gravidade.....43

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise de dados conforme TFD.....44

Figura 2 - Diagrama representativo do Modelo Teórico.....54

## LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| CTQ | Childhood Trauma Questionnaire |
| HPA | Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal |
| EP | Estresse Precoce |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| DSM-5 | Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais 5ª. edição |
| CID-10 | 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e problemas de saúde relacionados |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| TDM | Transtorno Depressivo Maior |
| GEPEMEN | Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TFD | Teoria Fundamentada nos Dados |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |

**SUMÁRIO**


**1 INTRODUÇÃO** ..... 17
**1.1 Estresse Precoce e Depressão** ..... 18
**1.2 Contextualizando o Estresse Precoce** ..... 22
**1.3 Contextualizando a Depressão** ..... 25

**2 OBJETIVOS** ..... 31
**2.1 Objetivo geral** ..... 31
**2.2 Objetivos específicos** ..... 31

**3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA** ..... 33

**4 PERCURSO METODOLÓGICO** ..... 38
**4.1 Abordagem do estudo** ..... 38
**4.2 Local do estudo** ..... 38
**4.3 Participantes e coleta de dados** ..... 39
**4.4 Aspectos éticos** ..... 41
**4.5 Instrumentos** ..... 42
**4.6 Procedimentos de análise dos dados** ..... 44

**5 RESULTADOS** ..... 47
**5.1 Caracterizando os participantes desse estudo** ..... 47
5.1.1 Participante 01 ..... 47
5.1.2 Participante 02 ..... 48
5.1.3 Participante 03 ..... 48
5.1.4 Participante 04 ..... 49
5.1.5 Participante 05 ..... 49
5.1.6 Participante 06 ..... 50
5.1.7 Participante 07 ..... 50
5.1.8 Participante 08 ..... 51
5.1.9 Participante 09 ..... 51
5.1.10 Participante 10 ..... 52
5.1.11 Participante 11 ..... 52

5.1.12 Participante 12 ..... 53
**5.2 O Modelo Teórico: caminhando entre a Infância traumática e a vida adulta com depressão** ..... 53
**5.3 Vivenciando o Estresse Precoce** ..... 54
**5.4 Sentindo diferenciação de tratamento dentro no núcleo familiar** ..... 57
**5.5 Percebendo a distribuição de papeis dentro do núcleo familiar** ..... 59
**5.6 Construindo a si próprio** ..... 62
**5.7 Aliando-se a passividade frente à incapacidade de decisões** ..... 63
**5.8 Percebendo comportamentos nos pais e em si próprio** ..... 65
**5.9 Vivenciando a depressão** ..... 67
**5.10 Alinhavando os achados adicionais: uso e abuso de substâncias e violência doméstica na vida adulta** ..... 70

**6 DISCUSSÃO** ..... 73

**7 APLICABILIDADE DOS ACHADOS** ..... 82

**REFERÊNCIAS** ..... 85

**APÊNDICES** ..... 94

**ANEXOS** ..... 98

# *INTRODUÇÃO*

*“Doenças são palavras não ditas” (Jacques Lacan).*

# 1 INTRODUÇÃO

Após a conclusão do mestrado, os achados deste foram debatidos e expostos em encontros científicos e publicados em periódicos nacionais e internacionais. Surgiu então, o interesse de aprofundamento na temática *estresse*, que foi debatida com Grupo de Pesquisa GEPEMEN até o surgimento da proposta de trabalhar o estresse através de um olhar subjetivo.

Após realizada uma revisão de literatura, os achados levaram a uma lacuna sobre o que acontece entre o estresse, na sua forma mais primária, Estresse Precoce e o desenvolvimento do adoecimento psíquico, em especial a depressão.

Este estudo, "***Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão"***, surgiu**,** como proposta para curso de doutorado, durante uma reunião entre mim e a Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. Ambas tínhamos assistido recentemente a um filme denominado "*As aventuras de Pî*". O filme, considerado uma obra prima pela crítica especializada, nos fez questionar a importância das diferentes versões de uma mesma história.

Durante nossa discussão, debatemos como o significado atribuído as experiências vivenciadas pelo sujeito influencia de forma direta no comportamento deste diante de eventos estressores, modelando sua conduta e influenciando na tomada de decisões e na forma de contracenar no cenário da vida.

A discussão continuou adentrando na linha do projeto de pesquisa: Promoção de Saúde Mental. Como havíamos trabalhado com estresse, estresse precoce e adoecimento psíquico durante o curso de mestrado, não foi difícil encontrar uma lacuna na literatura, que nos inquietou enquanto pesquisadoras.

Após diversas conversas e um mergulho da literatura científica, chegamos a conclusão que os estudos demonstram a associação do estresse precoce e o desenvolvimento de depressão, mas os processos que levam de um extremo ao outro ainda não foram completamente elucidados.

Na busca de um entendimento aprofundado sobre a temática, este estudo propôs-se a investigar o significado do estresse precoce em adultos portadores de depressão.

## 1.1 Estresse Precoce e Depressão

Atualmente, sabe-se que os transtornos mentais são atribuídos a causas multifatoriais. Entre as principais causas apontadas cientificamente temos os fatores genéticos, psicológicos, sociais e políticos. Alguns estudos têm apontado que o transtorno mental materno afeta, de forma significativa, o desenvolvimento dos filhos, sendo agente catalizador de transtorno mental em adolescentes. De forma geral, a exposição ao risco no âmbito familiar, como problema mental em genitores e condições de pobreza, por exemplo, configuram-se como fatores de risco aumentando a vulnerabilidade de uma pessoa em desenvolver determinado agravo na saúde mental (HAROLD et al., 2016; PEREIRA et al., 2014). Da mesma forma, outros tipos de abuso ou negligência vivenciados em tenras etapas no desenvolvimento também se constituem em fatores de grande impacto para a vida adulta. Pois, esses eventos traumáticos encurtam a infância e acelera as transições para a autonomia, finalizando abruptamente o período infantil, afetando os diversos processos que ocorrem ao longo da vida, acarretando em diversos prejuízos a saúde mental dos indivíduos (SANDERS et al., 2015).

Nunes et al. (2014) afirmam que contextos familiares organizados configuram-se como fator de proteção ao desenvolvimento infantil. Em contrapartida, estresse familiar, eventos negativos e conflitos conjugais contribuem para adoecimento na criança e no adolescente (PINTO et al., 2014). O impacto dos transtornos mentais na infância e adolescência não se restringe a esse período somente, como consequência imediata. Esse impacto permeia o indivíduo ao longo da vida, podendo se comportar como fator precursor de problemas psiquiátricos e sociais na vida adulta. É importante ressaltar que fatores ambientais e psicossociais influenciam de forma mais significativa no adoecimento mental do que características intrínsecas do indivíduo, chegando a influenciar processos genéticos e o grau para o qual os genes são expressos (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014; CICCHETTI, 2016). Até o presente momento, ainda não foram encontrados outros estudos nessa vertente, o que reforça a necessidade de investigação nesse sentido.

Partindo desse cenário, o adoecimento mental não deve ser visto como um evento isolado. Há fatores internos e externos que ultrapassam a barreira temporal e tem suas repercussões ao longo da vida. A literatura nos mostra que a formação do

indivíduo está ligada às atitudes, escolhas e modus operandi do sujeito durante a vida adulta. O desenvolvimento da personalidade, presente desde a formação primária do indivíduo, constituído pelo conjunto das experiências vivenciadas durante a primeira infância, repercute nas ações atuais do indivíduo, podendo ser importante no desencadeamento de sofrimento e/ou transtornos psíquicos (MARTINS et al., 2011; MARTINS et al., 2014; PINTO et al., 2014).

Dessa forma, os efeitos negativos e traumáticos ocorridos durante esse período, quando importantes estruturas cerebrais estão sendo constituídas, podem perpetuar-se ao longo da vida, afetando as esferas emocional, comportamental, social, afetiva e física (MARTINS et al., 2011; WILLIAMS, 2002). Mello et al. (2009), em estudo com crianças que vivenciaram situações de Estresse Precoce, afirmam que crianças nessa situação possuem chances moderadamente aumentadas de desenvolver depressão na adolescência e na idade adulta. Afirmam ainda que cerca de um quarto a um terço das crianças nessa situação preencherão os critérios de depressão ao chegar até os 20 anos de idade, configurando um sério problema de saúde pública.

O conjunto de experiências vivenciadas na infância, quando geradoras de impacto na saúde mental da criança, converge no trauma infantil, fator associado a danos neuropsicológicos e consequências deletérias na vida adulta (GRASSI-OLIVEIRA, STEIN; PEZZI, 2006). O trauma infantil também denominado Estresse Precoce, configura-se como tensão inicial relacionada a uma gama de experiências traumáticas ocorridas durante a infância. Subdivide-se em abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional (BERNSTEIN et al., 2003; MARTINS et al., 2011; PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ et al., 2014; PINTO et al., 2014).

O abuso físico constitui-se de agressões físicas cometidas por um adulto que culminam em lesões corporais. Abuso sexual configura-se como qualquer tipo de comportamento sexual ou contato entre uma criança e um adulto. Abuso emocional é representado por agressões verbais que comprometem o bem estar ou a moral da criança, de forma depreciativa por parte de um adulto. Dentro dessa categoria são enquadradas a humilhação e a ameaça, causadoras de sofrimento psíquico. Negligência física constitui-se da supressão do provimento das necessidades físicas, ou seja, falha no abastecimento de vestuário, segurança, alimentação, moradia, supervisão e saúde pelos pais e/ou responsáveis. Negligência emocional é

representada pela omissão no fornecimento de necessidades básicas emocionais e psicológicas como amor, motivação e suporte (BERNSTEIN et al., 2003). Casos de morte dos pais ou substitutos, abandono, separações conjugais, transtornos psiquiátricos dos cuidadores também se caracterizam como estresse precoce (MARTINS et al., 2011; PINTO et al., 2014).

Segundo Konradt et al. (2013) a ocorrência de estresse precoce está fortemente associada a sintomas depressivos, assim como, a transtornos de ansiedade e uso abusivo de substâncias químicas (LIJFFIJT; HU; SWANN, 2014). Estudos demonstram ainda que os indivíduos os quais experimentaram uma grande adversidade precocemente, como a perda dos pais ou abuso físico, podem desenvolver depressão após níveis mais baixos de estresse na vida adulta do que as pessoas as quais não vivenciaram essas adversidades precocemente (SLAVISH; MONROE; GOTLIB, 2011). Outro estudo corrobora com tais achados neurobiológicos quando afirma que a exposição a maus tratos na infância, como negligência, associa-se a redução de volume na massa cinzenta cerebral em adolescentes, culminando em alterações comportamentais e desordens na saúde mental (WALSH et al., 2014). Estes são alguns exemplos de pesquisas, no ramo das neurociências, que relacionam eventos traumáticos na infância a alterações neurobiológicas do indivíduo.

Explicitada na literatura está a relação entre o desenvolvimento de depressão e a estresse precoce, porém ainda é limitado o desenvolvimento de estudos em indivíduos que vivenciaram maus tratos na infância e não desenvolveram desordens psiquiátricas. O que acontece durante o desenvolvimento do indivíduo que vivenciou estresse precoce e não desenvolveu as alterações descritas nos estudos supracitados? Em que ponto a trajetória se diferencia para o aparecimento ou não da depressão? Talvez essa dissonância esteja relacionada ao alcance da metodologia dos estudos comtemplados pelas neurociências. O foco demasiado no zoom in pode fazer com que o entorno seja colocado em segundo plano.

Sabe-se que o papel do estresse no desequilíbrio do processo saúde-doença está relacionado a causas multifatoriais, dentre elas à situação estressora, ao estágio de desenvolvimento psicológico do sujeito, às condições de suporte psicossociais, à percepção do sujeito sobre o estressor e aos mecanismos de enfrentamento desenvolvidos ao longo das experiências de vida.

Lazarus e Folkman (1984) inferem que a determinação de uma relação pessoa/ambiente como fator estressante depende da avaliação cognitiva da situação pelo sujeito. Ou seja, a forma como o indivíduo reage a determinado estímulo interno ou externo comporta-se como fator expressivo para o desenvolvimento ou não de um quadro patológico. O que justifica a relevância da percepção do indivíduo para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito da saúde mental.

Murphy e Moriarty (1976) acrescentam que fatores predisponentes como experiências pregressas, influências genéticas e condições existentes incorporam susceptibilidades que influenciam a adequação dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as demandas. Os eventos traumáticos apresentam importante elemento no desenvolvimento de alterações de humor, cognitivas e comportamentais para a maior parte das pesquisas e teorias psicológicas (ARNSTEN, 2015). Um forte exemplo é a teoria psicanalítica que classificou a reação aos eventos traumáticos como essencial para elucidar os transtornos de natureza psicológica (MAZURE, 1995).

Diante de uma situação estressante, os indivíduos desenvolvem diferentes formas de enfrentamento, as quais estão relacionadas a fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis, e objetivam restabelecer o equilíbrio do organismo frente às reações desencadeadas pelo estressor. Os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas variam de acordo com as experiências vivenciadas pelo sujeito, bem como as características da situação (SANDERS et al., 2015). Ou seja, a forma como o indivíduo percebe e age diante de um evento estressor, precipitador do adoecimento mental, é diretamente relacionado com seu arcabouço de vivências, incluindo aí as experiências durante o período da infância (GHERARDI-DONATO, 2013; TEIXEIRA, 2013).

Entendendo que o processo de adoecer não somente é singular para cada indivíduo, sendo diferente entre as diversas psicopatologias, elencou-se a depressão como adoecimento mental a ser considerado nesse estudo, justificando-se em dados da literatura os quais demonstram que experiências de estresse precoce influenciam os sistemas neurobiológicos, dentro dos limites genéticos, levando a manifestações comportamentais de depressão. Autores afirmam que essas experiências adversas na infância contribuem significativamente na fisiopatologia da depressão (KONRADT et al., 2013; SALEH et al., 2017).

Com base no cenário explicitado, busca-se com este estudo compreender a o significado do estresse precoce atribuído pelos sujeitos que vivenciaram traumas na infância e a relação entre o desenvolvimento do transtorno depressivo. Esperou-se que o referencial teórico-metodológico adotado fornecesse condições de extrapolar os pormenores biológicos, contemplando a perspectiva do indivíduo através da perspectiva de cada um. Tal conhecimento se deu através das questões norteadoras desse estudo:

- O significado do estresse precoce está relacionado ao desenvolvimento de depressão?
- Que significados o portador de depressão atribui às experiências traumáticas vivenciadas na infância?
- O significado atribuído ao estresse precoce pode ser catalizador no aparecimento da depressão?

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para o direcionamento das práticas de assistência em saúde mental tanto no âmbito intervencionista como no âmbito preventivo.

## 1.2 Contextualizando o Estresse Precoce

O Estresse advém do latim *stringere*, que significa tração constrição, ou seja, pressão. Dada a raiz etimológica, assemelha-se com a relação com o tempo "comprimido" de quem se vê estressado. Inicialmente, definições de pressão e carga usadas na engenharia e na medicina colaboraram na percepção do estresse e de como mensurá-lo (COOPER; COOPER; EAKER, 1988). Segundo Lipp (1996), por volta do século XVII, os estudos na área de engenharia afirmavam que, para a escolha do material para construção de pontes dentre outras estruturas, as características das cargas tinham que ser levadas em consideração. Daí originou-se a ideia de que as pessoas suportam carga emocional, ou que as demandas podem ser mais ou menos pesadas dependendo do contexto e das pessoas (TANURE, 2014).

Hoje, o estresse é configurado como uma gama de reações físicas, psicológicas e sociais, de adaptação a um evento ou reação estressora. Esse conjunto de manifestações busca levar o organismo a homeostasia, ou seja, ao equilíbrio. É considerado patológico, quando o indivíduo exaure seus recursos

internos, entrando num estado de sofrimento psíquico e acaba por ser acometido por doenças ocasionadas por esse estado de esgotamento, portanto trata-se de uma condição de descontrole das funções normais do corpo humano (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008; TANURE, 2014).

Por sua vez, o Estresse Precoce (EP) constitui um fenômeno multifacetado do estresse, que ocorre precocemente, ou seja, durante a formação da personalidade e identidade do sujeito, relacionado às vivências traumáticas, abusos e negligências ocorridas durante a infância (AFIFI et al., 2012; BERNSTEIN et al., 2003).

O período de transição entre a infância e a adolescência compreende uma somatória de múltiplas mudanças nas esferas biológica, psicológica e interpessoal. Aumentar, nesse período, as exigências pessoais e demandas de responsabilidade pode tornar o indivíduo mais vulnerável, pois experiências de maus-tratos infantis estão associadas ao desenvolvimento heterogêneo da organização de personalidade, uso de álcool e outras drogas e surgimento de psicopatologias (OSHRI; TUBMAN; BRUNETTE, 2012).

As experiências de Estresse Precoce têm demonstrado influência negativa e significativa sobre a função psicossocial, interferindo no desenvolvimento da personalidade. Pesquisas apontam que o Estresse Precoce é um fator ambiental severo, gerador de dificuldades em diferentes níveis dentro do desenvolvimento do indivíduo (OSHRI; TUBMAN; BRUNETTE, 2012; MARTINS et al., 2014; PINTO et al., 2014). Vivenciar maus-tratos na infância, frequentemente, culmina em efeitos prejudiciais importantes sobre comportamento, cognição e sistemas reguladores fisiológicos ao longo da vida.

Assim, ambientes de criação com adversidades extremas, tais como maus-tratos infantis, podem contribuir para as diferenças na organização da personalidade, o que implica em risco aumentado para o desenvolvimento de psicopatologias, dentre elas a depressão (OSHRI et al., 2011; OSHRI; ROGOSCH; CICCHETTI, 2013).

Oshri, Rogosch e Cicchetti (2013) em estudo longitudinal, investigaram os processos de risco relacionados a maus tratos, organizações de personalidade infantil e má adaptação do adolescente em uma amostra de sujeitos com e sem histórico de maus tratos na infância. Como resultado, os autores reconhecem que os maus tratos na criança são considerados poderosos estressores ambientais que

comprometem o desenvolvimento da personalidade, configurando-se como fator predisponente ao surgimento de psicopatologias.

Cruz-Fuentes et al. (2014), em estudo epidemiológico com adolescentes, relacionou o polimorfismo genético, o aparecimento de depressão e situações adversas na infância. Em tal estudo essas situações adversas foram denominadas adversidades psicossociais na infância. Tais adversidades psicossociais foram subdivididas em: disfunção familiar, abuso, negligência, variáveis de inadaptação, criminalidade, abusos de substancias, extrema condição socioeconômica familiar, morte parental e separação de cônjuges.

No mesmo estudo, foram encontradas relações significativas entre um conjunto de genes que modulam a susceptibilidade individual para o desenvolvimento da depressão. Porém, apesar de considerar determinadas exposições ambientais como fatores relacionados, os autores apontam como limitação a necessidade de uma melhor investigação entre os diferentes tipos de adversidades na infância a fim de compreender de forma mais ampla a patogênese dos transtornos de humor.

