

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO,
PLANEJAMENTO E TERRITÓRIO

LUCAS XAVIER SOARES

**SAÚDE MENTAL E AS CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E
REGIONAIS: uma análise a partir do diálogo da
abordagem das capacitações e da terapia cognitiva
comportamental**

LUCAS XAVIER SOARES

**SAÚDE MENTAL E AS CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E
REGIONAIS: uma análise a partir do diálogo da
abordagem das capacitações e da terapia cognitiva
comportamental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Planejamento e Território da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), como um dos requisitos para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Desenvolvimento, planejamento e território

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento, Sustentabilidade e território

Orientador: Luiz Eduardo Vasconcelos Rocha

SÃO JOÃO DEL REI – MINAS
GERAIS

2024

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB) e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

X586s Xavier Soares, Lucas .
SAÚDE MENTAL E AS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS,
DEMOGRÁFICAS E REGIONAIS: uma análise a partir do
diálogo da abordagem das capacitações e da terapia
cognitiva comportamental / Lucas Xavier Soares ;
orientador Luiz Eduardo Vasconcelos Rocha. -- São
João del-Rei, 2024.
167 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento, Planejamento e Território) -
Universidade Federal de São João del-Rei, 2024.

1. Abordagem das Capacitações. 2. Psicologia. 3.
Economia. 4. Terapia Cognitiva Comportamental . 5.
Depressão. I. Eduardo Vasconcelos Rocha, Luiz ,
orient. II. Título.

LUCAS XAVIER SOARES

**SAÚDE MENTAL E AS CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E
REGIONAIS: uma análise a partir do diálogo da
abordagem das capacitações e da terapia cognitiva
comportamental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Planejamento e Território da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), como um dos requisitos para obtenção do grau de mestre.

Aprovado:

BANCA EXAMINADORA

(Orientador(a))

(Coorientadora)

(Membro externo)

_(Membro interno)

SÃO JOÃO DEL REI – MG

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, primeiramente, por sempre me guiar e se fazer presente a cada momento desta jornada.

Um agradecimento especial para minha mãe, que sempre me acolheu em momentos aflitos e, sempre me conduziu da melhor maneira possível. Desde a minha infância, sempre tentando proporcionar estabilidade e um ambiente para um desenvolvimento saudável.

Agradeço a minha família nuclear, que sempre me apoiou e me incentivou a crescer e sempre melhorar enquanto profissional e pessoalmente.

Não posso esquecer de agradecer meus professores de base na graduação e em especial a Juliana Marçal que fez meus olhos brilharem com a vida acadêmica e com o desenvolvimento humano e, Rhaísa Gontijo Soares que me apresentou a Terapia Cognitiva e me fez apaixonar pela clínica cognitiva aplicada e suas construções teóricas. Ambas que com paciência e amor a profissão me inspirou a dar o melhor de mim enquanto psicólogo.

Agradeço, claro, a equipe de excelentes professores do PGDPLAT/UFSJ, que sempre buscou proporcionar momentos incríveis de conhecimentos e discussões para inspirar a produção de uma ciência mais refinada. Não posso deixar de destacar a professora Simone de Faria Narciso Shiki, que acolheu não somente a mim, mas a todos de minha turma com imenso carinho e paciência. Ao falar da turma, agradeço a todos os colegas que fizeram parte dessa jornada, saio dessa experiência com grandes e excepcionais amigos.

Agradeço, especialmente, ao Luiz Eduardo Vasconcelos Rocha, por toda a dedicação, carinho e paciência que teve comigo nesta jornada. Uma pessoa incrivelmente humana e inteligentíssima, que proporcionou, a partir de sua orientação, esta dissertação com resultados magníficos. E, claro, por me apresentar Amartya Sen, que sempre fará parte de meu arcabouço teórico.

Como também, agradeço a todos os meus amigos que torceram por mim, mas em destaque o Wilson José que à seus modos sempre me colocou para cima e incentivando a estudar.