Como podem ser observadas, existem diversas classificações de estresse precoce, também conhecido como traumas na infância, mas, para fins desse estudo, utilizou-se a classificação proposta por Bernstein et al. (2003), idealizador do instrumento de mensuração *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), utilizado para recrutamento de participantes desse estudo.  A escala divide os maus-tratos infantis em cinco subtipos sendo eles: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Classificação dos subtipos de Estresse Precoce

| Subtipos de EP | Definição |
|---|---|
| **Abuso Físico** | Vivências de agressões físicas cometidas por indivíduos mais velhos, sob o risco de causar lesões corporais. |
| **Abuso Emocional** | Vivências de agressões verbais cometidas por indivíduos mais velhos, sob o risco de causar humilhações, risco ao bem-estar, vergonha ou ameaça a moral da criança. |
| **Abuso Sexual** | Vivências de contato ou comportamento sexual cometidos por indivíduos mais velhos, que tem por objetivo estimular a criança ou adolescente sexualmente e/ou utiliza-la para obter estimulação sexual. |
| **Negligência Emocional** | Vivências de falhas no fornecimento de necessidades básicas emocionais e psicológicas como atenção, suporte, amor e motivação, por parte dos pais ou responsáveis. |
| **Negligência Física** | Vivências de falha no fornecimento de aspectos como alimentação, vestuário adequado e outras necessidades básicas como segurança, moradia e supervisão de saúde, por parte dos pais ou responsáveis. |

Fonte: Adaptado de Bernstein et al. (2003)

Existem também, outros fatores geradores de Estresse Precoce como abandono, separações conjugais, morte de pais ou responsáveis, transtornos psiquiátricos de cuidadores (MARTINS et al., 2011). Porém, entende-se que tais situações estão incluídas na classificação de Bernstein et al. (2003) de forma correlacionada. Confirmada a relação do Estresse Precoce como fator predisponente para o aparecimento de transtornos, em especial a depressão, faz necessário a análise aprofundada sobre o processo a fim de aumentar as possibilidades terapêuticas a pessoas que passaram por uma infância árdua.

## 1.3 Contextualizando a Depressão

Considerada um dos distúrbios psiquiátricos mais incapacitantes do mundo, a depressão apresenta alta índice de prevalência comprometendo mais de 121

milhões de pessoas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (PITCHOT et al., 2010; APOSTOLO et al., 2011) constituindo-se dessa forma como um problema de saúde pública. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a enfermidade mais comum No mundo, afetando mais indivíduos do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas (DEPRESSÃO..., 2009).

A depressão é classificada, atualmente, como um transtorno de humor e/ou afetivo (BATISTA; CARLOTTO; MOREIRA, 2013). Porém, as primeiras menções aos transtornos comportamentais, no qual se inclui a depressão, são descritos por diversas civilizações desde a antiguidade e os primeiros registros datam no século 2 d.C (SARTORIUS, 2001). Entretanto, a primeira classificação com uma descrição mais clara foi relatada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, no final do século 19. Nela, a depressão e a mania eram separados de distúrbios como a esquizofrenia (ANGST et al., 2008).

Com a evolução das ciências e da medicina, a caracterização dos distúrbios do humor tornou-se mais clara e, foram desenvolvidos manuais de diagnóstico específicos como, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais - atualmente na quinta edição (DSM-5) - e a Classificação Internacional de Doenças e problemas de saúde relacionados (CID-10) - 10ª revisão. Tanto o DSM quanto o CID-10, são considerados referência na atualidade.

Dentre os transtornos de humor, incluem-se os episódios maníacos, o transtorno afetivo bipolar e os transtornos depressivos, onde temos a depressão maior e outros como a ciclotimia e a distimia (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2015).

Conforme o DSM–V, a depressão é classificada como transtorno depressivo maior (TDM), nesse caso o indivíduo deprimido deve apresentar, pelo menos quatro manifestações clínicas, por um período de duas semanas contínuas ou mais, tais como: anedonia, alterações no apetite, alterações no peso, disfunções na atividade psicomotora, sentimentos de culpa, dificuldades cognitivas como alteração de pensamento ou concentração e desejo de morte recorrente. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). O TDM é caracterizado por episódios depressivos maiores únicos ou recorrentes. Dessa forma, o TSM pode corresponder aos diagnósticos de transtorno depressivo recorrente ou de episódio depressivo (BAUER et al., 2009; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Já o CID-10 subdivide depressão em três graduações, sendo elas, depressão leve, depressão moderada ou depressão grave. Independente do grau de depressão, o indivíduo apresenta diminuição de energia, rebaixamento de humor e diminuição de atividades. Pode ainda estar associado a sintomas psicóticos tais como alucinações, delírio, diminuição da capacidade psicomotora de uma gravidade tal que atividades sociais rotineiras podem tornar-se impossíveis de realização. De acordo com o grau depressivo e a presença de fatores concomitantes, o CID-10 apresenta, de forma geral, a depressão classificada em grupos F-30 a F-39 (WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1992).

Nos casos típicos de depressão, o indivíduo apresenta o humor deprimido com poucas variações ao longo dos dias, não respondendo às situações normais de flutuação do humor. Geralmente, apresenta redução de energia e diminuição das atividades cotidianas. O interesse, a capacidade de diversão e concentração encontram-se diminuídas, e cansaço marcante após esforços mínimos é comum. O padrão de sono e repouso torna-se desregulado assim como o apetite. A autoestima e autoconfiança também são quase sempre afetadas e percebem-se, mesmo nas formas mais leves, pensamentos de culpa e inutilidade presentes (OMS, 2015). Devido a essas manifestações clínicas, o indivíduo portador de depressão apresenta prejuízos significativos nas atividades do cotidiano, sendo associado ao maior risco de mortalidade direta (suicídio) e indireta (comorbidades).

A depressão também é descrita sob outros pontos de vista como a perspectiva psicanalítica, abordagem gestáltica e psicopatologia fenomenológica, que guardam similaridades e diferenças, desenvolvendo outras formas de análise, alterando o foco da perspectiva biomédica.

Na psicanálise, conceitualmente, a depressão está associada a obra de Freud “Luto e Melancolia” de 1917. Nela, Freud aborda correlações entre o luto e a melancolia. A melancolia é caracterizada como um desânimo intensamente penoso com perda do interesse pelo mundo externo, cessação da capacidade de amar, redução de atividades em geral e uma redução drástica da autoestima. Tal redução encontra expressão na auto depreciação e auto reprovação que culmina numa tentativa perturbada de punição (FREUD, 1917, 1974). Diferente do luto, em que o aparelho psíquico oferece oposição compreensível com a alteração da libido diante da perda do objeto amado, na melancolia, a perda é, muitas vezes, de caráter idealizado o que acarreta na absorção do ego, causando profunda inibição. Ou seja,

diante da perda idealizada, o ego incorpora a si o objeto, regressando-se a fase oral do desenvolvimento libidinal.

Já corrente filosófica que embasa a abordagem gestáltica, prioriza a relação entre homem e mundo, onde as manifestações psicopatológicas, como a depressão, são vistas como decorrentes de distúrbios nas relações. Dessa forma, a psicopatologia decorre de alterações na autorregulação, oriundos de mecanismos psicológicos defensivos de contato. Tais mecanismos visam inibir a consciência de pensamentos, sentimentos, comportamentos e necessidades geradoras de angústia e colocam como risco a relação com o outro (ANTONY, 2009).

Sob a luz da psicopatologia fenomenológica, a depressão deve ser vista como algo vivo, relacionado às relações de parentesco, designado pelos estados psíquicos vivenciados pelo sujeito (JASPERS, 1989). O estado depressivo está relacionado a uma rigidez, um estar fixado, que predispõe a imposição de estados rígidos de difícil transcendência. Os indivíduos deprimidos apresentam-se restritos em sua corporalidade e presas a limites autoimpostos (LEITE; MOREIRA, 2009).

Hubertus, Tellenbach, Arthur e Tatossian apresentam contribuições para o entendimento do transtorno depressivo na fenomenologia, quando concebem o indivíduo depressivo como um sujeito impossibilitado de ser fazer presente na própria existência. Para Tatossian, o depressivo assiste sua tristeza, incapacitado de relacionar-se com ela. Tal incapacidade se estende a qualquer ação, ocasionando uma inibição vital e um vazio temporal. Dessa forma, no estado depressivo há uma modificação do tempo vivido. O agir e o não agir tem relação direta com a estagnação do tempo, pois, na experiência da depressão, a existência do indivíduo é lançada no vazio (LEITE; MOREIRA, 2009; SANTIAGO; HOLANDA, 2013)

Independente da corrente teórica adotada para descrever o fenômeno da depressão, a maneira como a depressão é vivenciada e expressa pelo indivíduo, depende não só do nível individual de desenvolvimento fisiológico e cognitivo, mas também do conjunto de interações sociais vivenciados por este.

Marques e Lopes (2015), em estudo qualitativo, usando a Teoria Fundamentada dos Dados, analisaram a depressão sob a perspectiva de quem a vive, tendo o enfoque no papel do cuidador familiar. Como resultado, desvelou-se a identificação do início dos sintomas depressivos, características e manifestações do transtorno. Porém, não houve achados relacionados com acontecimentos na

infância. Talvez porque o foco tenha sido no estado atual e na relação entre o indivíduo deprimido e o cuidador familiar.

A Teoria Fundamentada dos Dados (TFD) vem sendo utilizada como forma de obtenção conhecimento no ramo da subjetividade. Porém além, do estudo supracitado, só há estudos com depressão e TFD no contexto específico da depressão pós-parto. Diante dessa lacuna, surge a necessidade de explorar a depressão sob a perspectiva do indivíduo deprimido, com o intuito de desvelar o que acontece desde as primeiras lembranças do indivíduo até o aparecimento do transtorno. Buscando assim, uma produção de conhecimento, além da perspectiva neurobiologicista, que levante conteúdo relevante para o cuidado à portadores de depressão, a partir de suas próprias concepções e experiências de vida.

# *OBJETIVOS*

*“Não há nada na nossa inteligência que não tenha passado pelos sentidos”.*

*(Aristóteles)*

# 2 OBJETIVOS

Os objetivos estabelecem as pretensões e resultados esperados com o desenvolvimento do estudo, de forma geral e específica, a saber:

## 2.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo explorar e analisar o significado do estresse precoce para portadores de depressão e construir um modelo teórico sobre o fenômeno estudado.

## 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas e de saúde;
- Explorar e analisar, à luz do Interacionismo Simbólico, o significado do estresse precoce entre adultos portadores de depressão.

# *FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA*

*"As coisas valem pelas ideias que nos sugerem". (Machado de Assis)*

# 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

A abordagem teórica que contempla a natureza desse estudo é centrada no Interacionismo Simbólico (IS). Este referencial teórico teve origem no final do século XIX com o professor de filosofia da Universidade de Chigago, George Herbert Mead. O foco do IS é a natureza da interação. O ser humano é visto de forma mais ativa excluindo conceitos de pré-determinação e passividade (CHARON, 1989).

O significado é reconhecido como conceito central da abordagem, fundamentado na construção das ações individuais e coletivas baseando-se na interação entre pessoas (LOPES, 2005). Da interação entre duas pessoas surge o significado o qual é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando em interação (BLUMER, 1998).

A interação social é uma dos principais fundamentos do IS, sendo configurado como processo que delineia o comportamento humano. Baseia-se na premissa de que, ao entrar em contato com o outro, o sujeito modifica seus significados e provoca modificações nos significados alheios (DUPAS, 1997).

O Interacionismo Simbólico é uma abordagem utilizada para o estudo de vida em grupo e da conduta humana (BLUMER, 1998). As três premissas fundamentais do IS são: 1) Os seres humanos agem em relação às coisas na base dos significados que as coisas têm para eles. 2) O significado de tais coisas é derivado ou surge da interação social que se tem com os semelhantes. 3) Esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa em lidar com as coisas que ela encontra (BLUMER, 1998).

O processo de dar significado a algo se estabelece quando o sujeito considera algo, o objeto, de forma consciente, refletindo e/ou realizando interpretações sobre o mesmo. No IS, os seres humanos atuam em relação às coisas em consonância com o significados que elas têm e este significado não é fixado, sendo dinâmico e mutante (CHARON, 1989; REISDORFER, 2013).

O IS traz uma perspectiva importante que considera o indivíduo como ser ativo em relação ao ambiente; um organismo que relaciona consigo mesmo e com os outros; um ser de tem suas situações imediatas definidas em consonância com as perspectivas desenvolvidas e modificadas em interações sociais em andamento (CHARON, 2009).

Para o entendimento desse referencial teórico faz-se necessário a compreensão de conceitos fundamentais como de: objeto social, símbolo, self, mente, assumir o papel do outro, ação humana, interação social e sociedade. Na perspectiva interacionista, o objeto é tudo aquilo que pode ser notado, referenciado ou indicado. O significado dos objetos sociais advém da forma como são definidos pelo indivíduo e pelos outros com os quais o indivíduo interage. O objeto social pode ser qualquer coisa, objetos físicos feitos pelo homem, animais, emoções, o self e/ou símbolos criados pelo indivíduo para representar um ideia para si ou para os outros (BLUMER, 1982).

O símbolo, conceito central do IS, são estabelecidos socialmente nas interações e utilizados de maneiras diversas em situações quaisquer. São mutáveis e seus significados são subjetivos e compartilhados nas interações, tanto pelo indivíduo que o utiliza como para aqueles que o recebem (BLUMER, 1982).

O *self* é um processo decorrente da interação do indivíduo consigo próprio, Da mesma forma como ele (o indivíduo) se relaciona socialmente, ele relaciona-se internamente. Pode mudar constantemente á medida que o indivíduo relaciona-se com os demais. Basicamente, não se trata de uma entidade inerte, Trata-se de como o indivíduo se enxerga, se define e como age em relação a si próprio por toda vida (BLUMER, 1982).

A mente não é um objeto como os símbolos ou o self. A mente é a ação que o indivíduo toma em relação a si próprio. Quando interagimos com terceiros, mantemos uma comunicação simultânea a nível interior. Essa comunicação é o que dizemos a nós mesmos, definindo o que existe ao nosso redor, o porquê de existirem e como podemos utilizar. Considerando os conceitos de símbolo, self e mente, e a forma como se interrelacionam assumir o papel do outro, é basicamente utilizar a estrutura simbólica de terceiros. É um ato de imaginação onde assumimos a perspectiva de outro indivíduo. Assumir o papel do outro permite que seja explorada outra forma de ver a realidade, tornando-nos capazes de identificar a forma como os outros se sentem em determinadas situações (BLUMER, 1982).

A ação humana, dentro da perspectiva interacionista, é um ato que se sobrepõe a outro, formando um processo contínuo de ações que se estabelecem num fluxo sem fim. A ação humana é constante e flui em diversas direções, influenciando-se mutuamente. Os fluxos de ações cruzam-se entre os indivíduos gerando a interação social. Essa envolve um encontro que estabelece constantes

definições e redefinições das atitudes próprias e de terceiros. Esse conjunto de sujeitos com suas estruturas simbólicas, relacionando-se entre si e com o mundo, comunicando-se através de símbolos em processo contínuo de construção e desconstrução, denominamos sociedade (BLUMER, 1982).

Apoiando-se no IS e partindo do pressuposto interacionista em que a realidade é constantemente modificada e negociada entre os indivíduos, destaca-se a Teoria Fundamentada nos dados (TFD), como fundamentação metodológica em que a construção teórica explica a ação no contexto social. A TFD, ou seu relativo em inglês, Grounded Theory, foi desenvolvida por sociólogos americanos na década de 60 e vem sendo utilizada em conjunto com a abordagem interacionista (STRAUSS, 2008). Isso se deve ao fato de que a TFD tem suas raízes no pragmatismo e no Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1998).

O pragmatismo, por sua vez, é uma doutrina proveniente do final do século XIX. Preconiza que, para que a verdade possa ser, de fato, verdadeira, ela deve ser passível de verificação através da experiência e que a, após esta, permanecerá válida em todas as situações concebíveis. Esta postura filosófica conecta a teoria com a prática (PRAGMATISM, 2005, 2010). O entendimento da Teoria Fundamentada é embasado em experiências da vida real de indivíduos, como se constroem e reconstroem suas vidas, de acordo com suas conjunturas e com os significados que eles encontram em suas circunstâncias de vida (MACDONALD; SCHRIEBER, 2001). A TFD tenta interpretar e compreender os processos emergentes dessas construções, a partir dos dados. A teoria emergente é verificada pelas coletas subsequentes (amostragem teórica) e análise dá-se em curso, ou seja, uma análise comparativa constante. Portanto, sua utilização está atrelada aos conceitos de amostragem teórica, análise comparativa constante, e a surgimento dos dados.

A amostragem teórica começa com amostragem seletiva. Os dados são recolhidos e analisados, a partir do que emerge durante a entrevista. Segue a segunda fase que compreende o processo de amostragem de acordo com os dados, e não mais de acordo com as populações e lugares específicos (DRAUCKER et al., 2007). É o processo de coleta de dados para a geração de teoria segundo a qual o pesquisador coleta, em conjunto, os códigos e analisa, decidindo quais os dados devem ser coletados a seguir e onde encontrá-los, a fim de desenvolver a teoria. Uma vez que emerge, o pesquisador é guiado pela teoria emergente, substantiva ou

formal (GLASER; STRAUSS, 1967). A saturação teórica das categorias acontece quando não há mais relevância na adição de novos dados, ou seja, quando cada categoria apresenta plenitude em termos de propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise comparativa constante é um processo pelo qual os dados são constantemente comparados entre si, a fim de avaliar em padrões que podem ser verificados por amostragem teórica. Análise e coleta de dados ocorrem simultaneamente. As construções advindas dos dados são construídas e reconstruídas culminando em para desenvolver a teoria. Esse processo assegura que a teoria se encaixa, funciona, tem relevância e é modificável.

Surgimento da teoria ocorre em relação à questão da pesquisa, os dados, a análise dos dados, e a teoria final. Não ocorre de forma forçada, a medida que permite que todos os componentes surjam a partir dos dados, incluindo categorias, significados e conexões (GLASER; STRAUSS, 1967).

A TFD busca a compreensão das formas pelas quais a realidade é socialmente construída. Através dela, o pesquisador examina e é capaz de identificar etapas e fases da construção social. A TFD permeia-se na hipótese de que através de uma exploração minuciosa e da sensibilidade teórica do pesquisador, ao trabalhar com o registro de dados, ideias e percepções, extraindo conexões entre eles, pode-se construir uma teoria a partir dos dados coletados (MORSE, 2002).

Guiada pela TFD, o estudo explora o significado do estresse precoce entre adultos portadores de depressão. Para analisar o significado do estresse precoce nesse universo, se faz necessário uma metodologia que possibilite apreender os símbolos e signos presentes nas experiências do indivíduo, selecionando e agrupando aspectos aos quais eles dão sentido.

# *PERCURSO METODOLÓGICO*

*“A tarefa de viver é dura, mas é fascinante”. (Ariano Suassuna)*

# 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção segue o caminho metodológico proposto para o desenvolvimento da pesquisa.

## 4.1 Abordagem do estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório transversal com abordagem qualitativa. Descritiva já que visou descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Exploratória quando proporcionou maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo explícito envolvendo levantamento bibliográfico, entrevistas com sujeitos que vivenciaram o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão Com relação à abordagem, constituiu-se como qualitativa, pois considera que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, e este não pode ser traduzido em números (GIL, 1996; SILVA, 2004).

A escolha do método de caráter qualitativo pautou-se no objetivo do estudo, ou seja, a busca de significados. A pesquisa de caráter qualitativo possui enfoque no entendimento do significado individual e representação do fenômeno para a vida dos sujeitos, em detrimento do entendimento do fenômeno em si (TURATO, 2005).

## 4.2 Local do estudo

A condução da presente pesquisa deu-se no Centro de Atenção Psicossocial – Dr. André Santiago (CAPS III) de Ribeirão Preto, São Paulo. Esse serviço de saúde integra a RAPS e oferece atenção a população portadora de transtornos mentais, oferecendo atendimento ambulatorial de base comunitária e territorial. A assistência é pautada por ações de prevenção, tratamento e reinserção social (SMS, 2010).

O CAPS III conta com atendimento 24 horas em regime intensivo com 5 leitos de permanência por 7 dias contínuos ou 10 descontínuos; oficinas para inclusão social e reabilitação de pacientes com problemas mentais que necessitem de regime mais intensivo;  atendimento externo e referenciado às Unidades Básicas e Distritais

de Saúde para a avaliação de casos psiquiátricos enquadrados no sistema de urgência dentre outras atividades (SMS, 2010).

### 4.3 Participantes e coleta de dados

A amostra foi composta por (12) portadores de depressão que vivenciaram Estresse Precoce, recrutados no Centro de Atenção Psicossocial – Dr. André Santiago (CAPS III). Guest et al. (2006) recomenda que 12 entrevistas são capazes de satisfazer estudos de abordagem qualitativa com objetivos circunscritos, amostra homogênea e entrevistas estruturadas. A teoria foi estruturada ao longo dos 12 participantes e a coleta continuou até o número descrito no estudo para fins de validação dos dados e confiabilidade do estudo.

Foram encaminhados 23 usuários para entrevista inicial e aplicação do CTQ, bem como *feedback* necessário. Destes 21, atendiam à medida de estresse precoce estabelecida nos critérios de inclusão. Houve nove recusas por desistência, ou seja, ausências no dia marcado para entrevista. Foi realizado contato telefônico, onde foi verificada a desistência em participar da pesquisa. Por fim, a amostra foi constituída por 12 participantes voluntários.

Como critério de inclusão considerou-se: apresentar maioridade, fazer acompanhamento no CAPS a nível ambulatorial ou semi-intensivo, apresentar pontuação para o Estresse Precoce de moderado a severo no *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e possuir diagnóstico atual de depressão no prontuário. Como critérios de exclusão considerou-se pontuação de mínimo a moderado no CTQ, apresentar diagnóstico a interrogar, no prontuário, apresentar déficit cognitivo, apresentar doenças neurológicas progressivas/degenerativas, e presença de retardo mental.

A coleta no CAPS III ocorreu da seguinte forma: Contato com o serviço; participação das reuniões de equipe onde o projeto foi apresentado nos três turnos de funcionamento da instituição, debate sobre a melhor forma de encaminhamento dos casos pela equipe; discussão sobre a dinâmica da coleta e fechamento de acordo com as equipes da unidade.

Após acordado a dinâmica de encaminhamento, um resumo do projeto com os contatos do pesquisador foram entregues a cada membro da equipe, selando dessa forma a dinâmica de encaminhamento.

A cada encaminhamento, foi realizado um agendamento de entrevista individual em sala cedida pela unidade, onde foram resguardados os preceitos éticos, em especial a confidencialidade do encontro. Após apresentação do projeto e objetivos, o participante foi convidado a participar do estudo. Somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, deu-se início a aplicação dos instrumentos seguindo a seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico, CTQ e entrevista em profundidade.

Foi oferecido tempo para possíveis questionamentos e contato do entrevistador caso permanecessem dúvidas. Em caso de escores do CTQ fora do parâmetro delimitado pelos critérios de inclusão, a entrevista prosseguiu sendo descartada somente para fins do estudo, pois considerou-se importante valorizar o tempo e a disponibilidade de cada participante, tendo ele sido incluído ou não no estudo. Cada participante obteve uma cópia do termo de consentimento com o contato do entrevistador em caso de futuros esclarecimentos.

Por ser estudo qualitativo com uma abordagem teórica específica, a amostragem seguiu os princípios da amostragem teórica que possibilitou a identificação de indivíduos, acontecimentos e locais que potencializaram a probabilidade de encontrar variações entre conceitos, tornando as categorias, suas propriedades e dimensões mais densas. A amostragem teórica permitiu que o pesquisador decidisse quais informações são necessárias, direcionando seus questionamentos aos temas emergentes e relevantes ao estudo (STRAUSS, 2008; REISDORFER, 2013). Nesse processo a centralidade está adequação da amostra e não no número de participantes. Uma amostra apropriada fundamenta-se na composição de participantes que apresentem melhor representatividade ou conhecimento sobre o fenômeno estudado (BOWEN, 2008).

A coleta de dados foi realizada no período entre junho e novembro de 2016, de acordo com o cronograma do projeto.

Os entrevistados foram questionados, após a coleta, sobre validar os dados gravados após a realização da transcrição. Porém nenhum dos participantes manifestou o desejo de um encontro para validação. Atribui-se essa decisão ao fato da profundidade das entrevistas ter suscitado memórias que os participantes não gostariam de vivenciar novamente. Vale salientar, que ao final de cada encontro, um *feedback* acerca das informações gravadas foi realizado, de acordo com as necessidades observadas pela pesquisadora.

Para fins de validação dos dados, foram submetidos à apreciação por um grupo de pesquisadores e pós-graduandos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (GEPEMEN).

## 4.4 Aspectos éticos

Considerando os aspectos éticos de Brasil (2013) por meio da resolução 466/12 que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo serviço para sua realização, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP sendo aprovado com o protocolo CAAE: 53782716.3.0000.5393, Anexo B, foram respeitados os referenciais da bioética como autonomia, não maleficência, justiça e equidade. Todos os sujeitos da pesquisa tiveram garantia de receber esclarecimentos quanto ao objetivo do estudo e procedimentos a serem realizados antes, durante e após a pesquisa. Após os devidos esclarecimentos, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia deste termo também assinada pelos pesquisadores responsáveis. A participação na pesquisa foi voluntária e todos os direitos quanto ao sigilo, confidencialidade, livre arbítrio e segurança foram garantidos aos participantes do estudo. A coleta de dados apenas ocorreu após a explicação detalhada do trabalho ao participante e sua assinatura do TCLE.

O grupo de participantes teve como benefício principal um espaço a mais para escuta terapêutica. Como risco foi considerado a possibilidade de surgimento de sentimentos negativos durante a entrevista os quais poderiam ser prontamente acolhidos pela entrevistadora e nos casos em que fosse necessário, o encaminhamento dentro do próprio serviço especializado seria realizado. Porém, não houve a necessidade de acolhimento para além do individual com a entrevistadora.

Vale ressaltar, que por se tratar de uma temática complexa cujo aparecimento de sensações desagradáveis é inerente, ao final de cada entrevista, houve um *feedback* para o entrevistado, realizado pela própria pesquisadora e enfermeira em Saúde Mental. Para fins desde estudo, a partir do momento em que aconteceu a

intervenção terapêutica, durante a entrevista, os dados seguintes foram transcritos, porém retirados do estudo, a fim de evitar vieses nos achados.

A intervenção terapêutica fez-se necessária, pois devido à natureza da temática, seguindo os pressupostos da Resolução 466/12, deve-se respeitar o princípio ético norteador de não-maleficência (BRASIL, 2013). Portanto, a intervenção deu-se ao final de cada entrevista, não interferindo no conteúdo dos achados, para fins desse estudo.

## 4.5 Instrumentos

Foi aplicado um breve questionário de identificação sociodemográfica elaborado pelas pesquisadoras para caracterização da amostra, utilizando-se variáveis apontadas na literatura que permitem a realização de comparações na fase de análise de dados. Foram consideradas as seguintes variáveis: Sexo (serão considerados os indivíduos de ambos os sexos); idade (expressa em anos completos); estado civil (classificado em casado ou amasiado, separado e/ou divorciado; viúvo e solteiro); religião (católica, evangélica, espírita, agnóstico, outras); profissão (a declarar); renda familiar (valor expresso em reais); diagnóstico médico (conforme CID em prontuário); numero de internações psiquiátricas; fuma (sim ou não); uso de álcool (sim ou não); medicações em uso (a declarar vide consulta no prontuário); dentre outras informações.

Em seguida o CTQ, somente para assegurar o critério de inclusão, desenvolvido por Bernstein et al. (1994) e constitui-se de um questionário de 70 itens autoaplicável. Esse instrumento analisa cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional, possuindo uma escala controle de minimização/ negação das respostas. Posteriormente, uma versão de 28 itens (versão breve) foi validada mantendo as mesmas propriedades da versão original, porém com mais brevidade na aplicação (BERNTEIN; FINK, 1998). Essa versão foi traduzida, adaptada e validada em português (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

A pontuação da escala é realizada pela somatória de pontos referentes a cada assertiva de cada dimensão, totalizando cinco escores. A classificação de presença de Estresse Precoce na Infância é realizada pelos escores nas

classificações de moderado-severo ou severo-extremo, de acordo com os pontos de corte sugeridos por Bernstein et al. (2003):

Quadro 2 - Classificação dos subtipos e Estresse Precoce de acordo com a gravidade

| Subtipos | Classificação | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Não à mínimo | Leve à Moderado | Moderado à Severo | Severo à Extremo |
| Abuso Emocional | 5 – 8 | 9 – 12 | 13 - 15 | ≥ 16 |
| Abuso Físico | 5 – 7 | 8 – 9 | 10 - 12 | ≥ 13 |
| Abuso Sexual | 5 | 6 – 7 | 8 - 12 | ≥ 13 |
| Negligência Emocional | 5 – 9 | 10 – 14 | 15 - 17 | ≥ 18 |
| Negligência Física | 5 – 7 | 8 – 9 | 10 - 12 | ≥ 13 |

Fonte: Adaptado de Bernstein et al. (2003)

Posteriormente foi utilizada a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. As informações coletadas nas entrevistas serviram de base para análise e compreensão do estudo. A entrevista semiestruturada, segundo Lakatos (1999) é composta por uma sequencia de perguntas abertas e fechadas respondidas pelos próprios sujeitos. Tais questões possuem caráter norteador de forma a permitir ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática proposta.

A pergunta norteadora da entrevista foi modificada, no decorrer do período de coleta, conforme os pressupostos da TFD. Afim de melhor obtenção de dados para análise, A assertiva "*Comece contando-me quem é você...*" do trecho "*Hoje iremos conversar sobre você e como você chegou até aqui. Você pode levar o tempo que for preciso para isso. Comece contando-me o quem é você...*" foi modificada por " *Comece contando-me sobre Sr(a).(nome do entrevistado) durante a infância. Quem foi (nome do entrevistado) na infância?*". Posteriormente, a pergunta foi modificada para: "*Qual a sua primeira lembrança de quando era criança?*".

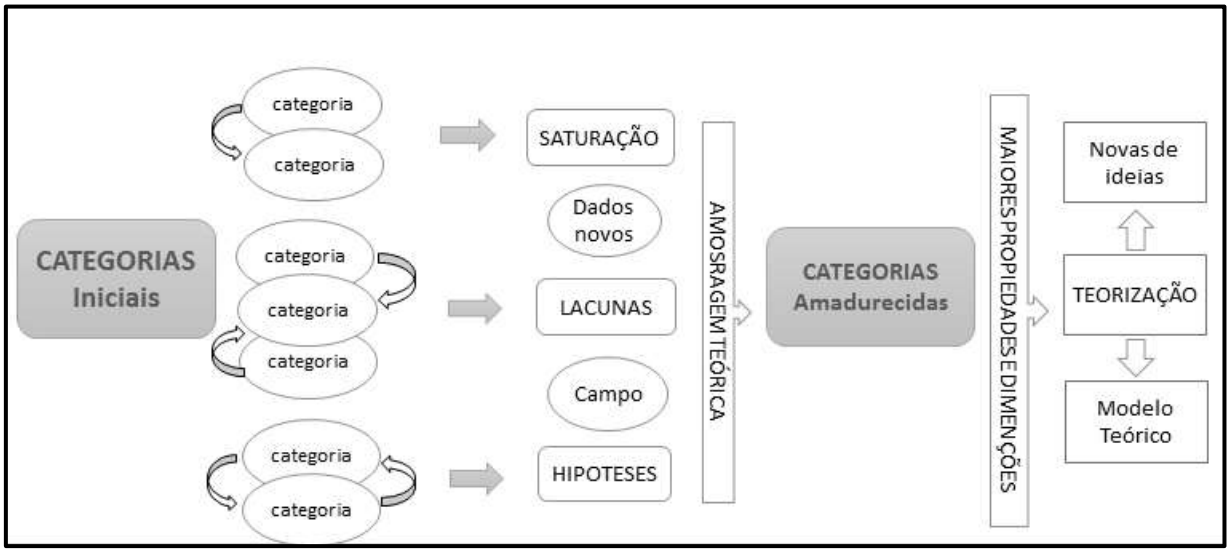
No decorrer das entrevistas, foram incluídas perguntas sobre os tópicos norteadores: experiências na infância e depressão, contribuindo para compreensão do funcionamento do participante diante das experiências relatadas, enfocando diferenças de comportamento, tomada de decisões e perspectivas para o futuro.

## 4.6 Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi baseada na Teoria Fundamentada dos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008). Considerando que a premissa de base do método é a comparação concomitante, a coleta e análise ocorrem paralelamente. Foram utilizados memorandos e diagramas para análise e registro dos dados, assim como ocorreu a codificação dos dados em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva para construção de um modelo teórico conforme os pressupostos da TFD.

Na codificação aberta é a codificação inicial, realizada palavra por palavra, linha a linha e tem o objetivo de orientar o pesquisador quanto ao ajuste e a relevância. A codificação axial objetiva a verificação das propriedades e as dimensões de uma categoria, através da classificação, sintetização e organização dos dados para posterior reagrupamento. Já a codificação seletiva é o processo de integrar e refinar o modelo teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Figura 1 - Análise de dados conforme TFD




Fonte: Adaptado de Strauss e Corbin (2008)

Durante o processo de análise foram utilizados mecanismos e técnicas para codificação. São realizadas perguntas sensíveis que sintonizam o pesquisador como “o que está acontecendo aqui?”. Perguntas de natureza estrutural que garantem a direcionamento da amostragem como “Quais são as quebras na lógica?”. Perguntas

teóricas que auxiliam a ver o processo na totalidade como “Qual a relação de um conceito com o outro?”. E perguntas orientadoras que podem ser modificadas no decorrer das entrevistas, guiando o pesquisador até a formação da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

# *RESULTADOS*

*“E preciso que a verdade afete o sujeito e não que o sujeito se torne objeto de um discurso verdadeiro”.*

*(Foucault)*

# 5 RESULTADOS

De acordo com os objetivos da pesquisa, segue os resultados alcançados do presente estudo.

## 5.1 Caracterizando os participantes desse estudo

Para preservar o anonimato dos participantes desse estudo, os entrevistados foram identificados através de um número sequencial, de acordo com a ordem das entrevistas, ou seja, "*Participante 01"* a *"Participante 12"*. Esta será a forma como serão identificados nos trechos das entrevistas. A caracterização é advinda do questionário sociodemográfico aplicado antes da entrevista.

Para complementação da caracterização, segue o resultado da aplicação do instrumento CTQ, utilizado para assegurar o critério de inclusão utilizado nesse estudo.

### 5.1.1 Participante 01

Participante 01 é do sexo masculino, 36 anos, divorciado e agnóstico. Reside, atualmente, em casa própria com um dos seus dois filhos. O filho caçula mora com a mãe, com a qual mantém contato pessoal e via telefone para tratar de assuntos relativos ao filho caçula. O mais velho serve ao quartel e costuma retornar para casa nos períodos de folga. Participante 01 tinha como ocupação o trabalho na construção civil (pedreiro), antes de se aposentar devido ao quadro de saúde. Hoje recebe benefício do governo e faz tratamento de semi-internação no CAPS 03, participando de grupos terapêuticos, oficina de artesanato e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Ficou internado em serviço especializado em saúde mental duas vezes. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Sertralina, Amitriptilina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas atualmente.. Relata tabagismo, cerca de 4 cigarros por dia e não sabe informar, ao certo, a quanto tempo fuma ("*muito tempo*" SIC).

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional, Negligência Emocional e Negligência Física. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Abuso Físico.

### 5.1.2 Participante 02

Participante 02 é do sexo feminino, 55 anos, divorciada e católica praticante. Reside, atualmente, em casa na casa de sua mãe. É mãe de dois filhos com os quais possui relacionamento via telefone. Participante 02 tinha como ocupação o trabalho na reciclagem como coletadora de lixo. Hoje, espera resposta acerca de pedido de benefício. Faz tratamento no CAPS 03, participando de grupo terapêutico semanal e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi "*não tava se sentindo bem*" SIC. Ficou internada em serviço especializado em saúde mental cinco vezes. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Sertralina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Nega tabagismo.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" no subtipo: Abuso Emocional. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" nos subtipos: Negligência Emocional e Negligência Física.

### 5.1.3 Participante 03

Participante 03 é do sexo feminino, 58 anos, divorciada e protestante não praticante. Reside, atualmente, na casa com a mãe com o filho mais velho. O filho caçula mora com a avó paterna, devido à falta de condições financeiras da mãe que vive a partir de doações, pois está desempregada. Filho mais velho é dependente químico. Relata que devido às alterações corporais decorrentes da depressão (emagrecimento intenso) não conseguiu mais emprego. Faz tratamento no CAPS 03, participando de grupo terapêutico e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi desânimo, alterações de sono e apetite (perdeu 18 kg em 4 meses). Ficou internada em serviço especializado em saúde mental uma vez. Possui diagnóstico médico F.32.2. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço

de saúde mental: Sertralina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo, cerca de 5 cigarros por dia a mais de 30 anos.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional e Negligência Emocional. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Abuso Sexual e Negligência Física.

### 5.1.4 Participante 04

Participante 04 é do sexo feminino, 51 anos, casada e espírita praticante. Reside, atualmente, em casa própria com o marido e dois filhos. Relata que mantém o relacionamento com o marido por conveniência. Participante 03 tinha como ocupação promotoria de vendas, antes do agravamento da depressão. Hoje recebe benefício do governo e faz tratamento no CAPS 03, participando de grupo terapêutico e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi "estresse" SIC. Nega internações psiquiátricas. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Sertralina e Levoprometazina. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Nega tabagismo recente. Relata que fumava uma carteira por dia, mas parou a 4 meses.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional, Abuso Físico e Negligência Emocional. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Negligência Física.

### 5.1.5 Participante 05

Participante 05 é do sexo feminino, 45 anos, casada e católica não praticante. Reside, atualmente, com o marido e uma neta. Teve dois filhos que estão em situação de encarceramento. Participante 05 tinha como ocupação do lar e hoje vive de doações. Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a tentativa de suicídio. Ficou internada em serviço especializado em saúde mental uma vez. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes

medicações prescritas no serviço de saúde mental: Fluoxetina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo, cerca de 2 maços por dia desde os 17 anos.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física.