RESUMO

Esta dissertação se constitui de uma tentativa de promover o diálogo entre a abordagem das capacitações e a terapia cognitiva comportamental. Não se vislumbra, aqui, sobrepor ou demonstrar qual é mais importante, mas em uma perspectiva complementar. Para tal, foi mostrado dentro da construção teórica de Amartya Sen, que ele utiliza preceitos psicológicos (com o recorte da terapia cognitiva comportamental de Aaron Beck) e que ambas são complementares. Nesta mesma perspectiva, como objetivos específicos, além do diálogo teórico, buscou-se analisar o desenvolvimento humano direcionado a saúde mental com ênfase na depressão e, como dados de características individuais podem interferir na autopercepção e saúde e bem-estar. O recorte dos dados são para a população brasileira e, como princípios norteadores da metodologia, utilizou-se análise qualitativa e quantitativa, numa perspectiva complementar a fim de evitar qualquer limitação que ambas podem apresentar, esta pesquisa é denominada pesquisa social integrada. Válido ressaltar que, de acordo com os modelos econométricos, foi possível aplicar a abordagem das capacitações, que seria um ponto a ser melhor desenvolvido entre todos os estudiosos da área. A base de dados utilizada na dissertação foi a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Os resultados foram efetivos, atribuído diversas possibilidades de análises. Conforme os modelos estatísticos estimados, pode-se perceber diversas fragilidades dentro do desenvolvimento humano social de um indivíduo, mais específico da região nordeste do Brasil, ao qual apresenta maior suscetibilidade para transitar sua auto percepção de uma saúde e bem estar muito boa e boa para regular, ruim e muito ruim. O que chama atenção, também, são os dados das mulheres de todas as regiões, que são mais propícias a desenvolver depressão, mas quando se olha para a auto percepção delas, são mais resilientes. De acordo com os resultados, a partir da PNS, as mulheres detêm 14,3% de diagnóstico de depressão enquanto os homens possuem apenas 4,9%. Quando se olha o recorte para a renda dos indivíduos quanto maior a renda, maior o índice de diagnóstico, sendo 1/4 S.M (8%), 1/4 até 1 S.M (8,9%), 1 até 3 S.M (10,6%), 3 até 5 S.M (11,5%) e +5 S.M (13,7%). Dentro de análises econométricas e descritivas, é possível perceber o panorama da saúde mental (ênfase em depressão) do Brasil desde 2013 à 2019. Entretanto, outro resultado que é expressivo são as autopercepções das populações com o diagnóstico de depressão, sendo que mesmo com os vieses negativos do transtorno, 40,9% detêm a auto percepção de bom para saúde, saúde mental e o bem-estar. Como considerações finais, sublinha-se, neste sentido, que as intervenções sociais por meio de políticas públicas, conforme visto nos resultados, investir

mais em saúde e educação pode ser o caminho para a transformação social. Pois, quanto maior o nível de estudo, menor prejuízos cognitivos referente a auto percepção da saúde, da saúde mental e da depressão em si, até mesmo quem já foi diagnosticado. Reforça-se, também, os instrumentos e ferramentas públicas que os gestores da saúde podem utilizar para intervir nesta realidade, pois, promovendo a acessibilidade nos CAPS, CRAS, CREAS, UBS e outros, pode-se gerar transformações importantes para o bem estar do indivíduo e social. E, fica nítido como uma consideração final desta dissertação, destacar a importância de criar políticas públicas interventivas no âmbito da saúde da mulher, no cenário da saúde e educacional para a região do nordeste, pois fica evidente as fragilidades nestes cenários quando se olha os resultados.

Palavras-chaves: Abordagem das capacitações, depressão, economia, psicologia e terapia cognitiva.

ABSTRACT

This dissertation is an attempt to promote dialogue between the capabilities approach and cognitive behavioral therapy. We do not envisage, here, overlapping or demonstrating which is more important, but from a complementary perspective. To this end, it was shown within Amartya Sen's theoretical construction that he uses psychological precepts (with a focus on Aaron Beck's cognitive behavioral therapy) and that both are complementary. From this same perspective, as specific objectives, in addition to theoretical dialogue, we sought to analyze human development aimed at mental health with an emphasis on depression and how data on individual characteristics can interfere with self-perception and health and well-being. The data cut is for the Brazilian population and, as guiding principles of the methodology, qualitative and quantitative analysis was used, from a complementary perspective in order to avoid any limitations that both may present, this research is called integrated social research. It is worth noting that, according to econometric models, it was possible to apply the capabilities approach, which would be a point to be better developed among all scholars in the area. The database used in the dissertation was the 2019 National Health Survey (PNS). The results were effective, with several possibilities for analysis. According to the estimated statistical models, it is possible to perceive several weaknesses within the social human development of an individual, more specific to the northeast region of Brazil, to which he/she is more susceptible to transiting his/her self-perception of very good health and well-being and good for regular, bad and very bad. What also draws attention is the data from women from all regions, who are more likely to develop depression, but when you look at their self-perception, they are more resilient. According to the results, from the PNS, women have 14.3% of depression diagnoses while men have only 4.9%. When looking at the cut-off for individuals' income, the higher the income, the higher the diagnosis rate, with 1/4 S.M (8%), 1/4 up to 1 S.M (8.9%), 1 to 3 S.M (10.6%), 3 to 5 S.M (11.5%) and +5 S.M (13.7%). Within econometric and descriptive analyses, it is possible to perceive the panorama of mental health (emphasis on depression) in Brazil from 2013 to 2019. However, another result that is significant are the self-perceptions of populations diagnosed with depression, and even with the negative biases of the disorder, 40.9% have a self-perception of good health, mental health and well-being. As final considerations, it is highlighted, in this sense, that social interventions through public policies, as seen in the results, investing more in health and education can be the path to social transformation. Because, the higher the level of study, the less cognitive damage related to self-perception of health, mental health and depression itself, even those who have already been diagnosed. The public

instruments and tools that health managers can use to intervene in this reality are also reinforced, as, by promoting accessibility in CAPS, CRAS, CREAS, UBS and others, important transformations can be generated for the well-being of the population. individual and social. And, as a final consideration of this dissertation, it is clear to highlight the importance of creating interventionist public policies in the context of women's health, in the health and educational scenario for the northeast region, as the weaknesses in these scenarios are evident when looking at the results.

Keywords: Capabilities approach, depression, economics, psychology and cognitive therapy.

O mundo da subjetividade é um mundão!

COMIM, 2021, p.175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das variáveis do modelo e os seus respectivos códigos na base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019	29
Tabela 2 – Aproximações e divergências teóricas entre a terapia cognitiva comportamental e a abordagem das capacitações.....	106
Tabela 3 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil 2019.....	110
Tabela 4 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil e regiões 2019.....	112
Tabela 5 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil e as condições de gênero - 2019.....	114
Tabela 6 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo as condições de inserção na força de trabalho - 2019.....	115
Tabela 7 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo os estratos de idade - 2019.....	116
Tabela 8 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo a raça - 2019.....	118
Tabela 9 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo a renda per capita domiciliar - 2019.....	119
Tabela 10 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o estado civil - 2019.....	120
Tabela 11 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o gênero e a situação censitária - 2019.....	122

Tabela 12 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade com ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa e a condição de diagnóstico médico - 2019.....	122
Tabela 13 – Atendimento médico da população com diagnóstico de depressão segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019.....	124
Tabela 14 – Local onde a população com diagnóstico de depressão recebeu assistência segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019.	125
Tabela 15 – População com diagnóstico de depressão que utilizou medicação segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019.....	126
Tabela 16 - Local de atendimento médico procurado pela população com diagnóstico de depressão e condição de saúde para esse evento nas duas semanas da entrevista quando estão doentes, 2019.....	128
Tabela 17 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o nível de instrução- 2019.....	130
Tabela 18 – Manifestação da percepção do estado de bem estar físico e mental da população com diagnóstico de depressão e condição de saúde para esse evento nas duas semanas da entrevista, 2019.	132
Tabela 19 – Razão relativa de risco (RRR) de transição da auto percepção em saúde.....	136

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo o acesso ao serviços médicos.....	140
Gráfico 2 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo o acesso ao serviços médicos.....	142
Gráfico 3 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo o acesso ao serviços médicos.....	143
Gráfico 4 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo o acesso ao serviços médicos.....	143
Gráfico 5 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo os níveis de instrução.....	145
Gráfico 6 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo os níveis de instrução.....	146
Gráfico 7 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo os níveis de instrução.....	147
Gráfico 8 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo os níveis de instrução.....	148

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Cognitivo de Aaron Beck.....	74
Figura 2. Tríade Cognitiva de Aaron Beck.....	76
Figura 3: Nivelção das crenças.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Abordagem das Capacitações
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMP	Associação Mineira de Psiquiatria
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código Internacional de Doenças
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COVID	Corona Virus Disease
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Pan American Health Organization
PANS	Pensamentos Automáticos Negativos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNB	Produto Nacional Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC ou TC	Terapia Cognitiva Comportamental
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA's	Unidades Primárias de Amostragem
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 OBJETIVOS.....	24
1.1.1 Objetivo Geral.....	24
1.1.2 Objetivos Específicos.....	24
2. METODOLOGIA.....	25
2.1 MODELO CONCEITUAL.....	26
2.2 COMPREENDENDO AS “TAXAS DE CONVERSÃO”	28
2.3 MODELO ECONOMÊTRICO: regressão logística.....	30
2.3.1 Modelo Logit binomial.....	31
2.4 FONTE DE DADOS.....	34
3. ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES DE AMARTYA SEN.....	36
3.1 OPERACIONALIZAÇÃO DA ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES...44	
4. SAÚDE, SAÚDE MENTAL E A TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK.....	47
4.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE.....	47
4.2 SAÚDE MENTAL.....	50
4.2.1 Percepção e sua importância.....	52
4.3 SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	56
4.3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	62
4.4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, SINTOMAS E DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO.....	65
4.5 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: PRÍNCIPIOS TEÓRICOS EM AARON BECK.....	71
4.6 PSICOPATOLOGIA E TRANSTORNOS MENTAIS SOB O OLHAR DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL.....	78
4.6.1 Objetivos e contemporaneidade da terapia cognitiva comportamental.....	80
4.6.2 A depressão em Aaron Beck.....	81
4.7 A VULNERABILIDADE ENQUANTO PROMOTORA DO SOFRIMENTO MENTAL.....	86

5. ATRAVESSAMENTOS ENTRE ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES E TERAPIA COGNITIVA COMPORTEMNTAL.....	89
6. ANÁLISES DOS DADOS E RESULTADOS.....	110
6.1 ANÁLISE DESCRITIVA.....	110
6.1.1 Incidência da depressão na população brasileira com 15 anos ou mais de idade.....	110
6.1.2 Depressão e recursos – acesso à saúde e a educação.....	122
6.1.3 Depressão e percepção de bem estar.....	131
6.2 ANÁLISE DAS TRANSIÇÕES DA AUTO PERCEPÇÃO.....	133
6.2.1 Auto percepção de saúde através das interpretações da população com diagnóstico por depressão.....	133
6.2.2 O acesso a saúde diante as características e a transição da percepção em saúde.....	139
6.2.3 O acesso à educação diante as características e a transição da percepção em saúde.....	144
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema atual e essencial para a saúde humana. A abordagem das capacitações possui potencial para contribuir nas investigações de como a saúde mental pode interferir na qualidade de vida e no cotidiano (VIEWEGER, 2020, p.43). Mensurar estatisticamente possibilidades de transição da auto percepção de saúde mental é fundamental para elaborações de políticas públicas intervencionistas, conforme a realidade brasileira.