### 5.1.6 Participante 06

Participante 06 é do sexo masculino, 59 anos, divorciado e cristão não praticante. Reside, atualmente, com uma das 03 filhas. Participante 06 tem como ocupação o trabalho na construção civil (mestre de obra). Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Nega internações psiquiátricas. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Nortriptilina e Clonazepan e Trazodona. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Nega tabagismo.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional e Negligência Física.

### 5.1.7 Participante 07

Participante 07 é do sexo feminino, 30 anos, casada e católica não praticante. Reside com o marido e não possui filhos. Participante 07 tinha como ocupação o trabalho em escritório de advocacia como auxiliar administrativo. Hoje é do lar e está esperando resposta de benefício. Faz tratamento de semi-internação no CAPS 03, participando de grupos terapêuticos, oficina de artesanato e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi tentativa de suicídio. Ficou internada em serviço especializado em saúde mental três vezes. Possui diagnóstico médico F.33.3. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Sertralina, Bupropiona,

Ziprazidona e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo, cerca de um maço por dia e fuma “desde pequena” SIC.

Classificou-se, na escala CTQ, como “*Severo a Extremo*” nos subtipos: Abuso Emocional e Negligência Emocional. Classificou-se como “*Moderado a Severo*” no subtipo: Negligência Física.

### 5.1.8 Participante 08

Participante 08 é do sexo feminino, 31 anos, casada e agnóstica. Reside com sua filha e esposa. Participante 08 tinha como ocupação o trabalho como operadora de caixa. Hoje relata ser do lar. Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Ficou internada em serviço especializado em saúde mental uma vez. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Venlafaxina, Clorpormazina, Prometazina e Diazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo, cerca de um maço por dia e não sabe informar, ao certo, a quanto tempo fuma.

Classificou-se, na escala CTQ, como “*Severo a Extremo*” nos subtipos: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física.

### 5.1.9 Participante 09

Participante 09 é do sexo feminino, 56 anos, casada e católica praticante. Reside, atualmente, em casa própria com o marido e 3 filhos. Teve 4 filhos e perdeu um, em acidente de carro. Participante 09 classifica-se como do lar. Faz tratamento de semi-internação no CAPS 03, participando de grupos terapêuticos, oficina de artesanato e consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Nega internações psiquiátricas. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde

mental: Fluoxetina, Prometazina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Nega tabagismo.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Físico e Abuso Sexual. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Abuso Emocional e Negligência Emocional.

### 5.1.10 Participante 10

Participante 10 é do sexo feminino, 53 anos, divorciada e católica praticante. Reside, atualmente, com familiares. Participante 10 classifica-se como do lar e auxiliar de limpeza. Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Relata duas internações psiquiátricas. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Paroxetina, Clorpromazina e Clonazepan. Nega uso ou abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo. Fuma cerca de um maço por dia e começou a fumar há 35 anos.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência Emocional. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Negligência Física.

### 5.1.11 Participante 11

Participante 11 é do sexo masculino, 52 anos, solteiro e católico não-praticante. Reside, atualmente, com familiares. Participante 11 classifica-se auxiliar de serviços gerais. Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi a depressão. Nega internações psiquiátricas. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Fluoxetina e Clonazepan. Relata uso recreacional de bebidas alcoólicas( 1x/semana). Relata tabagismo. Fuma cerca de um maço por dia e começou a fumar a mais de 30 anos.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Negligência Emocional e Negligência Física. Classificou-se como "*Moderado a Severo*" no subtipo: Abuso Físico.

### 5.1.12 Participante 12

Participante 12 é do sexo feminino, 31 anos, divorciada e agnóstica. Reside, atualmente, com familiares, mãe e avó. Participante 12 classifica-se fotógrafa e tem renda familiar em torno de $1800,00. Faz tratamento no CAPS 03, participando de consultas regulares com profissional médico.

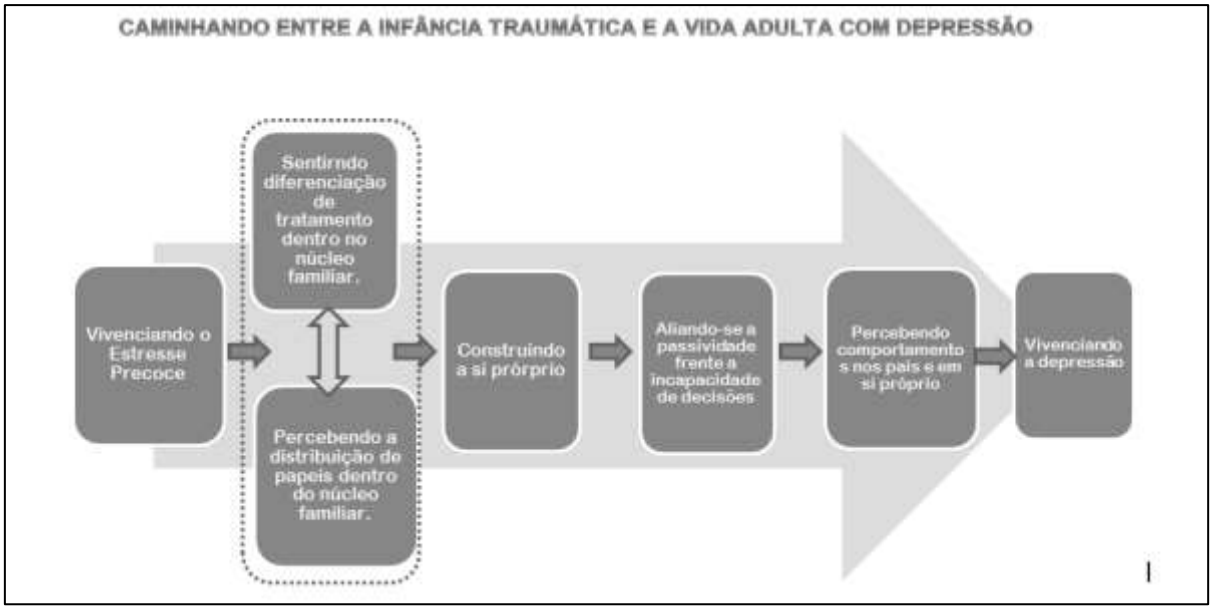
O principal motivo autorrelatado pelo qual procurou o serviço de saúde especializado foi tentativa de suicídio. Relata uma internação psiquiátrica. Possui diagnóstico médico F.33. Faz uso das seguintes medicações prescritas no serviço de saúde mental: Sertralina, Clonazepan e Haldol. Nega uso e abuso de bebidas alcoólicas. Relata tabagismo. Fuma cerca 12 cigarros por dia e começou a fumar a mais de 10 anos.

Classificou-se, na escala CTQ, como "*Severo a Extremo*" nos subtipos: Negligência Emocional e Negligência Física.

## 5.2 O Modelo Teórico: caminhando entre a Infância traumática e a vida adulta com depressão

CAMINHANDO ENTRE A INFÂNCIA TRAUMÁTICA E A VIDA ADULTA COM DEPRESSÃO representa o modelo teórico da experiência. As vivências e significados do Estresse Precoce para os portadores de depressão foram compreendidos como um processo psicossocial dinâmico, em que a forma como são enfrentadas as experiências traumáticas na infância refletem em comportamentos que influenciam a formação do ser e delimitam como ele se posiciona internamente e externamente na vida adulta. Tal posicionamento frente às adversidades foi considerado significante para o processo de adoecimento psíquico (depressão).

Figura 2 - Diagrama representativo do Modelo Teórico




Fonte: da autora

Este modelo integra sete categorias inter-articuladas que representam as percepções, sentimentos e significados presentes na experiência do indivíduo depressivo com histórico de Estresse Precoce: VIVENCIANDO O ESTRESSE PRECOCE; SENTINDO DIFERENCIAÇÃO DE TRATAMENTO DENTRO NO NÚCLEO FAMILIAR; PERCEBENDO A DISTRIBUIÇÃO DE PAPEIS DENTRO DO NÚCLEO FAMILIAR; CONSTRUINDO A SI PRÓPRIO; ALIANDO-SE À PASSIVIDADE FRENTE A INCAPACIDADE DE DECISÕES; PERCEBENDO COMPORTAMENTOS NOS PAIS E EM SI PRÓPRIO e VIVENCIANDO A DEPRESSÃO.

## 5.3 Vivenciando o Estresse Precoce

VIVENCIANDO O ESTRESSE PRECOCE é o início do processo que tem como foco o indivíduo na infância e adolescência tendo que lidar precocemente com situações geradoras de estresse, vivenciando as primeiras frustrações e medo/pesar acompanhado da experiência traumática. O indivíduo define as situações que o envolvem e as atribui sentido negativo, reagindo a elas (situações traumáticas) conforme os limitados recursos que dispunham naquele momento.

> [...] *Meu pai era viciado em droga, minha mãe me espancava. [...] Minha mãe assim... o problema era que eu fazia xixi na cama né. Antigamente os banheiros eram sempre pra fora das casas né? Aí, ela me acordava de madrugada me batendo, me levava pro banheiro, ligava o chuveiro, punha na água fria e punha eu debaixo do chuveiro, na água fria. Como eu era muito criança, eu ficava de baixo daquela água fria. Em vez de tomar banho já e sair, não. Ficava ali encolhido, tremendo. Nisso, minha vó acordava pra ir trabalhar e via eu lá debaixo da água fria".* (Participante 01).

> [...] *"Era briga direto. Era quase todo dia. A briga era direto. E às vezes a gente deitava pra dormir de noite e de noite começava de novo, de madrugada. Quantas vezes eu acordava assustada. Aí, eu ficava chorando. Porque você é criança, você tem medo de acontecer as coisas. Vai matar né?! Vai bater, vai?! Machucar?!... fica com medo! [...] Ela (mãe) largava eu sozinha com meus irmãos e saía. Chegava de tarde um pouco antes do meu pai. É aonde eu falo que se meus irmãos reclamavam alguma coisa pra ela eu apanhava de vara. E eu não podia contar pro meu pai que ela saiu. Então, eu tinha que olhar meus irmãos e não podia contar pro meu pai que ela tinha saído".* (Participante 03)

Os relatos das vivências na infância caminham atrelados a um sentimento de insatisfação e medo. Porém, não foram percebidas tentativas de resolução exitosas pelo temor de que o abusador se voltasse contra o próprio indivíduo ou contra pessoas amadas próximas.

> [...] *"era ruim porque ela (mãe) arrumou um rapaz e levava esse rapaz pra dentro de casa e eu era pequena também e tinha meus outros dois irmãos também... meus três irmãos [...] e a gente não gostava"* (Participante 07).

> [...] *Minha mãe saía pra trabalhar. Eu era estuprada pelo meu padrasto (chora), dos oito anos até os dez anos. Levantava cedo, tinha que trabalhar na roça. Era água de mina, tinha que buscar água na mina. Eu lavava roupa na mina. E fora que ele bebia demais, ele chegava do nada, ele arrancava a gente da cama, ele batia. E isso foi até os meus dez anos, até uma tia minha vir de São Paulo. Ela me viu muito triste pelos cantos chorando e perguntou pra mim o quê que estava acontecendo (segue chorando). Mas, meu padrasto não podia saber o que eu tava falando, nem a minha mãe porque ele falava de me matar, de matar a minha mãe, meus irmãos*". (Participante 05).

> [...] *"Foi ruim de ver meu pai brigar com a minha mãe, meu pai bêbado, meu pai acordar de madrugada e fazer escândalo. Isso foi ruim! Isso eu não esqueço! [...] E meu pai sempre falava que ele queria homem. Que ele nunca queria mulher. E ele teve quatro filhas e dois homens. E aí os dois homens que ele teve não valeram as quatro mulher que nasceram. [...] Porque uma irmã eu já perdi. Fez doze anos dia quatro de julho e eu perdi ele porque ele teve HIV. Eu perdi! Um eu odeio ele! Porque ele é vagabundo. Ele tem*

> *sessenta e cinco anos só que ele mexe com droga, trafica, faz mal pros outros, me bateu. Quando eu estive internada aqui, ele me bateu."* (Participante 04).

Percebe-se também que o abusador nem sempre tem laços consanguíneos, mas existe proximidade suficiente ao núcleo familiar para estar em contato com o indivíduo.

> [...] *"Meu vô tinha um amigo que ia junto [...] e esse amigo do meu vô era amigo de boteco. [...] a gente chegava no rancho e a minha avó mandava a gente ir buscar uma fruta, uma coisa assim na região ali e me obrigava a ir com ele e aí ele ficava se masturbando na minha frente, segurava na mão e fazia eu olhar. [...]. Aí quando a gente ia dormir era um cômodo só, então aqui tinha uma cama de casal, tinha um guarda-roupa, aqui tinha outra cama de casal e aqui tinha a minha de solteiro. Então ele ficava ali, minha avó e meu vô aqui e quem tava aqui, quem tava de um lado num via do outro por causa do guarda roupa. Aí ele ficava, ele tirava a roupa e ficava me chamando. Ele chegou a jogar a cueca na minha cara. Eu devia ter seis anos".* (Participante 08)

O contexto em que se desenvolve o Estresse Precoce pode ser considerado relevante na forma como o indivíduo lida com suas próprias experiências. Pois à medida que o tipo de interações torna-se adverso, com presença de agressões verbais, agressões físicas, negligência física e emocional, o indivíduo vai incorporando padrões comportamentais com significação negativa. E o significado que o mesmo atribui a essas experiências afeta diretamente na forma como ele interage consigo mesmo e com o mundo.

Na amostra investigada pode-se perceber que as experiências traumáticas estão sempre associadas a sentimentos como: raiva, medo, insegurança e sofrimento.

As duas próximas categorias desvelam percepções que ocorrem de forma simultânea no processo do indivíduo. Elas não seguem uma ordem cronológica no processo, por isso aparecem concomitantemente - em meio às experiências traumáticas na infância e adolescência. São elas: SENTINDO DIFERENCIAÇÃO DE TRATAMENTO DENTRO NO NÚCLEO FAMILIAR e PERCEBENDO A DISTRIBUIÇÃO DE PAPEIS DENTRO DO NÚCLEO FAMILIAR

## 5.4 Sentindo diferenciação de tratamento dentro no núcleo familiar

SENTINDO DIFERENCIAÇÃO DE TRATAMENTO NO NÚCLEO FAMILIAR é uma das categorias que dão continuidade ao processo. O foco apresenta-se na identificação de uma inadequação de tratamento por parte dos pais nas relações familiares. Nessa subcategoria, o indivíduo percebe que o tratamento ofertado a ele não é semelhante ao tratamento direcionado aos outros membros.

> [...] "*E a minha mãe foi pra São Paulo, mas ela foi pra São Paulo e esqueceu de mim, entendeu? Como a M. I (irmã gêmea). é a mais bonitinha [...] toda vez, qualquer problema [...] a M. I. ia junto. Ela morou e ficou junto (com a mãe) por lá. E eu e o L. (irmão) ficamos pra trás [...] Eu sempre fui a depois".* (Participante 02)

Tal percepção é vista com nitidez e recebe julgamento negativo por parte do indivíduo. Essa inadequação vem atrelada a sentimentos de tristeza e incompreensão. O indivíduo sente-se menos valorizado pelas figuras padrões de quem espera afeto, cuidados e orientação.

> [...] "*porque não tinha estrutura familiar, não tinha quem me direcionava, né? [...] quando eu era criança minha mãe me batia demais, principalmente em mim que eu não entendo o porquê*". (Participante 01)

> [...] *"Ela (mãe) trouxe boneca, na época era bonita sabe?! Aquelas boneconas bem grande. Quer dizer, nós éramos três filhos. Porque que pra M. A. ela trouxe boneca? Porque que ela não podia falar pra quem estava dando a boneca: 'não, eu não posso chegar lá com uma boneca só porque a outra está lá'. E eu e o meu irmão não ganhamos nada. E nós (entrevistada e irmão) sempre quando a gente conversava, quando ele era vivo, a gente sempre falava: 'nós sempre foi patinho feio [...] E nós fomos acostumados assim. A minha mãe podia ter falado também: 'não, vocês não vão levar esse brinquedo porque não têm pra dar pros outros dois' [...] e aí foi assim a infância, você entendeu? Aí meu irmão logo também parou de estudar porque ele tinha que cuida lá, cuidar dos porcos, lavar chiqueiro, coisas assim. E eu ajudar a limpar a casa por que a M. I. não podia, sabe? Mas, aquele negócio não foi investindo'.*" (Participante 02).

> [...] *"Aí ela, eu sei que ela era dez anos mais velha que o cara. Um mês conversando com o cara ela colocou o cara pra morar dentro de casa. Eu tinha quatorze ano já. Aí ela tinha ciúme doentio, dele, doentio, ciúmes assim... Que ela achava que eu queria o marido dela. É [...] o problema era eu. A vida inteira o problema fui eu. E aí eu vi meu irmão guardar droga, eu vi*

*meu irmão guardar arma eu vi meu irmão fazer essas coisas tudo. Até um dia que ele me deu um chute no braço e eu tive que ir pro hospital, deu luxação só, mas eu não podia entrar em casa porque ele queria me bater. E aí, eu fui sem uniforme, sem material pra ir pra escola e a escola pegou e chamou o conselho tutelar. Minha mãe foi chamada no conselho tutelar, na época eu tinha dezessete anos. Saíram minha mãe e um irmão abraçados e eu saí sozinha, como se eu tivesse sido a culpada".* (Participante 08)

[...] *"Quando eu era solteira eu não lembro nunca de eu ter entrado numa loja e comprar uma roupa pra mim. Nós trabalhava, mas quem comprava era a minha mãe do gosto dela, 'se gostasse bem, se não gostasse, amém'. E já a minha irmã, não. Falava assim: "ai vou lá na Ciça pra comprar um short". Ela ia lá e comprava do mais caro que tinha e minha mãe ficava quieta. Era assim*". (Participante 10)

[...] *"Até hoje a minha mãe fala assim: 'ai minha filha, ela (a irmã) é maravilhosa. Você tinha que ser igual ela". Eu falei: "então, quando a senhora ficou internada treze noites e doze dias, quem ficou sentada numa cadeira dura ao lado da senhora as treze noites e os doze dias fui eu*". (Participante 03)

[...] *"Minha madrasta não gostava também de eu ter ido morar junto com ele (pai) também. Mas, ela teve que aceitar porque meu pai que queria [...] Ela colocava eu de joelho no chão pra meu lavar o chão com bombril e fazia isso com a filha dela também, mas, ela não fazia tanto com as filhas dela, ela fazia isso mais comigo. Quando não ela me olhava meia de cara feia de vez em quando e eu ajudando ela, ajudando, ajudando. Bem dizer assim né: ela me fazia de empregada. 'Vou deixar minhas filhas sossegadas e vou fazer ela de empregada'". Então por isso que eu não gostava dela, por isso que eu não gostei dela, do jeito dela. Descobri que ela não gostou também de mim*". (Participante 07)

Diante da incompreensão ao perceber-se com o tratamento diferenciado por parte dos pais, percebeu-se tentativas de justificativas para tal diferenciação.

[...] *"Eu na verdade num entendo porque eu... eu fui sempre o mais maltratado. Todos moraram com ela (avó), menos eu. Eu nunca morei com ela não. Minha vó não falava o porquê. Não sei se porque meu irmão já era viciado, ela procurou sempre ajudar o mais fraco, né".* (Participante 01)

A inadequação no tratamento parental aparece não só quando o indivíduo percebe-se recebendo menos atenção e afeto. O contrário também é verdadeiro. O indivíduo pode perceber essa inadequação mesmo quando a atenção está sendo voltada para o mesmo. E, ainda assim, aparece como componente negativo. Ou

seja, não é a quantificação da atenção e do afeto que se apresentam como aspectos negativos e sim a má distribuição entre os membros do núcleo familiar.

> [...] "*Ela sempre fala que minha mãe, que quando ela era pequena minha mãe dava mais atenção pra mim. Mas eu era mais nova. Igual eu falei: "não pedi pra nascer". Ela fala que minha mãe sempre me protegeu porque eu saí de casa, eu fui morar sozinha (na adolescência)".* (Participante 04)

O tratamento diferenciado por parte dos pais/cuidadores é colocado num contexto geral de significações marcado tanto por um cuidado deficitário assim como um cuidado excessivo. A percepção da dissonância entre tratamentos dentro dos membros da família é percebida como desvalorização por parte do sujeito. Essa desvalorização pode levar a um sentimento de menos valia culminando em alterações na autoestima do indivíduo.

Nesse sentido, pode-se observar, a luz do Interacionismo Simbólico, que a interpretação que o sujeito faz dessa autointeração leva a uma significação da situação experienciada, em que os valores individuais afetam no significado que os objetos sociais têm para a pessoa, ou seja, ao se colocar no lugar do outro, que vivencia o mesmo contexto com distribuição inadequada de carinho, atenção ou cuidado, faz dele, dentro de um processo interpretativo, um ser menos digno de tais demandas.

## 5.5 Percebendo a distribuição de papeis dentro do núcleo familiar

PERCEBENDO A DISTRIBUIÇÃO DE PAPEIS DENTRO DO NÚCLEO FAMILIAR é a segunda categoria que dá continuidade ao processo. Ocorre concomitantemente a SENTINDO DIFERENCIAÇÃO DE TRATAMENTO NO NÚCLEO FAMILIAR. O foco desta apresenta-se na identificação de papeis dentro do núcleo familiar. Desde cedo, os papeis desempenhados pelos sujeitos em relação à família são percebidos como uma carga extra de estresse e responsabilidades que superam o papel filial dentro do contexto familiar.

> [...] *"E foi assim, um período turbulento porque era tudo pequeno (os irmãos), entendeu? E tinha muita coisa pra fazer. Coisa de casa. Então, foi coisa assim de infância mesmo, não sei te falar [...] a gente foi crescendo [...] não tinha agarração, não tinha isso".* (Participante 02)

> [...] "*Eu comecei ter responsabilidade desde pequena. Então não tinha muito tempo pras coisas, pra brincar, nada. E eu ia na escola. Chegava da escola e ia ajudar em alguma coisa. Eu gostava muito de estudar. A primeira coisa que eu fazia era a minha lição da escola. Daí, eu terminava a lição, tinha que olhar minha irmã. E daí depois foi vindo meus irmãos. A minha mãe sempre teve um atrás do outro, né? Então aí, foi vindo os outros irmãos. Eu sei que quando eu estava com sete anos, eu estava na escola, no grupo, no primeiro ano da escola. Tinha reunião de escola, eu mesma resolvia a reunião da minha classe e ainda ia lá na professora do meu irmão que era repetente. Porque minha mãe num ia na reunião. Ninguém ia, né?! Então, eu que resolvia tudo".* (Participante 03)

O sujeito viu-se realizando cuidados em relação aos irmãos, resolvendo conflitos intrafamiliares e tentando solucionar questões gerenciais referentes à manutenção do lar, expressando demandas que iam além de suas capacidades.

> [...] *"E toda a vez que tinha que levar no pediatra era eu. Tanto é que o pediatra chegou a falar: 'ah, a mãezinha que trouxe o nenê'. Começou a me chamar de mãezinha. E esse meu irmão foi ficando tão apegado comigo, que era eu que fazia tudo, eu dava banho nele, trocava, eu dava mamadeira, eu fazia tudo. Eu cuidava dele. A primeira pessoa que ele chamou de mãe fui eu. Ele num chamou a minha mãe de mãe, chamou eu de mãe. De noite ele acordava assustado chorando, ele pulava do berço e ia pra minha cama. Em vez de ele ir pra cama da minha mãe, ele ia pra minha"* (Participante 03).

> [...] "*Então, aí meus irmãos estavam brincando ali no alpendre dela (vizinha) e eu conversando com ela na sala dela. Aí, meu pai chegou apavorado. Entrou que nem um doido e falou pra mim: 'eu vou matar tua mãe agora. Vou em casa, vou buscar uma faca e vou matar a tua mãe'. Aí, essa mulher o nome dela é T (vizinha). Ela levantou e falou: 'porque que o senhor vai fazer isso? Calma! Senta aqui'. Ele: 'Não quero sentar!'. 'O quê que aconteceu pai?'. Ele falou assim: 'eu peguei sua mãe com um homem num carro agora ali dentro de um fusca. Eu vou matar os dois!'. Eu falei: 'Imagina, o senhor pensa que é e [...]'. Ele falou: 'não, eu não penso, eu peguei, eu vi. Eu conversei com eles ainda', ele falou. 'Eu cheguei, os dois dentro do fusca. Eu cheguei e soquei a cara dentro do carro. E eu falei pra eles: eu vou em casa buscar uma faca. Vou buscar uma faca pra matar vocês'. [...] Aí eu fingi um desmaio. Apesar de ela, de tudo os maus tratos que ela fazia comigo (começa a chorar), eu não queria que ele matasse ela. Aí eu fingi que eu desmaiei. Aí o que ele fez? Ele (pai) foi me socorrer".* (Participante 03)

Essa absorção de outros papeis dentro do contexto familiar é acompanhada de sentimentos de frustração relacionados à percepção de que numa infância padrão, a distribuição de papeis seria diferente. O que seja uma sensação de que o indivíduo não teve ou não aproveitou o período da infância.

> [...] "*É [...] como você perguntou de criança, criança eu acho que nunca fui. Sofro desde criança, choro desde criança, sou manipulada desde criança*". (Participante 05)

> [...] "*Eu gostava de brincar, mas quase não tinha tempo, eu tinha irmãos menores que eu. Então eu não podia sair pra brincar, eu tinha que cuidar deles, tinha que ajudar a olhar. Eu lembro que com quatro anos de idade eu tinha que sentar e ficar com a minha irmã [...]. Sentar a minha irmã no meu colo, eu cuidando dela. Eu tinha que cuidar da minha irmã e cuidar direito. Se não cuidasse, ai de mim, se eu não cuidasse direito! Ela me batia. Aí, eu tinha que cuidar direitinho".* (Participante 03).

Percebeu-se uma tentativa de justificar essa distribuição de papeis pautada na baixa situação socioeconômica familiar.

> [...] "*Porque minha mãe tinha muita coisa pra fazer, uns serviços que tinha pra fazer, né?".* (Participante 03)

> [...] "*A minha mãe era uma pessoa boa pra mim. A minha mãe só não entendia muito as coisas mas [...] Porque antigamente não é igual hoje que tem uma relação mais aberta. Antigamente era diferente, né?! A gente tinha que fazer. A gente tinha que comer". (*Participante 04)

> [...] "*Até antes dos dez anos já trabalhava. Inclusive eu saí da escola, eu saí da escola pra trabalhar, pra trabalhar na roça. Na roça, trabalho forçado. E eu gostava tanto de estudar, a professora gostava tanto de mim. Nossa, mas eu era um excelente aluno, principalmente matemática, essas coisas. E quando foi pra eu sair, nossa! Eles ficaram chateados demais (professores). 'Não faz isso. Não faz! Continua. Dê um jeito.' Mas, eu falava: 'eu tenho que trabalhar, não tem outra alternativa'. Morava na roça, lá no meio do mato".* (Participante 06)

> [...] "*Tive que largar a escola muito cedo pra ajudar a família, né?! Ajudar meus pais na roça, também engraxava sapato, já engraxei sapato na praça quinze, onde era a praça quinze antigamente. Na praça quinze, você conhece né? Já engraxei muito tempo sapato ali, quando eu era moleque*". (Participante 11)

As falas demonstram um sentimento de privação do sujeito em relação à infância. A infância é percebida algo que não foi devidamente aproveitado devido às exigências parentais durante o período. Esse sentimento de privação envolve não só questões inerentes à infância como participação em brincadeiras, envolvimento em

grupo de amigos, como também manifestaram um desejo de ter continuado o processo de aprendizagem no ambiente escolar.

### 5.6 Construindo a si próprio

CONSTRUINDO A SI PRÓPRIO dá seguimento ao processo de caminhar apesar dos acontecimentos vivenciados na infância. O foco apresenta-se na forma como o indivíduo se vê a partir das interações sociais experienciadas. Essa categoria permitiu a observação de como o *self* é construído e a importância da interação com os outros no intercâmbio de significados e a relação com o mundo a partir da construção de si próprio.

> [...] *"Assim de maus exemplos familiares. Pessoa bêbada, brigando. Isso era normal do dia a dia da gente. A gente que quando começou a pegar certa idade, que queria as coisas né assim [...] Os amigos tinha um bom tênis, a gente não tinha. Aí a gente sempre partiu pro lado mais fácil né, porque nunca tinha ninguém pra direcionar, aí acaba se envolvendo com droga, venda de droga, roubo, essas coisas [...] Então assim, são coisas que acontecem na vida da gente que... que eu acredito que hoje ainda, mesmo eu falando que não quero ligar 'isso a isso' (referindo-se o passado e ao presente), que agora eu tenho que fazer a minha parte com os meus. Mas mesmo assim que [...] isso ainda mexe, porque eu não gosto de conversar sobre isso com ninguém".* (Participante 01)

A construção de si proporciona o direcionamento e o controle da vida. A forma como se dá essa construção é vista como determinante para ação e reação, construção e reconstrução de significados ao longo da vida.

> [...] "*Aí depois nós foi crescendo, veio a adolescência e eu fui vendo a diferença. A diferença é [...] A coisa foi indo. Então eu acho que o bloqueio veio já lá do tempo da escola".* (Participante 02)

> [...] "*Então era assim: ela (mãe) me ameaçava muito quando eu era criança. Eu tinha medo dela. Um pavor. Fazia tudo certinho! Então ela sempre me explorou. Ela sempre me manipulou. Quando ela tentou manipular minha irmã, minha irmã caiu fora. E minha irmã já falou pra mim que preferia morar debaixo da ponte a morar com a mãe [...] Não mudou nada. Então, eu tenho vontade de ir embora, tenho vontade de sumir, tenho vontade de sair de lá. Às vezes eu falo assim, 'engraçado: eu tô com depressão e essa depressão tem nome e sobrenome'. Porque chega esses problemas todos que eu tenho: eu enfrentei filho com droga, enfrentei sofrimento do marido de quem eu apanhei*

> *durante anos e anos, eu tive que ficar escondida em uma casa abrigo fora de Ribeirão pela delegacia da mulher que me tirou daqui. Fui ameaçada de morte. E eu vivia cheia de hematoma. Então, minha vida foi só sofrimento, desde criança. E continuo sofrendo até hoje com a minha mãe e com o meu irmão porque quando ele bebe, dá trabalho. Então, eu nunca tive vida, eu falo que eu vivo a vida dos outros. Eu quero ter a minha, mas eu tenho medo de ser eu mesma, de ir lá e falar: 'eu vou embora!'. (*Participante 03)

> [...] *"Mas mesmo assim, eu sou o tipo de pessoa assim, eu guardo mágoa. Eu guardo muita mágoa. Então o quê que acontece, eu acho que eu sofro por isso. Porque eu não sou aquela pessoa que... os meus filhos nenhum puxou pra mim. Eles dão cada briga entre eles de pegar fogo. Só que eles brigam hoje e amanhã estão conversando tudo normal. E eu não, eu já sou do tipo que você me magoou? Magoou! É difícil até eu voltar a conversar com você...ixe! Eu guardo muito mágoa. Eu acho ruim eu ser assim, eu cresci assim, eu não queria ser assim, mas, infelizmente, eu sou assim"* (Participante 10).

O indivíduo percebe o Estresse Precoce como negativo no processo de construção de si mesmo, como algo que lhe provocou mudanças intensas e remete a situação vivenciada na infância à sensação de que algo intenso passou em sua vida provocando a desorganização do modo de funcionamento de sua vida. Os significados dos participantes vão sendo construídos em torno de sérios problemas de relacionamento dentro do ambiente familiar, cujas consequências constituem a vida cotidiana dos participantes quando crianças.

Percebeu-se que a percepção dos participantes sobre as experiências na infância foi sendo reforçada a cada vivencia, causando prejuízos na formação de laços afetivos com os próprios membros do núcleo familiar.

## 5.7 Aliando-se a passividade frente à incapacidade de decisões

ALIANDO-SE A PASSIVIDADE FRENTE À INCAPACIDADE DE DECISÕES é a categoria subsequente cujo foco apresenta-se na forma como o indivíduo lida com as decisões da vida, assumindo uma postura passiva frente à tomada de decisões. Essa categoria permitiu a observação de como o sujeito vê-se limitado, passivo diante dos eventos de vida. Percebe-se que há uma desesperança na forma de conduzir a vida. Como se os recursos utilizados na infância, aqueles mais instintivos, fossem os únicos recursos disponíveis para o enfrentamento na vida adulta.

[...] *"Teve esse momento que eu assim, eu comecei querer ter algum planejamento de vida. Mas foi só uma ilusão que eu acredito que daqui a pouco vai passar já também. [...] E fui levando a vida conforme dava. Na vida, nunca tive escolha. Escolha na vida nunca tive. Sempre as coisas foram tomadas por necessidade e isso me deixava muito triste e hoje eu penso assim de retomar, obter escolhas na vida...mas não dá [...]".* (Participante 01)

[...] *"Então eu nunca fui aquela pessoa assim... 'Ah, hoje é carnaval eu vou'. Eu não sei se era medo ou outra coisa! Eu lembro que eu fui no carnaval, uma vez, com meu pai, a minha mãe foi, nós quatro. [...] Eu cheguei e sentei. Sentada eu fiquei. Na hora que acabou eu fui embora".* (Participante 02)

[...] *"como é que eu posso te falar assim [...] ver a vida de outra forma? Sem muito brilho, sabe* [...]". (Participante 01)

[...] "*Ah, mas quando ela (mãe) chegava (na casa da entrevistada), ela ia refazer tudo o que eu já tinha feito. Aí, o que eu decidi: 'ah, vou fazer pra ela (mãe) chegar aqui e fazer de novo!? E assim foi, então, hoje eu não me sinto aquela pessoa assim: 'ah, eu tenho que tirar aquela teia de aranha lá porque não sei o quê'. Ah* tá lá, deixa lá assim. [...] *mas você vê uma coisa que acha que você vai conseguir mudar, mas...você não consegue mudar".* (Participante 02).

[...] *"Nem os nomes dos meus filhos fui eu que escolhi. Foram as minhas irmãs. Por que o Carlos Eduardo* eu não queria que chamasse Carlos*, eu queria que ele chamasse Ricardo*. E elas: 'não, ele vai ser Cadu* porque Carlos* do pai, Eduardo* do vô e não sei o quê... pá, pá, pá, pá, pá, pá'... Aí acabou. [...] Aí fiquei grávida do segundo. Se fosse menina ela (a irmã gêmea) queria que chamasse Bruna*. A M. A. já queria que chamassea Ana Maria*. Ai eu falei: 'bom, já que tá nessa briga de nome aí, vamos ver, né?! Deus é que sabe'. Eu não fui aquela mãe que falava assim: 'não, o nome que eu quero é esse!' Tudo eu aceitei! [...] É foi igual a separação. Eu queria me separar. Aí, chegou lá na porta a mulher e falou assim: 'você é uma égua'. Daí eu fiquei olhando pra ela. Falei: 'meu Deus!' Nisso ele tava bêbado, deitado no quintal. Aí eu fui lá e falei assim: 'J., levanta porque tem um mulher aí que falou que veio te buscar'. Olha só como que as coisas são: jamais eu ia pensar que ele ia me trocar pela outra mulher, que era mulher da vida".* (Participante 02).
<u>*nomes trocados para manter critérios éticos.</u>

Percebeu-se que, como desde a infância onde qualquer possibilidade de mudança não era exitosa, aprendem a não tentar novas estratégias. Apresentam certa passividade, pois, acreditam não possuir recursos internos e externos para qualquer tipo de mudança. Apresentam postura negativista quando são confrontados com opções de mudança ou decisões importantes.

O indivíduo vê-se sem o controle do seu próprio funcionamento. Decisões cotidianas, independente do nível de complexidade, são vistas por uma ótica externa. Como se o indivíduo não participasse do processo decisório. Observa-se uma tendência ao descrédito quanto à possibilidade de alteração de funcionamento interno. Os participantes aparentam ter estabelecido o sentimento de impotência diante das situações de forma fixa, como se o desenvolvimento estivesse paralisado no período da infância.

### 5.8 Percebendo comportamentos nos pais e em si próprio

PERCEBENDO COMPORTAMENTOS NOS PAIS E EM SI PRÓPRIO é a categoria subsequente cujo foco apresenta-se em modelos comportamentais aprendidos durante a formação de si-próprio.

> [...] *"Abandonei casa, filhos. Meu... Nessa época meu filho que usava droga estava na minha casa. E tinha o caçula comigo e eu tinha medo do outro meu filho sair pra usar droga e deixar o caçula sozinho. Quer dizer, eu estava lá no hospital com a cabeça em casa. Preocupada com a minha mãe e preocupada com a casa. Eu tinha que ir. [...] Hoje, meus filhos não tão comigo. O caçula, pra não ter que passar necessidade comigo e não ter que viver naquele clima todo dia, mandei ele morar com a avó dele e o pai dele lá na mãe do pai dele. E ele foi e ele preferiu ir também E ele foi. Ele concordou e foi: ' tá certo! Aqui não é lugar pra mim não. Vou pra lá mesmo"*". (Participante 03)

> [...] *"Porque se meu filho aparece com uma coisa em casa eu quero saber de onde veio, porque tá pegando. Se quebrar ele vai ter a responsabilidade de dar outro pra pessoa. Não, então era assim... liberado. Vendia droga na porta de casa, consumia* [...] *Tem coisa que... (silêncio) Ainda mais a gente que tem filho hoje, preocupação que gente fica. Aí, eu penso assim na maneira que a gente foi criado"*. (Participante 01)

Tais modelos muitas vezes, foram percebidos como uma reprodução do comportamento vivenciado na infância e pôde ser perpetuado nas demais gerações.