Ao olhar adoecimento mental enquanto assunto necessário para investigação, Santomauro e col. (2022, p.137) atribuem que os transtornos mentais são cada vez mais reconhecidos como as principais causas do fardo das doenças. Os autores ainda completam que a comissão sobre a saúde mental global e o desenvolvimento sustentável enfatizaram a saúde mental como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento de todo os países. Nesta visão, contempla teoricamente o que é sustentado por Amartya Sen em sua Abordagem das Capacitações, tal qual, supre a necessidade do olhar para a saúde mental enquanto uma capacitação importante para o desenvolvimento humano do indivíduo.

Enfatiza-se o olhar para a depressão, uma vez que Pan American Health Organization (PAHO) (2021) e a World Health Organization (WHO) (2021), contribuem que: “3,8%, aproximadamente, da população sofra de depressão, incluindo que 5% dos adultos (4% entre os homens e 6% entre as mulheres) e 5,7% dos adultos com mais de 60 anos. Aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão”. Ainda de acordo com as organizações, a depressão é cerca de 50% mais comum entre as mulheres do que os homens, sendo que nas mulheres há uma leitura de maior incidência entre a gestação e o puerpério. Sendo válido ressaltar, também que, a depressão é um transtorno base para ideações e tentativas de autoextermínio, logo, as organizações sublinham que mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, nesta perspectiva, o suicídio é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 à 29 anos.

“Entre 1990 e 2017, houve um aumento considerável no número de depressão no Brasil. Portanto, maior atenção deve ser dada à saúde mental, pois há mais pessoas convivendo com depressão e a tendência é que ela aumente à medida que a população envelhece. Especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento da expectativa de vida devido à melhoria da saúde reprodutiva, nutrição e controle de doenças infecciosas na infância resulta em mais pessoas vivendo até a idade adulta, a idade média da população aumenta e a carga de doenças se transfere para as não transmissíveis e doenças crônicas e deficiências, como depressão”. (BONADIMAN *et.al*, 2020, p.9).

Ao abordar saúde mental, adentra-se em um campo da ciência denominado Psicologia, ao qual seu berço atribui diversas leituras diferenciadas em relação ao indivíduo e ao mundo. No nascimento das teorias, as ideias advêm comprometidas com as concepções de ser humano, atreladas ao social, à ética, às ações, ao qual objetiva – ou não – gerar transformações, marcando então, um determinado posicionamento político (FREITAS e RECK, 2017, p.76). Ou seja, a Psicologia assume uma pluralidade de práticas, que norteia o feito profissional de cada psicólogo. Para a leitura do contexto psíquico do indivíduo, nesta dissertação, utiliza-se como suporte a leitura de ser humano, conforme a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) de Aaron Beck.

Essa abordagem vem da compreensão de Judith Beck (1997) sobre a leitura de Aaron Beck sobre a depressão, que afirma o nascimento da TCC, sendo o marco importante para o desenvolvimento dos conceitos utilizados pela abordagem, como também, as intervenções que sustentam o fazer prático dos psicólogos. No diálogo entre economia e psicologia, Judith Beck (1997) traz a visão do ser humano como um produto de suas interpretações situacionais, as quais podem ser tendenciosas devido ao histórico de vida, formado pela experiência ao longo da vida. Neste cenário, sublinha a abordagem mais interessante para efetuar as leituras dos resultados e análise de dados aqui realizados, pois, a TCC leva em consideração a auto percepção do indivíduo, ou seja, suas construções cognitivas diante as situações.

Uma possível aproximação da TCC e Abordagem das capacitações (AC) ocorre quando se vislumbra trabalhar com o conceito de saúde, que diante da complexidade que o tangencia, o conceito é trabalhado em diferentes áreas do conhecimento. Entretanto, universalmente conhecido através da Organização Mundial de Saúde (OMS), que expõe claramente: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (GAINO *et.al*, 2018, p.110). Saúde e saúde mental têm conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sociopolíticos e pela evolução de práticas em saúde. Como também visto em Nussbaum (*apud* SANTOS, 2018), muito condiz da individuação para o desenvolvimento e bem-estar subjetivo de cada indivíduo, como também a liberdade de pensar, sentir e agir. Contemporaneamente, os discursos, que associam termos utilizados por diversas ciências, são fortemente sustentados por um discurso hegemônico, como se fossem específicos da medicina. Entretanto, a saúde é multidisciplinar, e a atuação de diversas áreas tem contribuído cada vez mais para o aprimoramento e o desenvolvimento dos conceitos, desconstruindo então o discurso hegemônico da medicina (GAINO *et.al*, 2018, p.110).

Ainda, pode-se dizer que pelo uso da Psicologia como uma parte da sustentação teórica desta pesquisa, logo, perceber-se-á que a aproximação entre pressupostos utilizados por Sen, dentro da Economia, e pressupostos utilizados pela Psicologia podem trazer um diálogo profícuo para pensar o desenvolvimento humano. Assim, Sen (1999) é pluralista em vários sentidos, muitos concretos. Talvez o maior deles seja de que ele é pluralista sobre os ‘sentimentos morais’ que caracterizam a humanidade. Tanto na psicologia quanto na análise das capacitações, os indivíduos têm a capacidade de escolher e utilizar os recursos em prol dos fundamentos para a saúde mental.

Na percepção de Sen (1999), o desenvolvimento abrange muito mais do que o crescimento econômico e a disponibilidade de bens e serviços em uma economia, o desenvolvimento envolve as liberdades individuais e a possibilidade de escolher individualmente sobre o uso dos bens para a expansão das capacitações individuais. Assim, esse autor adota um conceito multidimensional para o desenvolvimento (GIACOMELLI *et.al*, 2017, p.55). Desta forma, Comim (2021, p.17) também sublinha o que Giacomelli *et.al* (2017) expõem, atribuindo que o termo desenvolvimento é uma expressão equívoca, pelo simples fato de ser multidimensional, outrora expondo o atravessamento de diversas outras ciências – de maneira não intencional, visto superficialidade do uso de conceitos importantes – como supracitado.

Nesta perspectiva, essa dissertação busca compreender a capacidade de ação do indivíduo diante a sua realidade, de forma a transformar recursos em bem-estar e saúde mental. Através de uma análise empírica de microdados¹, fornecer suporte para uma análise de transformações de recursos em bem-estar e saúde mental. Como conceitos importantes a compreender, uma vez que vão compor a base teórica desta dissertação, se apresentam, conforme Comim (2021) e Chiappero *et.al* (2019): fatores de conversão, processos de conversão e taxas de conversão. O fator de conversão são as características individuais, sociais e mesmo ambientais que afetam a produção de funcionamentos diferentes, enquanto o processo de conversão explica como esses fatores são combinados e, as taxas de conversão, por sua vez, capturam como fatores de conversão afetam o processo de conversão de recursos em funcionamentos (COMIM, 2021, p.171). Os funcionamentos são elementos importantes para as pessoas, permitindo maior capacitações e a liberdade de escolhas de vidas possíveis. Entre os funcionamentos básicos, pode-se citar a saúde e a educação.

¹ Sendo válido ressaltar que todos os resultados dessa dissertação advêm da base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, visto que, a PNS leva em consideração a auto percepção do entrevistado. Enfatiza que foi a única base de dados utilizado.

Da mesma forma, conforme supracitado, a capacidade de ação é influenciada pelo histórico de vida do indivíduo e sua realidade. Logo, Beck (1997) afirma que, conforme a gravidade e o fluxo dos pensamentos e interpretações tendenciosas, que são enviesadas por seu histórico, o indivíduo inclina-se para possíveis sofrimentos mentais² (ou psicopatologias). Considerando os apontamentos realizados, o questionamento que se coloca é: ‘Quais são as relações existentes entre as características dos indivíduos, o acesso aos bens públicos e privados de saúde, condicionado pelas desigualdades regionais e pelas condições da saúde mental, na capacidade de conversão em bem-estar, representado pela auto percepção da qualidade de vida?’ Esse questionamento, a partir da distinção dos conceitos de qualidade de vida e saúde mental, poderá ser respondido através de uma ampla análise das condições da saúde mental dos brasileiros e como essa situação condiciona, acrescida das características individuais, sociais e territoriais, a capacidade dos indivíduos transformarem recursos em qualidade de vida. Essa capacidade pode ser definida como taxa de conversão.

Para auxiliar a responder a pergunta, fez-se uso de pesquisa bibliográfica para sustentar as discussões teóricas, agregada a replicação das estimações econométricas propostas por Chiappero-Martinetti e Salardi (2008), adaptadas para a realidade da saúde brasileira, tendo como marco suas características (raça, educação, nível salarial, região e outras), para traçar esta auto percepção do estado de saúde.

Como hipótese tem-se que o indivíduo empregado, mais próximo a vida adulta, da cor branca, do sexo masculino e com maior avanço na escolaridade possui maior capacidade de transformação de recursos em saúde, mesmo havendo a incidência de transtornos mentais leves, e aqueles indivíduos que são marginalizados de alguma forma, que são privados da liberdade de escolha, não conseguem transformar recursos em saúde, agravando essa incapacidade na presença de transtornos mentais e atribuindo uma auto percepção negativa de sua saúde. Ainda levanta-se a hipótese de que, recursos financeiros nem sempre são transformados em saúde mental, uma vez que, os pensamentos situacionais e a auto percepção possuem um espaço valioso nas decisões e escolhas do indivíduo.

² Não se utilizará o termo doença mental, uma vez que Del’Olmo e Cervi (2017, p.198) sublinha que o sofrimento psíquico tem sido compreendido pela sociedade como objeto de intervenção da ciência médica. Nesse sentido, tal sofrimento tem recebido o rótulo de “doença mental”, merecendo diferentes nomenclaturas: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, que têm sido utilizados em diferentes momentos da história. Fato é que a convivência social da pessoa com sofrimento mental é restrita ou ocorre de forma precária, de modo que aquelas que apresentam transtornos graves ou gravíssimos são excluídas de qualquer convivência e, por isso, apresentam condição especial de vulnerabilidade, isto é, pode ser facilmente ofendido, atacado ou ferido, conforme refere a origem latina da palavra vulnerabilis, que causa lesão.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no último World mental health report: Transforming mental health for all, lançado em junho de 2022, foi realizado um diagnóstico preocupante, no qual quase um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental no mundo, em 2019, sendo que destes 14% eram adolescentes. Além disso, o suicídio foi a causa de morte de mais de uma em cada 100 pessoas falecidas. Conforme relatório, as desigualdades sociais e econômicas estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental.