> [...] *"Minha filha quer ser juíza. Falou que advogado tem que mentir muito e ela não gosta de mentir. Falou: 'eu não quero ser advogada de porta de cadeia porque eu odeio bandido'. Ela quer ser juíza pra ferrar homem. [...] Um dia meu filho discutiu com o pai dele. 'eu vi você bater muito na minha mãe. Rela a mão nela pra você ver'. Porque ele está com treze anos e ele tem um metro e setenta e quatro. É um baita dum menino. Ele falou assim: 'que eu te arrebento no meio'. E eu achei errado. Eu falei: 'você num pode falar isso que*

*isso é problema meu e dele, não é seu'. "Mas em você ele não rela mais a mão", ele falou. Mas é bom um pouco, né?*".(Participante 04)

[...] *"minha filha até antes de ir presa teve uma discussão feia com ela (mãe da entrevistada) que ela falou pra ela: 'a senhora quer dar lição de moral em quem? A senhora quer falar o quê pra ela? Falar o quê com a minha mãe? Olha o que a senhora fez com a vida dela desde pequena. Se a minha mãe é o que é, tem o que tem hoje é porque a senhora não apoiou a minha mãe'"*. (Participante 05)

Outras vezes, houve uma percepção de comportamento condicionado, porém houve intenção de modificação. A percepção do comportamento recebeu sentido negativo, independente do tipo de relação estabelecida. Seja entre marido e mulher, pais e filhos, avós e netos, etc.

[...] *"Me marca muito esse negócio da minha mãe fazer essa maldade, né. Porque eu tenho um filho hoje de oito anos. Ele mija na cama até hoje. Quando ele dorme comigo, como não tem fralda, só né... Eu levanto, tiro a roupa dele, tiro as coisas pra lavar. Nem acordar eu não acordo ele. Então eu fico pensando: 'puta, eu tinha quatro, cinco anos, acordava assim apanhando', ela (mãe) ainda tinha coragem de ir lá e me pôr na água fria ainda pra maldade ser mais... maior ainda, né?".* (Participante 01)

[...] *"Na cabeça da minha mãe ela não me vê como filha, ela me vê como inimiga. Pelo menos é isso ela passa. Tanto que ela fala pra mim que não existe amizade entre mãe e filho porque eu sou muito amiga da minha filha e eu deixo ela me contar as coisas, eu prefiro que ela me conte. E minha mãe fica falando que isso não existe. Então, ela já me dá a certeza de que ela nunca me viu como filha".* (Participante 08)

[...] *"O meu menino ele é bem nervoso pelo seguinte, porque ele viu meu marido me espancar. Ele parou porque eu comecei a reagir. Falei: 'eu tinha medo de gritar. Eu já sofri demais', eu falei. 'Você já chutou meu braço de quase quebrar. Você já quebrou meu dente. Você já me deixou com o olho roxo. Você acabou com o minha autoestima'. Ele me chamava de verme, sabe. Falei assim: 'você acabou comigo'. Ele também tem problema porque a mãe separou muito nova e o pai fazia a mesma coisa que ele fez comigo. Agora ele não é nem louco, nem louco. Porque a penúltima vez eu quase matei ele porque eu enfiei um garfo de churrasco na bunda dele. [...] Eu nunca tinha reagido, eu tinha medo, uai. Mas, uma hora você reage".* (Participante 04)

Nesta categoria percebe-se o indivíduo processando e interpretando suas vivências, escolhendo, checando, agrupando e reagrupando o conjunto de

comportamentos, num processo formativo que resulta no conjunto simbólico que é utilizado como diretriz para comportamentos na vida adulta. O comportamento com sentido negativo pode ou não ser perpetuado com os filhos. Porem sempre é percebido como negativo.

### 5.9 Vivenciando a depressão

VIVENCIANDO A DEPRESSÃO é a categoria final do modelo teórico: CAMINHANDO ENTRE A INFÂNCIA TRAUMÁTICA E A VIDA ADULTA COM DEPRESSÃO cujo foco está em como o indivíduo representa a vivência da depressão. A psicopatologia depressiva é vista como um desenrolar das interações vivenciadas pelo sujeito ao longo da vida. Todo um conjunto simbólico é construído e reconstruído ao longo das interações sociais. E através dos símbolos vistos, a realidade é interpretada fazendo com que a realidade simbolicamente vivida seja referência no desenvolvimento do pensar e do agir.

> [...] *"E não é todo dia que você tá bem (choro). Tem dia que você não tá bem! Tem dia que eu não tô bem! Nossa! Tem dia que eu quero morrer, quero sumir, quero desaparecer, me enfiar num buraco. Sei lá, qualquer coisa. Às vezes eu deito e fico pedindo: 'Deus me leva, já vivi bastante, chega! Tô cansada!' Eu choro desde criança! (segue chorando) Desde que eu me entendo por gente. A vida inteira foi só chorar. Foi desde que eu me entendo por gente, que eu me lembro de criança pequena eu já chorava. Só chorando, chorando, chorando... Eu choro a minha vida inteira. Eu sofri a minha vida inteira. Eu fui maltratada pela minha mãe a minha vida inteira. E hoje dependo e moro na casa que é dela. Não consigo trabalho. E o que é pior, não posso sair da casa dela".* (Participante 03)

> [...] *"Eu falo que eu tenho depressão desde criança porque naquela época num existia pedagogo, num existia psicólogo pra ajudar a gente. Porque eu via meu pai brigar com a minha mãe. E meu pai era violento. Ele quebrava as coisas. Ele acordava de madrugada e tirava todo mundo da cama. Ele vomitava na casa. Eu num tenho nojo acho que é por isso, porque eu levantava, já limpava. Ele xingava. Aí, quando eu tinha nove anos ele quase matou minha mãe, eu vi. Aí nesse dia eu num falei, mas pensei comigo mesma: "nunca mais eu te respeito. Pra mim você morreu". Aí foi indo, minha mãe nunca separou dele, não separou".* (Participante 04)

> [...] "*Eu comecei sentir mal, sentir mal, crise de choro, choro. Perdi o ânimo, vontade de morrer, vontade de... eu ficava de três dias sem sair pra fora. Aí eles me levaram no clínico geral, aí o clínico falou assim: "precisa passar ela*

*por um psiquiatra urgente, ela tá com depressão". Aí, foi quando me mandaram pro CAPS, aí eu fui vindo dopada de remédio, direto, direto, direto. Parei de tomar remédio, aí eu mesmo no serviço eu fui percebendo que eu não tava bem sabe. Eu fui meia, sabe, meio que me ausentando dos outros, eu queria ficar sozinha. Eu preferia ficar sozinha, aí eu fui percebendo que eu não tava bem. [...] E tá se passando assim, assim, assim. Eu tô tendo crise de choro, eu tenho vontade de morrer, eu num aguento mais, eu não sei o quê que eu faço. [...] E eu sabe, eu não... eu me fechei demais. Eu me fechei pra vida, eu me fechei pra tudo*". (Participante 10)

[...] *"Sem sonho, sem objetivo, sem... sem nada. Você vive porque você não morre, né? Já tentei me matar uma vez. Mas só que isso eu não faço nunca mais. Depois eu me senti covarde demais. Porque meu filho só tinha uma aninho quando eu fiz isso. Aí eu já penso: se eu tivesse morrido mesmo. Seria uma covardia deixar uma criança de um ano e meio*". (Participante 01)

Inicialmente, desvelou-se uma barreira em aceitar o diagnóstico médico. Tal resistência pode ser decorrente de fatores diversos como desconhecimento, estigma, rotulação e relação doença *versus* sociedade.

[...] *"Eu tava com depressão. Eu não sabia que eu tava com depressão. Eu achava que [...] Eu falei pro médico: eu achava que depressão era frescura, era coisa de rico, coisa de frescura. Eu não acreditava nessa doença. Eu estava lá triste, pra baixo, sem autoestima nenhuma, só chorava, mas, eu achava que era porque minha vida não dava certo... (chora)".* (Participante 03)

[...] *"Mas, a minha encarregada falava assim: 'ai você não pode pôr esse negócio de depressão na cabeça não'. 'Depressão é coisa de gente vagabunda que num tem o que fazer'. 'Depressão é não sei quê [...]'. 'Ai, eu nunca tive tempo de ter depressão porque eu sempre trabalhei'. Eu fiquei sete dias em casa aí quando eu voltei, aí eu voltei e ficava aquela falação na minha cabeça, aquela falação, aquela falação. Um falava, outro falava. 'Ai, descansou bastante? você tá descansada agora?*". (Participante 10)

[...] *"Não é a minha área e você tá ficando cada vez mais grave", ele (profissional médico) falou. Ele falou: 'você é um perigo pra você mesmo. E o pior é que você nem sabe que você é', ele falou. 'Você nem sabe que você é um perigo pra você mesma. Você não é um perigo pra sociedade, você é um perigo pra você mesma'. Falou: 'então eu vou te encaminhar para um especialista'. Falei: 'que especialista?'. Um psiquiatra. Falei: 'doutor, eu não tô louca'. Ele falou: 'não é louca não'. Ele falou assim:' todo mundo acha que psiquiatra trata de louco".* (Participante 03)

Percebeu-se também que os indivíduos passaram de formas diferentes pela depressão. Porém, é visível a alteração de autoestima, a desesperança e a insegurança, o que afeta o indivíduo em várias esferas sociais.

> [...] *"O médico falou que foi por causa disso. No rosto tudo também. Ele falou assim: 'foi por causa da perda de peso muito, que você perdeu muito peso em pouco tempo'. Aí eu falei: "eu não gosto de olhar no espelho". O espelho eu só ponho lá quando meu filho vem em casa. [...] Tá guardado (espelho). Porque só tem um pequeno, graças a Deus, então dá pra deixar guardado. Eu não gosto de olhar no espelho. Porque eu olho no espelho e falo: 'meu Deus!' Em um ano eu envelheci vinte anos". (Participante 03)*

> [...] *"Agora a depressão não é brincadeira não, viu. Passar ela não é fácil não viu. Sozinho não dá pra andar não. Tenho medo de ficar sozinho e dar alguma coisa e a gente caí pro meio da rua [...]. Dá vontade de ficar só parado num lugar e ficar quieto. Não dá vontade de fazer nada".* (Participante 11)

Outro achado emergente foi o andamento dos outros membros familiares e o sentimento de reconhecimento e compaixão diante das adversidades passadas na infância com repercussão na vida adulta.

> [...] *"Essa minha irmã ela já tentou suicídio. Ela não morreu porque Deus não quis. Deu duas paradas cardíacas e ela ficou internada no HC, ficou em coma. Agora ela tá de boa. Agora ela tá boa. Vai fazer sessenta e seis anos. É o meu filho tá lá na casa dela. Aí tem a mais velha que tá com uma depressão tão profunda que eu preciso conversar até com alguém aqui, que ela tá tão magra, mas tão magra. Sabe quando a pessoa parece que veio da Somália? [...] Eu peguei e falei pra ela: 'vou ver se eu consigo pra você l'" porque a minha sobrinha paga uma consulta com Dr. P. aqui de Ribeirão. Eu acho que é um absurdo pagar sendo que ele não tá com condições nem de comprar o remédio que ele dá. Eu falei: 'eu vou conversar e ver se eu consigo pra você lá'. Que pelo menos lá você tem acolhimento, você tem a psicóloga. Porque num adianta você ir no Dr. P., mas você não conversa. [...] Ela já perdeu todos os dentes, só tem dois dentes aqui. Tá até aqui afundado assim, o osso. E ela era muito bonita. Eu falei pra ela: 'eu vou comprar a tinta e vou eu mesma tingir o seu cabelo'".* (Participante 04).

A depressão é representada pelo fim da linha. O sujeito vê-se ao final de longo percurso onde o ponto final é o estado depressivo. É como se a linha cronológica estivesse se esgotando e depois dessa fase só há morte. A morte pode simbolizar o fim da árdua jornada de sofrimentos iniciada na infância.

Num contexto geral de significações, o indivíduo vê-se impotente diante não só da sintomatologia depressiva, mas das alterações sociais em que esta repercute. Sofrimento falta de controle sobre si mesmo e falta de perpectivas são termos-chaves para o entendimento de como a depressão ultrapassa os padrões biologicistas. Não é apenas uma doença. É o fim.

## 5.10 Alinhavando os achados adicionais: uso e abuso de substâncias e violência doméstica na vida adulta

Apesar das sete categorias do modelo teórico: CAMINHANDO ENTRE A INFÂNCIA TRAUMÁTICA E A VIDA ADULTA COM DEPRESSÃO terem sido desenvolvidas de forma sistemática, através de comparações constantes a fim de garantir a densificação e saturação de cada categoria, alguns achados emergentes não apresentaram relação sequencial no processo do caminhar entre a infância e a vida adulta. Isso não diminui a relevância desses achados. Os mesmos, por se comportarem como pano de fundo durante o processo descrito e apresentarem uma relação diferenciada com as demais categorias, foram destacados do modelo teórico e apresentados separadamente.

Durante o processo, o uso e abuso de substancias psicoativas e a violência doméstica apareceram em diversas fases do caminhar. Entretanto, não ocuparam um local fixo no processo e não foram vistos como determinantes diretos de cada fase, ou categoria dentro modelo teórico.

> [...] *"Era meio conturbado (dentro de casa) porque logo que nós mudamos pra lá, eu tenho um irmão homem só que meu irmão se envolveu com droga. Aí, tinha muita briga do minha mãe com meu padrasto. Ele queria que pusesse ele pra rua, né. Tanto é que até ele acabou indo mesmo, meu irmão, pra rua porque era muita brigaiada. Qualquer coisa que sumia ele culpava meu irmão. Mas, o tempo foi passando né, e o tempo foi passando e depois quando eu fui ficando mocinha aí ele tentou me molestar, meu padrasto, umas par de vez. Só que a minha mãe era assim, o tipo de pessoa assim, minha mãe tinha um amor incondicional pelo meu padrasto. Se a gente falasse as coisas pra ela, ela batia na gente e falava que era mentira".* (Participante 10)

> [...] *"Aí foi [...] Foi indo assim. Ele (marido) bebia, ele chegava bêbado, ele brigava, ele discutia... Ele discutia com... Ah, ele achava um motivo"*. (Participante 02)

> [...] "*Aí eu arrumei um, com treze anos, um namorado e fui embora morar com o namorado. Pra sair de dentro de casa. E foi o mesmo que aconteceu com a minha outra irmã*. [...] *E o casamento era uma porcaria. Só fazia filho. Tive quatro filhos dele. E apanhava, ele bebia, ele batia em mim. Aí as crianças foram crescendo, judiava das crianças também, e eu falava: ´'meu Deus, um dia eu vou ter que ter um canto pra morar'. Porque eu pensava: 'se eu separar com as crianças eu não vou conseguir pagar aluguel e tratar deles né'.* (Participante 10)

> [...] "*Foi morar com o pai. O pai veio e buscou ele. Levou ele pra lá. Eu falei com ele que era bom tirar ele de perto, do meio onde ele tava. Por quê? Porque onde eu moro você dá dois passos, a cada dois passos têm alguém usando droga. Se você der dois passos pra esquerda tá vendendo, dois pra direita, pra frente, pra trás. Onde você for tá vendendo. E eles andam ali na rua eles usam na frente dos outros. Às vezes eles não têm medo nem de polícia. Então , tinha que tirar ele dali, daquele foco que tava ali. E o pai dele mora em outro bairro. Então era mais fácil levar pra lá".* (Participante 03)

Independente dessa dissonância no processo de categorização, o uso e abuso de substancias associado à violência domestica na vida adulta comportou-se como pano de fundo, estando alinhavado ao modelo teórico. Ou seja, para os participantes desse estudo, esses dois fatores perpassam a vida cotidiana, de forma sombreada, por trás das vivências e simbologias desenvolvidas.

Sempre que o elemento 'uso e abuso de substancias' se apresentava nas narrativas, estava associado à 'violência doméstica na vida adulta'. Porém, esses dois fatores associados não se configuram como protagonistas nas vivências dos participantes. Esses fatores foram acontecendo de forma a margear o processo como um todo. Algumas vezes acontecem com os próprios participantes como forma de enfrentamento, outras vezes com os cônjuges, outras vezes com filhos ou outros familiares. Há relatos inclusive fora do ambiente doméstico, como vizinhança, onde o uso e o abuso de substancias e a violência marcam presença de forma a completar um cenário que não ocupa posição central. O que mais chama atenção é como se o uso/abuso de substancias estivesse sempre ali, por traz de uma fala, por traz de muro, alinhavando as vivências dos participantes.

# *DISCUSSÃO*

*“Quem luta com monstros deve velar por que, ao fazê-lo, não se transforme também em monstro. E se tu olhares, durante muito tempo, para um abismo, o abismo também olha para dentro de ti”.*

*(Friedrich Nietzsche)*

# 6 DISCUSSÃO

O ponto de partida da discussão é demarcado nos participantes desse estudo, que já na caracterização inicial fornecem achados relevantes que dialogam com as entrevistas e a com percepções da entrevistadora.

Ao observar-se a caracterização dos participantes, a primeiro elemento emergente é a ocupação dos entrevistados. Dos doze participantes, somente dois, mantém, no momento, algum tipo de vínculo empregatício. Os demais participantes têm sua fonte de renda oscilando entre doações de familiares ou vizinhança e auxílio doença do governo (recebendo no momento ou esperando resposta da requisição). Esse dado nos mostra a extensão de danos causados não só ao portador de depressão, como também danos à sociedade, em termos de gestão pública de saúde. Devido às manifestações clínicas, o indivíduo depressivo convive com diversos prejuízos nas atividades rotineiras, dentre elas prejuízo na atividade laboral.

Tal observação está em consonância com os dados da OMS, afirmando que a depressão encontra-se entre as principais causas mundiais de incapacidade, representando 4,3% da carga global de doenças e 11% do total de anos vividos com incapacidade. Estima-se que haja um impacto cumulativo mundial de distúrbios psíquicos, em termos financeiros, de US 16,3 bilhões de dólares entre os anos de 2011 e 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2013; MARQUES, LOPES, 2015).

Ainda de acordo com o mesmo relatório, o risco para o desenvolvimento de depressão é, significativamente, maior em grupos denominados vulneráveis, como membros da família vivendo em situação de pobreza, situações de abuso e negligência, adolescentes expostos pela primeira vez ao abuso de substancias, pessoas em situação de encarceramento e pessoas sujeitas à violação dos direitos humanos (OMS, 2013). Situações essas encontradas na amostra estudada.

Encontrou-se, não somente na caracterização dos participantes, como nos relatos expostos nos resultados, situações de dificuldades socioeconômicas, envolvendo trabalho infantil tanto dentro do ambiente doméstico como na lida com o campo, em serviços braçais como plantio, capinação e corte de cana, dentre outros.

Assim como a situação socioeconômica, a presença de abusos e negligência na infância ficou evidenciada não somente nos relatos, como na pontuação do instrumento CTQ, utilizado como critério de inclusão. Souza et al. (2012), afirmam

que a ocorrência de um único subtipo de Estresse Precoce é incomum, sendo mais evidente a pontuação para dois ou mais subtipos de EP, como manifestado nesse estudo. Conforme os escores do CTQ, dez dos doze participantes pontuaram para abuso emocional e onze dos doze participantes pontuaram para negligencia emocional. O abuso emocional, como descrito anteriormente, é caracterizado por situações de agressão verbal, humilhação e/ou degradação com a criança. A negligência emocional é caracterizada como uma má distribuição de necessidades emocionais e psicológicas como cuidados, amor e apoio na infância.