“Percebe-se a seriedade e atualidade desse tema aqui descrito, e quão premente academicamente nas mais diversas áreas de humanas, saúde e sociais, é promover discussões de como a saúde mental interfere na qualidade de vida e no cotidiano do indivíduo, e também como seria possível lidar com essa questão de maneira pública” (VIEWEGGER, 2020, p.13). Assim, devido à importância de aproximar duas ciências distintas, mas com interfaces (Psicologia e Economia), justifica-se esta dissertação, pois é um produto que poderá ser utilizado como subsídio por ambas as ciências. Ao compreender o padrão de funcionamento individual e como tal pode ser convertido em recursos (bem-estar e saúde mental), proporcionará melhor compreensão da realidade, de forma a possibilitar a visualização de políticas públicas mais efetivas em prol do desenvolvimento humano, individual, social e econômico.

Ainda, como justificativa e relevância social, deve-se destacar que compreender a saúde é algo complexo e fundamental. Ao se tratar de saúde mental, é muito mais profundo e delimitado para compreender o ser humano. As decisões individuais e comportamentais são influenciadas pelos pensamentos e interpretações que o mesmo dispõe conforme seu histórico de vida. Uma vez que os históricos de vidas interferem diretamente nas conclusões e interpretações dos indivíduos, suas ações adentram na rotina social, o que pode gerar mudanças culturais importantes. Direcionar políticas públicas em prol do desenvolvimento, bem-estar e qualidade de vida, podem promover um ganho social e acesso a recursos valiosos.

Como relevância acadêmica, há uma aproximação entre duas ciências distintas, contudo, complementares, podendo surgir diversos resultados de excelentes usos para ambas. Um olhar para o desenvolvimento, conforme Amartya Sen, contribui para compreender o desenvolvimento como liberdade, uma vez que insere o indivíduo em seu aspecto principal de intervenção, tal qual a psicologia detém como objeto de estudo o comportamento humano. Logo, associar ambas as ciências possibilitarão uma construção crítica e intervenções em prol de diversos cenários. Outro ponto importante a ressaltar é a aplicação estatística da abordagem das capacitações nesta dissertação, pois, Amartya Sen desenvolve uma abordagem de visão de

mundo profundo, mas não realizou um modelo estatístico para outros autores aplicarem, apesar de suas possibilidades de aplicação.

Visando estes fundamentos e a relevância deste estudo, sublinha que a ciência econômica através de seus arcabouços teóricos, em especial pelo conceito de desenvolvimento como liberdade de Amartya Sen, possibilitará compreender a percepção individual da população em prol da saúde mental, e a partir destes achados, expor para a comunidade acadêmica e social que pesquisas e trabalhos são necessários para esta temática. A contribuição que esta dissertação atribui é na originalidade do diálogo entre as abordagens AC e TCC, como também, a transição da autopercepção de saúde e bem-estar para a sociedade brasileira.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

A dissertação tem como objetivo geral analisar a capacidade dos indivíduos transformarem recursos públicos e privados em saúde mental, diante das condições socioeconômicas, demográficas e regionais, a partir da abordagem das capacitações e da terapia cognitiva comportamental.

1.1.2 Objetivos específicos

A partir da leitura inicial, conforme o recorte apresentado no objetivo geral e utilizando os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a pesquisa tem os seguintes objetivos específicos:

- a) Estabelecer o diálogo entre economia e psicologia para compreensão multidisciplinar de desenvolvimento humano, por meio da Teoria das Capacitações e a Teoria Cognitiva Comportamental;
- b) Analisar o desenvolvimento humano direcionado à saúde mental e à depressão;
- c) Analisar o nível de saúde mental da população brasileira, tendo como parâmetros os fatores de conversão associados as características individuais como: sexo, idade e macrorregiões do país;
- d) Analisar as influências das características socioeconômicas, demográficas e regionais, condicionadas pela saúde mental, na capacidade dos indivíduos transformarem recursos privados e públicos em funcionamentos da saúde e do bem-estar.

2. METODOLOGIA

Como princípios norteadores desta dissertação, utilizou-se uma metodologia que aborda os princípios das análises qualitativa e quantitativa, denominada de Pesquisa Social Integrada. Conforme Flick (2013), esse método, que utiliza de forma complementar as análises qualitativas e quantitativas, pode amenizar as limitações de ambas as abordagens.

Flick (2013) expõe que apesar das limitações das metodologias convencionais, utilizá-las de maneiras integradoras pode ser um caminho inteligente a optar, pois é possível através desse caminho completar os princípios norteadores das metodologias qualitativa e quantitativas em prol de sanar suas limitações.

A dissertação, em sua análise quantitativa, foi elaborada com base no método científico-estatístico de Gottfried Achenwall, que segundo AGRESTI e FINLAY (2012), é um método que utiliza a estatística para investigar um fenômeno, definindo por meio de cálculos estatísticos a probabilidade da ocorrência de uma hipótese de pesquisa formulada a partir de fundamentações teóricas. Além desse método, foi usado, também, o método hipotético dedutivo, que é definido por Popper (1975), como um método que parte de evidências amplas, até se atingir uma dimensão mais singular, e que carrega em si, o problema a ser analisado, pois permite a criação de hipóteses, para se avaliar o problema colocado em questão.

Compreende-se a pesquisa social integrada como um argumento aprofundado, em meados do século XX, por Barton e Lazarsfeld (1955) apud. Flick (2013, p.186). Estes referem-se à capacidade da pesquisa qualitativa com pequenos números de casos para tornar visíveis as relações, causas, efeitos e dinâmicas dos processos sociais que não podem ser encontrados mediante as análises estatísticas de amostras maiores. Completam ainda que a pesquisa qualitativa e a quantitativa serão usadas em diferentes estágios de uma pesquisa. “A pesquisa qualitativa seria principalmente usada no início, embora possa ser também empregada subsequentemente para a interpretação e os esclarecimentos das análises estatísticas” (FLICK, 2013, p.186).

Nesta perspectiva, a metodologia da Pesquisa Social Integrada pode incorporar uma técnica sugerida por Comim (2021, p.172-173), qual seja, a Técnica de Triangulação. Comim (2021, p.172-173) expõe que na prática, se pode tentar verificar a informação subjetiva junto com técnicas de triangulação e questões de validação para checar a validade da informação subjetiva. Tendo em vista que, este estudo contempla conceitos

importantes para compreensão e análise dos dados, e a descrição de pressupostos teóricos que vão ao encontro de maneira complementar, se faz necessário utilizar a pesquisa qualitativa para descrever e compreender estes conceitos, como também, a partir da ampla base de dados empíricos, microdados da PNS, ou seja, modelos e dados estatísticos para confirmar as análises e sobrepôr os achados para uma discussão dos resultados.

A triangulação significa assumir diferentes perspectivas sobre um tema que esteja estudando ou no responder as questões de pesquisa. Estas perspectivas podem ser fundamentadas mediante o uso de vários métodos ou várias abordagens teóricas. Além disso, a triangulação pode se referir a combinação de diferentes tipos de dados no pano de fundo das perspectivas teóricas que aplica aos dados. Na medida do possível, deve tratar estas perspectivas em condições de igualdade. Ao mesmo tempo, a triangulação (de diferentes métodos ou de tipos de dados) deve proporcionar um conhecimento agregador. Por exemplo, a triangulação deve produzir conhecimento em diferentes níveis, ou seja, ela vai além do conhecimento possibilidade por uma abordagem única e, desse modo, contribui para a promoção da qualidade na pesquisa (FLICK, 2013, p.183).

O desenvolvimento da dissertação, levando em conta os seus objetivos, primeiramente, a partir de uma revisão de literatura, por meio de pesquisa em teses, livros, artigos, revistas, dissertações e outras fontes, descreve e analisa o embasamento teórico, o surgimento e principais conceitos da abordagem das capacitações e da terapia cognitiva comportamental.

Após a revisão de literatura, realizou-se na análise empírica proposta nos objetivo da dissertação, estimando para a sociedade brasileira, através do modelo proposto por Kuklys (2005) e Chiappero-Martinetti e Salardi (2008), as influências das características socioeconômicas, demográficas e regionais, denominadas de “fatores de conversão”, na capacidade dos indivíduos transformarem recursos privados e públicos em funcionamentos da saúde, representados pela auto percepção das condições de saúde e bem-estar. Essa capacidade representa a “taxa de conversão”, ou seja, a capacidade dos indivíduos transformarem meios em funcionamento.

Para a fundamentação metodológica da análise empírica, são descritos a seguir, a modelagem da abordagem teórica das “taxas de conversão”, o método econométrico utilizado nas estimações e a fonte de dados.

2.1 Modelo conceitual

Diante dos objetivos empíricos da dissertação, torna-se necessário modelar a capacidade dos indivíduos em transformar os meios disponíveis, tanto privados (por exemplo, renda e educação) quanto públicos (serviços de saúde), condicionados pelas

características territoriais, sociais e das condições da saúde mental, em condições de saúde e bem-estar. A abordagem das capacitações emprega o conceito de “fatores de conversão” para representar as características pessoais, sociais e ambientais que determinam a capacidade de um indivíduo transformar meios em funcionamentos. Essa transformação pode ser entendida como “processo de conversão” que por analogia pode ser comparado com uma função de produção, onde os insumos (recursos) são transformados em funcionamentos (realizações).

A partir da proposição de Kuklys (2005), essa função pode ser representada por:

$$b_i = f(c(x_i)/z_i) \quad (1)$$

em que b representa um vetor de funcionamentos do indivíduo i , x é um conjunto de recursos e $c(.)$ e $f(.)$ são funções de conversões que a partir dos recursos geram funcionamentos. Os fatores de conversão, z_i , influenciam o processo de conversão de recursos em funcionamento. Um mesmo conjunto de características de recursos, $c(x_i)$, pode gerar um vetor de funcionamentos, b_i , distintos, devido à diferenças nos fatores de conversão, z_i .