Apesar de ter havido pontuação para outros tipos de abuso e negligência, a presença de abuso emocional e negligência emocional se destacaram pela frequência. Tais dados nos trazem uma perspectiva indagadora. Porque essas crianças e adolescentes que sofreram múltiplos tipos de abuso, incluindo abusos nas esferas físicas e sexuais, enfatizam em seus discursos o sentimento negativo fortemente relacionado à esfera emocional?

Diante dos discursos e dos sentimentos referidos, a esfera emocional carrega um peso maior diante das outras esferas. A diminuição ou falta de carinho, atenção e amor, sugere causar maiores danos, de acordo com os participantes desse estudo. Somaini et al. (2011) afirmam que existe uma gama de evidências que sugere uma desregulação das respostas neuroendócrinas com disfunção de neurotransmissores induzidas por negligencia emocional, principalmente. Ou seja, quanto maior a negligência emocional parental, maiores os níveis plasmáticos de hormônios relacionados ao estresse que atuam no eixo HPA.

Diante do exposto, a negligência parental está relacionada com aumento do nível de estresse no indivíduo em idade tenra. Quando o mesmo ainda não tem recursos solidificados para lidar com tais demandas.

Chartier, Walker e Naimark (2010) afirmam que crianças com vivências de abuso emocional e de negligência são as que menos obtêm atenção dos familiares e profissionais, o que denota uma parcela de crianças vitimadas com prognóstico de sofrimento a psíquico a longo prazo.

Entretanto, no cenário nacional, em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, a violência sexual contra crianças e adolescentes é a segunda categoria mais notificada aos órgãos competentes. Ficando atrás de notificações de negligencia e abandono (BRASIL, 2013). Tal cenário nos faz questionar o porquê das notificações envolvendo as esferas emocionais não aparecem em primeiro

plano. Uma hipótese seria a questão da subnotificação desses eventos, baseado no fato de serem mais difíceis de serem identificados, principalmente em crianças. Afinal, não existem maneiras sistemáticas regulamentadas de como criar um filho. Portanto, muitos desses eventos adversos podem ser interpretados como forma de criação parental.

Outro fator relevante é a esfera jurídica da legislação Brasileira. O Estatuto da Criança e do Adolescente não oferece clareza, especificamente para abuso emocional, o que demonstra uma necessidade de avanços legais na delimitação de casos e punição aos mesmos (DE ANTONI, 2012). Alguns estudos acolhem a ideia de que as crianças aceitam o abuso parental sem tentativa de retaliação, mesmo se fisicamente possível. Esta configurou uma forma de representar amor e respeito. Ou seja, essas crianças aceitaram que sofrer abuso era uma parte de ser criança. Ao justificar suas punições, elas passaram a definir o trauma por parte parental como culturalmente aceito (BITTAR; NAKANO, 2011; BITTAR et al., 2012).

Observou-se também que o desenvolvimento e capacidade de processar as interações familiares são prejudicados e que tais situações têm potencial para perpetuar os padrões de vulnerabilidade para esses adultos, criando um círculo vicioso de comportamento desajustado. O desconhecimento dos tipos de abuso e negligência por parte dos pais pode ser um fator limitante. Outra dificuldade é colher esses relatos de indivíduos em formação, que além de não terem recursos internos suficientes, podem não possuir padrões de comparação para significar tais eventos, fazendo com que eles sejam considerados dentro do que denominamos normalidade.

Tal dificuldade no reconhecimento do Estresse Precoce ainda na Infância é descrita por Valnaest et al. (2012), pois existe uma deficiência de testes psicológicos para mensuração do trauma infantil. A dificuldade na mensuração do EP é baseada na premissa de que o estresse infantil é um processo complexo e multifacetado e, o autorrelato infantil ainda possui sua credibilidade questionada. Os autores apontam ainda que apesar do autorrelato infantil poder apresentar boa confiabilidade após os quatro anos, é frequente a utilização do relato dos pais para avaliar a experiências emocionais da criança (VALNAEST et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2015). O problema dessas avaliações é que nem sempre os pais têm consciência dos abusos e negligências e, sem têm consciência, podem subjugar suas ações perante os filhos, dificultando um diagnóstico precoce.

Lagattuta et al. (2012), em estudo comparativo entre autorrelato infantil e relato dos pais, afirmam que os pais tendem a subestimar a frequência com que a criança se sente preocupada ou ansiosa e tendem também a superestimar os sentimentos e pensamento otimistas de suas crianças. No mesmo estudo, contatou-se que os pais aparentam ter dificuldade em separar a perspectiva emocional dos filhos de sua própria perspectiva emocional.

Vale ressaltar que no estudo de Brasil (2013) foram encontradas 14.695 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra menores de 10 anos. Situações que também foram encontradas na amostra estudada acompanhadas de um sentimento de medo, incapacidade, falta de controle e profunda tristeza.

Independente do tipo de abuso e negligência vivenciados, pois todos os participantes desse estudo obtiveram escores para múltiplos tipos de Estresse Precoce, o caminhar entre o a infância traumática e a depressão foi permeado pelo uso e abuso de substâncias psicoativas. O uso/abuso de substancias não ocupou um período cronológico específico. Em alguns relatos, a vivência desses fatos teve início dentro do próprio lar, na convivência com os próprios pais e irmãos. Há relatos, inclusive, de o uso ter sido estimulado e não só observado, dentro do ambiente familiar, como acontece com o participante 01 da amostra que relata o uso de drogas injetáveis pelo pai, irmão e uso próprio a posteriori.

Em outros relatos, o uso/abuso foi vivenciado durante a idade adulta, principalmente pelos cônjuges, o que nos leva a refletir sobre uma repetição de escolha sobre padrões comportamentais. E esse consumo foi associado, pelos participantes como catalizadores de violência doméstica.  E ainda há relatos do uso/abuso de substâncias pelo próprio participante na adolescência e idade adulta, talvez como estratégias de enfrentamento, já que a construção de recursos positivos e produtivos foi prejudicada ainda na infância.

O uso/abuso de substancias como estratégia de enfrentamento é configurado como um enfrentamento ineficaz, podendo trazer ainda mais consequências deletérias para o indivíduo. Baseado no modelo cognitivista de Lazarus e Folkman (1984), este tipo de enfrentamento não busca a resolução do problema e sim uma atenuação do sofrimento causado pelo evento estressor. Ou seja, o indivíduo, na tentativa de evitar o problema, procura atenuar o desconforto emocional causado pelo evento estressor (TEIXEIRA, 2013). O uso/abuso de substancias configura uma

tentativa de diminuir a dor emocional e mental causada por experiências traumáticas e violentas. Os indivíduos revelaram experiências traumáticas tem sua dor amortecida com o uso de drogas e álcool (BOWLES; DEHART; WEBB, 2012).

Com relação ao trauma vivenciado associado à vivência de uso/abuso de substancias psicoativas parental, Somaini et al. (2011) alegam que a percepção reduzida de cuidado parental pode ser concebida como fator relevante para susceptibilidade a alterações biológicas essenciais, no desenvolvimento infantil, que levam ao acréscimo de risco para o uso/abuso de substâncias.

Wandekoken et al. (2011), em revisão sistemática que objetivou identificar condições de risco relacionadas às crianças e adolescentes expostas ao alcoolismo parental, demonstrou que o uso/abuso precoce de álcool por adolescentes está ligado a vários prejuízos no desenvolvimento e associado a características como desafio a regras, problemas no desenvolvimento escolar, alterações no desenvolvimento biológico, psicológico, social e espiritual de indivíduos em tenra idade. Além de estar mais envolvido em situações de agressões, violência, dependência química, dentre outros.

Fazendo um paralelo com o estudo, o desenvolvimento supracitado pode ser visto na categoria CONSTRUINDO A SI PRÓPRIO, onde a interação social (desajustada) e a troca de significados relacionam-se com o indivíduo e o mundo e a construção de si próprio. Assim o *self* vai sendo construído baseado nas experiências vivenciadas, sendo determinante para construção e reconstrução dos significados durante a vida do indivíduo.

Para o entendimento do processo de construir-se como indivíduo singular, faz-se necessário falar sobre o processo de formação da personalidade. Vários fatores são determinantes na formação da personalidade, dentre eles o componente genético, ambiental, processo de aprendizagem, consciência e o componente parental. Para dialogar com os dados encontrados nesse estudo, considerou-se o componente parental presente em algumas teorias de formação da personalidade descritas a seguir.

Sigmund Freud foi o primeiro teórico a enfatizar a influência parental na formação da personalidade. Para Freud a personalidade é composta por três elementos fundamentais: id, ego e superego. O último elemento a se desenvolver é o superego, configurado como força moral da personalidade. Este se desenvolve por meio da absorção de valores e padrões da sociedade e, principalmente parentais.

Baseia-se num sistema de certo e errado atrelado á um sistema de punições e recompensas (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 1998).

É nesse ponto que os dados da amostra conversam com a formação de si próprio. Se a criança começa a desenvolver respostas de acordo com as recompensas e punições dadas pelos pais, ela introjeta essas informações de forma a orientar seu comportamento para evitar punições e receber recompensas. Da mesma forma que a punição é incorporada a consciência, a recompensa ou elogio é incorporado no seu ideal de ego. E ausência e/ou redução de comportamentos gratificantes fragilizam o processo de fortalecimento do ego, fazendo com que a criança tenha dificuldade de ação e decisão sobre a realidade, como demonstrado nos achados desse estudo. A passividade frente a incapacidade de decisões corrobora com a fragilidade egóica descrita por Freud.

Outros teóricos legitimam com a importância do elemento parental na construção de si mesmo. Adler afirma que o sentimento de rejeição parental pode causar insegurança, tornando a criança raivosa e com déficit de autoestima. Horney afirma que a Insegurança por carência de afeto parental pode ocasionar um sentimento de desamparo no infante. Maslow complementa com a teoria das necessidades básicas, onde afirma que para atingir a autorrealização, se faz importante atenção às necessidades básicas (fisiológica das crianças), dentre elas a segurança. Ou seja, a criança deve sentir-se segura diante dos acontecimentos. Rogers, a partir das concepções de Maslow, fez inferências sobre a responsabilidade parental em oferecer consideração positiva incondicional para as crianças (ROGERS, 1959; HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 1998).

Os comportamentos parentais podem influenciar aspectos específicos na personalidade da criança como necessidade de realização, autocontrole e autoestima. Entretanto, a construção de si mesmo não se constitui apenas do elemento parental. A categoria PERCEBENDO COMPORTAMENTOS NOS PAIS E EM SI PRÓPRIO demonstra a percepção de um comportamento, porém em alguns casos há intenção de modificação do comportamento na vida adulta. Esse dado implica na existência de mais fatores associados a esse caminhar. A interação com outros grupos e troca de conjuntos simbólicos pode auxiliar na ressignificação do próprio indivíduo. Martins (2012) corrobora com a concepção de outros fatores individuais como vulnerabilidade e resiliência nos efeitos deletérios do estresse. Fatores moduladores dos mecanismos compensatórios do indivíduo, em resposta ao

evento estressor, podem culminar tanto em uma adaptação negativa relacionada à gênese de psicopatologias como pode resultar em uma adaptação positiva ou bem sucedida.

A categoria final do modelo teórico VIVENCIANDO A DEPRESSÃO representa as vivências do indivíduo depressivo. Apesar das diferentes experiências de vida, esse período é visto como o fim da linha na trajetória da vida. O indivíduo percebe-se encurralado pela depressão que de forma insidiosa vai roubando-lhe as forças. Esse processo é visto como um aprisionamento lento, pois o indivíduo sente-se empurrado, cada vez mais para baixo, para um local com contornos concretos de onde não há saída. Dessa forma, ele (o indivíduo) parece poupar suas forças que já estão debilitadas, perdendo terreno para outro “ser” carcereiro que toma o seu lugar, o carcereiro denominado depressão.

Nesse cenário, o suicídio aparece como alternativa para esse confinamento. É visto como estratégia que pode por fim ao sofrimento que se enraíza de tal forma a contaminar todas as esferas de vida desses indivíduos. O choro também representa esse sentimento internalizado e associa-se a sensação de impotência ao lidar com demandas cotidianas. Surge misturado a outros sentimentos, representando, através da linguagem corporal, que algo não está indo bem. Entretanto, com o tempo, o choro vai sendo ocultado, resultado de aprisionamento imposto não só pelas manifestações clínicas da depressão, mas também pela incompreensão de terceiros sobre a condição de ser prisioneiro dentro de si mesmo.

Marques e Lopes (2015), em estudo com cuidadores de pacientes depressivos, afirmam que a alteração comportamental da pessoa com depressão é sentida de forma mais intensa no seio familiar, pois é nessa esfera que o abandono de tarefas e papeis e a inércia de atitude marcam de forma extenuante as relações intrafamiliares. O que faz supor que a falta de conhecimento sobre o indivíduo deprimido e suas particularidades resulta no adoecimento da família como um todo, como um sistema. Esse esfacelamento nas relações reforça, no indivíduo, a utilização do silêncio como forma de diálogo, assumindo dessa forma uma posição defensiva, fechando-se ainda mais em seu cárcere, tornando-se incapaz de desenvolver estratégias para enfrentar o que ele considera o fim da linha.

Complementando o diálogo com a literatura, faz necessário discorrer sobre a participação dos voluntários desse estudo. McClain e Amar (2013) em estudo sobre dar voz a mulheres sobreviventes de abuso sexual na infância e adolescência,

através da participação em pesquisas, afirmaram que a participação em estudos onde se pode discorrer sobre as experiências traumáticas, é benéfica para os participantes tanto a nível pessoal como social. Neste estudo, as mulheres participantes demostraram que se sentir parte de um estudo ofereceu auxílio no manejo do sofrimento psicológico. A sensação de bem estar é pautada é três pontos fundamentais: transformação de algo negativo em algo positivo; Quebra do silêncio sobre o trauma; e construção de novo significado ajudando aos outros.

Espera-se que a participação em “Modelo teórico sobre os significados do Estresse Precoce e a vida adulta com depressão” tenha proporcionado não somente o desenvolvimento de conhecimento na área, mas certo conforto aos participantes que, voluntariamente, doaram uma parcela de si mesmos e contribuíram para discussão desse tema tão doloroso e peculiar. Abrir uma gaveta interna pode auxiliar no processo de enfrentamento do sofrimento associado à vivência traumática, tomar a vivência como sua e poder ressignifica-la auxilia no processo de recuperação e cura (STIDHAM et al., 2012).

As experiências desses indivíduos portadores de depressão, usuários de serviço especializado em saúde mental , desvelam uma perspectiva negativista não só sobre as experiências traumáticas como perpetuam essa visão ao longo da vida. As histórias compartilhadas são marcadas por sofrimento, tristeza e ausência de empoderamento. As manifestações clínicas da depressão só reforçam essa visão de mundo que vem sendo construída desde a infância. Tal cenário desvela reflexões acerca dos espaços para ressignificação dessas histórias, no sentido de poder construir uma releitura da própria existência, que possibilite o uso de uma lente mais positiva.

# *APLICABILIDADE DOS ACHADOS*

*“Do mesmo modo que aquele que fere ao outro fere a si próprio, aquele que cura, cura a si mesmo”. (Carl Jung)*

# 7 APLICABILIDADE DOS ACHADOS

Como resultado desse estudo, o Estresse Precoce foi explorado e analisado conforme a perspectiva dos portadores de depressão usuários de um serviço especializado. Dos achados, obteve-se um modelo teórico que corresponde ao processo, ao caminhar, do sujeito, desde as experiências traumáticas na infância, até a depressão como desfecho.

O modelo teórico: CAMINHANDO ENTRE A INFÂNCIA TRAUMÁTICA E A VIDA ADULTA COM DEPRESSÃO simbolizou a forma como as vivências foram compreendidas pelos próprios sujeitos e como o significado de cada experiência foi interlaçando-se na composição do ser, moldando seu conjunto de símbolos, sendo expresso não somente em sentimentos, como em comportamentos que deram forma a cada indivíduo subjetivamente.

As vivências do Estresse Precoce para os portadores de depressão foram retratados como um processo psicossocial cronológico e passivo, onde a maneira como as experiências traumáticas na infância são encaradas, descrevem comportamentos que influenciam a formação do “eu” e delimitam como este se dispõe internamente e externamente na vida adulta. Tal posicionamento frente às demandas e adversidades é fator simbolicamente significante para o processo de adoecimento depressivo

Os relatos retratam a jornada do indivíduo lidando com demandas extenuantes durante a infância, apropriando-se de responsabilidades e cargas físicas e emocionais para além dos papeis filiais. Tais vivências foram incorporadas na formação do indivíduo como ser humano e ator na sociedade, moldando a forma como o indivíduo se posiciona na lida do cotidiano.

Foi desvelada também a questão de diferenciação parental no cuidados com os filhos. A percepção de um desequilíbrio no fornecimento de afeto e carinho dentro do ambiente familiar afeta, de forma negativa, a percepção que o sujeito tem de si, sendo relevante na construção da autoestima.

Somando-se aos achados, as condições socioeconômicas precárias e o uso/abuso de substancias também tem participação importante na consolidação do ser como agente na sociedade. O uso/abuso de substâncias psicoativas pelos pais comporta-se como fator de risco e pode ocasionar problemas em relação ao uso de

álcool pelos filhos e afetar a nível comportamental por estar atrelado á fatores emocionais dos filhos.

A partir dos resultados encontrados neste trabalho pôde-se observar que estratégias terapêuticas que contemplem apenas a sintomatologia depressiva estão aquém das necessidades do indivíduo portador de depressão. Remanejar o foco dos sintomas depressivos para a organização do “ser” pode ser um caminho terapêutico a ser explorado. Outro ponto relevante seria a prevenção das consequências do Estresse Precoce, com a identificação de abusos e negligências ainda na infância. São necessárias abordagens que considerem a influência familiar ao se pensar em ações de prevenção, relacionadas ao Estresse Precoce.

Deve-se, portanto, encontrar formas de reforçar o vínculo entre pais e filhos e incentivar posturas mais positivas, de apoio e diálogo, a fim de beneficiar a socialização familiar, o que pode produzir resultados diretos mais eficazes. Nesse sentido, é importante que os pais, familiares, professores e profissionais de saúde estejam atentos ao desenvolvimento da criança, contribuindo para o processo de educação e de formação de valores. Por conseguinte, a investigação do Estresse Precoce é de extrema importância para o desenvolvimento de intervenções efetivas no que tange à prevenção do adoecimento psíquico e ao tratamento do estresse em crianças.

# *REFERÊNCIAS*

*“Neste mundo não existe verdade universal. Uma mesma verdade pode apresentar diferentes fisionomias. Tudo depende das decifrações feitas através de nossos prismas intelectuais, filosóficos, culturais e religiosos”.*

*(Dalai Lama).*

# REFERÊNCIAS[1]

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

ANGST, J. et al. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 115, n. 1, p. 112-121, 2009.

ANGST J.; GAMMA, A. Diagnosis and course of affective psychoses: was Kraepelin right? **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, Berlin, v. 258, p. 107-110, 2008. Supplement 2.

ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Perfil da violência em famílias com história de abuso físico. In: HABIGZANG, L. F. et al. **Violência contra crianças e adolescentes**: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. cap. 2.

ANTONY, S. M. R. Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 356-375, 2009.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-6, 2011.

ARNSTEN, A. F. T. Stress weakens prefrontal networks: molecular insults to higher cognition. **Nature Neuroscience**, New York, v. 18, n. 10, p. 1376-1385, oct. 2015.

BATISTA, J. B. V.; CARLOTTO, M. S.; MOREIRA, A. M. Depressão como causa de afastamento do trabalho: um estudo com professores do ensino fundamental. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 257-262, 2013.

BAUER, M. et al. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 17-57, 2009.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.

BERNSTEIN, D. P. et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 151, n. 8, p. 1132-1136, 1994.

[1] De acordo com a Associação de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BITTAR, D. B. et al. Intrafamily violence against children and adolescents from the perspective of aggressive mothers. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 14, n. 4, p. 771-778, 2012.

BITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Domestic violence: life history analysis of aggressive mother users of alcohol and drugs in the context of their original families. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 17-19, jan./mar. 2011.

BLUMER, H. Symbolic Interacionis. **Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press, 1998.

BOWEN, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. **Qualitative Research**, London, v. 1, n. 8, p. 137-152, 2008.

BOWLES, M. A.; DEHART, D.; WEBB, J. R. Family influences on female offenders' Substance use: the role of adverse childhood events among incarcerated women. **Journal of Family Violence**, [S.l.], v. 27, n. 7, p. 681-686, oct. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS N° 147, de 25 de agosto de 1992. Ementa: Ampliar o item 4.2 da PT MS/SNAS n.º 224/92, de 29.1.92. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 29 ago. 1994. Seção 1, p. 12.967. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7538>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. Portal Brasil. Secretaria de Direitos Humanos, Cidadania e Justiça. **País incentiva combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**, Brasília, DF, 23 jan. 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/01/pais-incentiva-combate-ao-abuso-e-exploracao-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 2 mar. 2016.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7681/5455>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CHARON, M. **Symbolic interacionism**: an introduction, an interpretation, an integration. California: Prentice-Hall, 1989.

CHARTIER, M. J.; WALKER, J. R.; NAIMARK, B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences inpredicting adult health and health care utilization. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 454, 464, june 2010.

CICCHETTI, D. Socioemotional, personality, and biological development: illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. **Annual review of psychology**, United States, v. 67, p.187-211, 2016.

COOPER, C. L.; COOPER, R. D.; EAKER, L. H. **Living with stress**. London: Peguin Books, 1988.

CRUZ-FUENTES, C. S. et al. BDNF Met66 modulates the cumulative effect of psychosocial childhood adversities on major depression in adolescents. **Brain and Behavior**, United States, v. 4, n. 2, p. 290-297, mar. 2014.

DEPRESSÃO será a doença mais comum do mundo em 2030, afirma OMS. **O dia**, Rio de Janeiro, 3 set. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/setembro/depressao_doenca_comum_mundo_2030_0309.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

DRAUCKER, C. B. et al. Theoretical sampling and category development in grounded theory. **Qualitative Health Research**, United States, v. 17, n. 8, p. 1137-1148, oct. 2007.

DUPAS, G. de O. I.; COSTA, T. N. The importance of symbolic interacionism in nursing practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 31, p. 219-226, aug. 1997.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14.

GHERARDI-DONATO, E. C. da S. **Estresse ocupacional, estresse precoce e estratégias de enfrentamento entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GLASER, B. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley: The Sociology Press, 1978.

_____. **Emergence vs. forcing: basics of grounded theory analysis**. Mill Valley: Sociology Press, 1992.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. 87118, jan. 2014.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire.* **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006.

GUEST, G. BUNCE, A.; JOHNSON, L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. **Field Methods**, Thousand Oaks, v. 18, n. 1, p. 59-82, 2006.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBEL, J. B. Teorias da personalidade. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HAROLD, G. et al. **What works to enhance inter-parental relationships and improve outcomes for children**. London: University of Sussex, 2016.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

KONRADT, C. E. et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 93-96, 2013.

LAGATTUTA, K. H.; SAYFAN, L.; BAMFORD, C. Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report. **Journal of Experimental Child Psychology**, New York, v. 113, n. 2, p. 211-232, oct. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3a ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York: Spring Publishing Company, 1984.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Coping and adaptation. In: GENTRY, W. D. (Ed.). **Handbook of Behavioral Medicine**. New York: The Guilford Press, 1984. p. 282-325.

LEITE, M. E.; MOREIRA, V. A contribuição de Tellenbach e Tatossian para uma compreensão fenomenológica da depressão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, 46-56, 2009.

LIJFFIJT, M.; HU, K.; SWANN, A. C. Stress modulates illness-course of substance use disorders: a translational review. **Frontiers in Psychiatry**, Switzerland, v. 5, p. 83, july 2014.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996.

LOPES, C. H.; JORGE, M. S. Symbolic interacionism and the possibility to the interactive care in nursing. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n. 39, p. 103-108, mar. 2005.

MACDONALD, M.; SCHREIBER, R. S. Constructing and deconstructing: grounded theory in a postmodern world. In: SCHREIBER, R. S.; STERN, P. N. (Ed.), **Using grounded theory in nursing**. New York: Springer Publishing Company, 2001. p. 35-53.

MCCLAIN, N.; AMAR, A. F. Female survivors of child sexual abuse: finding voice through research participation. **Issues in Mental Health Nursing**, London, v. 34, n. 7, p. 482-487, july, 2013.

MARQUES, M. F.; LOPES, M. José. O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, p. 51-56, fev. 2015. Edição especial 2. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a09.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

MARTINS, C. M. S. **Análise da ocorrência de Estresse Precoce em pacientes psiquiátricos adultos**. 2012. 116 f.Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MARTINS, C. M. S. et al. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. **Psychology & Neuroscience**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-227, 2011.

MARTINS, C. M. S. et al. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. **The Journal of nervous and mental disease**, United States, v. 202, n.11, p.774-782, nov. 2014.

MAZURE, C. M. **Does stress cause mental illness?** Washington: American Psychiatric Press, 1995.

MELLO, A. F. et al. Maus tratos na infância e psicopatologia do adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, p. 41-48, out. 2009. Suplemento 2.

MORSE, J. M.; RICHARDS, L. **Readme first for a user's guide to qualitative methods**. Thousand Oaks: SAGE, 2002.

MURPHY, L. B.; MORIARTY, A. E. **Vulnerability, coping and growth**. New Haven: Yale University Press, 1976.

NUNES, T. G. R. et al. Fatores de risco e proteção na escola: reprovação e expectativas de futuro de jovens paraenses. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 203-210, ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **La depresión**: nota descriptiva n°369. Ginebra, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>. Acesso em: 25 maio 2016.

OSHRI, A. et al. Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v. 25, n. 4, 634-644, dec. 2011.

OSHRI, A.; TUBMAN, J. G.; BRUNETTE, M. Childhood maltreatment histories, alcohol and other drug use symptoms, and sexual risk behavior in a treatment sample of adolescents. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 102, p. 250-257, may 2012. Supplement 2.

PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ, M. et al. Psychopathology and resilience in relation to abuse in childhood among youth first referred to the psychiatrist. **Vojnosanitetski pregled**, Beograd, v. 71, n. 6, p. 565-570, june 2014.

PEREIRA, D. C. et al. Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 2014.

PINTO, A. C. S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, jun. 2014.

PITCHOT, W. et al. Recovering from depression: a matter of objective and determination. **Revue Medicale de Liege**, Belgium, v. 65, n. 5-6, p. 370-380, 2010.

PRAGMATISM. In: AUDI, R. (Ed.). **The Cambridge dictionary of philosophy**, 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2005. p. 730.

_____. In: OXFORD LIVING DICTIONARIES, Oxford, 2010. Disponível em: <http://www.oxforddictionaries.com/view/entry/m_en_gb0654890#m_en_gb0654890>. Acesso em: 12 ago. 2015.

REISDORFER, E. **Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde.** 2013. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ROGERS, C. R. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as developed in the client-centered framework. In: KOCH, S. **Psychology: a study of a science**: study 1. São Paulo: McGraw-Hill, 1959. v. 3. p. 184-256.

RUZZI-PEREIRA, A. **Doença mental**: ações de parenting e suporte social. 2007. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SALEH, A. et al. Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. **Psychological Medicine**, London, v. 47, n. 1, p. 171-181, jan. 2017.

SANDERS, J. et al. The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. **Child abuse & neglect**, Oxford, v. 42, p.40-53, apr. 2015.

SANTIAGO, A.; HOLANDA, A. F. Fenomenologia da Depressão: uma Análise da Produção Acadêmica Brasileira. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 19,

n. 1, p. 38-50, jan./jul, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a06.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SARTORIUS, N. Concepts of depression: sporadic revolutions of continuous evolution. **Human psychopharmacology**, England, v. 16, p. 3-6, jan. 2001. Supplement 1.

SLAVICH, G. M.; MONROE, S. M.; GOTLIB, I. H. Early parental loss and depression history: associations with recent life stress in major depressive disorder. **Journal of Psychiatric Reserach**, Oxford, v. 45, n. 9, p. 1146-1152, sep. 2011.

SOMAINI, L. et al. Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, Fayetteville, v. 35, n. 8, p. 1771-1778, 2011.

SOUZA, A. P. L. et al. Juventude em cena: tecnologia social para promoção da cidadania e enfrentamento à violência. In: HABIGZANG, L. F. et al. **Violência contra crianças e adolescentes**: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. cap. 20.

STIDHAM, A. W. et al. Altruism in survivors of sexual violence: The typology of helping others. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, United States, v. 18, n. 3, p. 146-155, may/june 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2a ed. Artmed: Porto Alegre, 2008.

TANURE, B. et al. Estresse, Doença do Tempo: um estudo sobre o uso do tempo pelos executivos brasileiros. **Estudos em Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 65-88, abr. 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10480/8311>. Acesso em: 18 dez. 2016.

TEIXEIRA, C. A. B. **Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

TEIXEIRA, C. A. B. et al. Testes psicológicos utilizados para avaliar estresse na criança: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p, 53-58, jan./abr. 2015.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372, dez. 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Qualitative and Quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 39, p. 507-514, 2005.

VANAELST, B. et al. Epidemiological approaches to measure childhood stress. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Oxford, v. 26, n. 3, p. 280-297, may 2012.

WALSH, N. D. et al. General and specific effects of early-life psychosocial adversities on adolescent grey matter volume. **NeuroImage Clinical**, Amsterdam, v. 4, p. 308-318, jan. 2014.

WANDEKOKEN, K. D.; VICENTE, C. R.; SIQUEIRA, M. M. de. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 161-167, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n3/08.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

WILLIAMS, L. C. A. Abuso sexual infantil. In: GUILHARDI, H. J.; MADI, P. P; QUEIROZ, M. **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. ESETec: [s.n.], 2002.. p. 155-164.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Diseases (ICD-10)**: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 4nd ed. Ginebra, 1992.

# *APÊNDICES*

*“Estamos feitos, mas não estamos acabados”. (Provérbio popular)*

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “SIGNIFICADOS DO ESTRESSE PRECOCE PARA PORTADORES DE DEPRESSÃO”, de responsabilidade dos pesquisadores Carla Araujo Bastos Teixeira (Enfermeira, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP-USP) e Profa. Dra. Edilaine C. Silva Gherardi-Donato (docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP-USP). O objetivo da pesquisa é entender como aconteceram as situações estressantes durante a infância em adultos portadores e não portadores de depressão.

Caso aceite participar, todos os procedimentos da pesquisa irão realizar-se de forma a garantir sua privacidade. Você irá responder perguntas sobre “Quem é você” como idade, estado civil e profissão, por exemplo. Além de questões sobre situações estressantes que ocorreram durante a infância. A depender do resultado do instrumento sobre estresse na infância, você será avisado se continuará participando da pesquisa, embora seja garantido o direito ao acolhimento e suporte, se necessário. O tempo de preenchimento destes instrumentos será de aproximadamente 60 minutos. O preenchimento dos instrumentos será em local reservado com horário previamente agendado.

Os dados coletados, pelos instrumentos, serão utilizados anonimamente para o relatório final da pesquisa e publicação dos resultados em periódicos científicos, seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa. É considerado risco no presente estudo a possibilidade de surgimento de sentimentos negativos como constrangimento, tristeza dentre outros durante a entrevista. Caso apresente qualquer alteração, suas necessidades serão prontamente acolhidas pela entrevistadora e encaminhadas ao serviço de saúde se necessário.

Sua participação será voluntária e você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, em qualquer momento da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum. Você também terá direito a ser esclarecido sobre o que desejar em qualquer momento da pesquisa. Não haverá prejuízos ou custos, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação nesse estudo. Sua participação contribuirá no melhor entendimento sobre estresse na infância e depressão. Caso ocorram danos decorrentes de sua participação na pesquisa, será assegurado o direito à indenização, por parte dos pesquisadores, conforme as leis vigentes no país.

Este termo será preenchido e assinado pelos pesquisadores e por você em duas vias. Uma delas ficará com você. Caso necessite de esclarecimentos ou tenha alguma duvida você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP que têm a função de proteger eticamente o participante ou qualquer uma dos pesquisadores que assinam abaixo:

| | |
|---|---|
| Carla Araujo Bastos Teixeira | Edilaine C. Silva Gherardi-Donato |

Telefone para contato 16 98166-7811/ e-mail carlinhateixeira@.usp.br

Consentimento pós-esclarecido

Eu,_____, RG _____ confirmo que os pesquisadores me explicaram o objetivo dessa pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário dessa pesquisa. Ribeirão Preto, _____/_____/_____

Assinatura do participante_____

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (3315-9197) Horário de funcionamento (dias úteis, das 8h às 17h)

## APÊNDICE B – Questionário sóciodemográfico

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATA ___/____/_____** | | | | | |
| **1.** Número do sujeito no banco: | | | | | |
| **2. Sexo:** 1. □ Masculino / 2. □ Feminino | | | | | |
| **3. Data de Nascimento?** | | | | | |
| **4. Estado Civil?** 1. □ Casado ou com companheiro / 2. □ Solteiro / 3. □ Divorciado/separado / 4. □ Viúvo | | | | | |
| **7. Religião?** 1. □ Católico / 2. □ Protestante / 3. □ Espírita / 4. □ Agnóstico/ 5. □ outras_____ | | | | | |
| **8. Praticante?** 1. □ sim / 2. □ não | | | | | |
| **9. Você mora com:** 1. □ Família (mãe, pai ou filhos) / 2. □ Parentes (tios, primos, avós) / 3. □ República / 4. □ Sozinho / 5. □ Outros: _____ | | | | | |
| **10. Número de pessoas que residem com você: ____ 10.1 Renda familiar:** | | | | | |
| **11. Profissão** _____ | | | | | |
| **12. No último ano você esteve em consulta com o médico clínico ou psiquiatra?** 1. □ Não (passe para a questão 14) / 2. □Sim | | | | | |
| **13. Qual o motivo principal pelo qual você procurou esse atendimento?** _____ _____ | | | | | |
| **14. Toma algum medicamento (analgésicos, calmantes, relaxantes musculares, etc)?** 1. □ Não / 2. □ Sim – Quais: _____ | | | | | |
| **15. Número de internações psiquiátricas:** | | | | | |
| **16. Fuma atualmente?** 1. □ Não 2. □ Sim Quantos cigarros ao dia? _____ Há quanto tempo? _____ | | | | | |
| **17. Consome bebida alcoólica?** 1. □ Não / 2. □ Sim Quantas vezes na semana? _____ | | | | | |
| **18. Diagnóstico médico prévio? Se sim, qual CID?** _____ | | | | | |

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Hoje iremos conversar sobre você e como você chegou até aqui. Você pode levar o tempo que for preciso para isso. Comece contando-me o quem é você...

Tópicos norteadores:

- Depressão (contexto)
- Experiências na infância
- Relação *traumas* x *depressão*

# *ANEXOS*

*“Aquele que não se considera ser desprovido de algo não deseja aquilo de que não acredita precisar”*

*(Platão)*

## ANEXO *A* – *Childhood Trauma Questionnaire*

**CTQ –** Após ler cada afirmação, faça um **"X"** na opção escolhida.

| Enquanto eu crescia... | Nunca | Poucas Vezes | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer. | | | | | |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. | | | | | |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)". | | | | | |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. | | | | | |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. | | | | | |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas. | | | | | |
| 7. Eu me senti amado (a). | | | | | |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. | | | | | |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. | | | | | |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. | | | | | |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. | | | | | |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. | | | | | |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. | | | | | |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. | | | | | |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. | | | | | |
| 16. Eu tive uma ótima infância. | | | | | |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. | | | | | |
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. | | | | | |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. | | | | | |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. | | | | | |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | | | | | |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo. | | | | | |
| 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. | | | | | |
| 24. Alguém me molestou. | | | | | |
| 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. | | | | | |
| 26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. | | | | | |
| 27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. | | | | | |
| 28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. | | | | | |

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para a Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.0302 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - nepe@usp.br

**Ofício CEP-EERP/USP nº 159/2016, de 01.06.2016**

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 30 de maio de 2016.

**Protocolo CAAE:** 53782716.3.0000.5393

**Projeto:** Significados do estresse precoce para os portadores de depressão

**Pesquisadores:** Carla Araujo Bastos Teixeira
Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato (orientadora)

***Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.***

Atenciosamente,

**Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile**
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
**Prof.ª Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato**
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## ANEXO C – Autorização do campo de coleta

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OF. 4456/15 – GS
RG/rg

Ribeirão Preto, 04 de Novembro de 2015.

Senhora Orientadora,

Informo que o Gerente do CAPS III, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto–SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada na sua respectiva unidade . Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "SIGNIFICADOS DO ESTRESSE PRECOCE PARA PORTADORES DE DEPRESSÃO "sob a responsabilidade da Profa Dra.Edilaine C Silva Gherardi Donato.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal de Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

**Ronaldo Guizzo**
**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa**
**da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustrissima Senhora
**PROFa Dra.EDILAINE C. SILVA GHERARDI DONATO**
Orientador do Projeto de Pesquisa
EERP-USP
Nesta

## MENSAGEM FINAL

“Não é sobre ter
Todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar
**Alguém zela por ti**
É sobre cantar e **poder escutar**
**Mais do que a própria voz**
É sobre dançar na chuva de vida
Que cai sobre nós

É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito
É **saber sonhar**
E, então, fazer valer a pena cada verso
Daquele poema **sobre acreditar**

Não é sobre chegar no topo do mundo
E saber que venceu
É sobre escalar e sentir
Que **o caminho te fortaleceu**
É sobre **ser abrigo**
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo
Em todas as situações

**A gente não pode ter tudo**
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso, eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe
Pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro
É capaz de comprar
E sim sobre **cada momento**
Sorrindo a se compartilhar
Também não é sobre correr
Contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera
A vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça teus pais
Enquanto estão aqui
**Que a vida é trem-bala, parceiro**
**E a gente é só passageiro prestes a partir**”

(*Trem Bala – Ana Vilela)*