Sendo assim, as “taxas de conversão” podem ser representadas pelos efeitos parciais de x_i em b_i , condicionados pelos fatores de conversão z_i . Simplificando o caso para apenas um funcionamento, a “taxa de conversão” x_i em b_i pode ser representada por:

$$\frac{\partial b_i}{\partial x_i} = \frac{\partial f(c(x_i))}{\partial x_i} / z_i \quad (2)$$

em que a partir da abordagem teórica, os fatores de conversão, z_i , desagregados em fatores pessoais, territoriais e sociais, incorporando nesta análise a saúde mental, condicionam o processo de conversão do recurso x_i no funcionamento b_i . Na identificação teórica e empírica dos efeitos de um dado recurso no funcionamento, torna-se recomendável incluir algumas covariáveis no intuito de capturar as características relevantes desse processo. Na identificação da “taxa de conversão”, é importante não apenas o valor do coeficiente direto do fator de conversão, por exemplo, ser mulher, mas incorporar os efeitos indiretos das características correlacionadas, incorporando outras informações, tais como raça, condições de ocupação e comportamentos, como não fumar e as condições da saúde mental etc.

2.2 Compreendendo as “taxas de conversão”

De acordo com o modelo conceitual, que determina as entradas (insumos) e saídas (produto) para a estimação da taxa de conversão de bem-estar, representada pela auto percepção das condições de saúde, estimar-se para a sociedade brasileira o impacto do acesso aos serviços médicos e à educação no funcionamento das condições de saúde e bem estar dos indivíduos, controlando esses impactos para um conjunto de características denominadas de fatores de conversões.

As taxas de conversão são os coeficientes da equação a seguir, descritas na Tabela 1. Em que se estima os efeitos do acesso aos serviços médicos e à educação, controlando as características individuais (pessoais, ocupacionais e geográficas):

$$\text{Prob (PCST} = 1,2) = \beta_0 + \beta_1 \text{ Dpre2} + \beta_2 \text{ Sexo} + \beta_3 \text{ Raça} + \beta_4 \text{ Idade} + \beta_5 \text{ Instrução} + \beta_6 \text{ Estado civil} + \beta_7 \text{ Condição de trabalho} + \beta_8 \text{ Assistência médica} + \beta_9 \text{ Medicamentos} + \beta_{10} \text{ Macrorregiões} + \beta_{11} \text{ Situação do domicílio} + \mu \quad (3)$$

A variável dependente, PCST = 1,2, representa a transição da percepção das condições de saúde dos indivíduos, que contemplam cinco situações, quais sejam, a percepção muito ruim, ruim, média, boa e muito boa. A primeira probabilidade a ser estimada, PCST1, descreve a transição das percepções muito boa e boa para as percepções regular, ruim e muito ruim. A segunda, PCST2, as transições das percepções muito boa, boa e regular para ruim e muito ruim. Essas condições ou percepções, que representam o funcionamento da saúde, são determinadas a partir das condições das características individuais, da saúde mental dos indivíduos e da região e da situação do domicílio de residência. O processo de conversão obtido na estimação da equação, analisou como os indivíduos transformam o acesso aos serviços médicos e à educação em funcionamento da saúde, condicionado pelas demais covariadas. Os grupos a serem analisados serão os indivíduos acima de 15 anos agregados por sexo e as macrorregiões do país.

Tabela 1 – Descrição das variáveis do modelo e os seus respectivos códigos na base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Variável dependente	Percepção da condição de saúde	Cod. PNS
PCST1	<i>Percepção da condição de saúde transição 1</i>	
	0 para as percepções muito boa, boa; e 1 para regular, ruim e muito ruim.	N00101
PCST2	<i>Percepção da condição de saúde transição 2</i>	
	0 para as percepções muito boa, boa e regular; 1 para ruim e muito ruim.	N00101
Variável independente	Saúde mental	
Dpre2	Frequência de ocorrência de depressão nas duas últimas semanas	N016
	0 para nenhum dia e menos da metade dos dias; 1 para mais da metade e todos os dias	N016
Variável independente	Características sociodemográficas	
Sexo	0 para homens e 1 para mulheres	C006
Raça	0 branca; 1 preta; 2 amarela e 3 parda.	C009
Idade	0 para indivíduos entre 15 e 19 anos; 1 entre 20 e 29 anos; 2 entre 30 e 59 anos; 3 entre 60 e 64 anos; 4 entre 65 e 74 anos e, finalmente, 5 para 75 anos ou mais.	C008
Instrução	0 sem instrução; 1 ensino fundamental incompleto; 2 ensino fundamental completo; 3 médio incompleto; 4 médio completo; 5 superior incompleto e 6 superior completo.	VDD004A
Estado civil	0 casado; 1 viúvo ou desquitado; 2 solteiro	C011
Condição de trabalho	0 fora da força de trabalho; 1 desocupado; 2 ocupado	VDE001 e VDE002
Variável independente	Acesso à saúde	
Assistência médica	0 tem acesso; 1 tem acesso mas não necessita; 2 não tem acesso.	
Medicamentos	0 utiliza regularmente; 1 não utiliza.	Q09606
Variável independente	Território	
Macrorregiões	0 região Norte; 1 Nordeste; 2 Sudeste; 3 Sul; 4 Centro oeste.	V0001
Situação do domicílio	0 urbano; 1 rural.	V0026
Peso do indivíduo	Peso de cada indivíduo da amostra utilizado para analisar o universo da população	V00291

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

A variável dependente no modelo refere-se à transição da auto percepção da condição da saúde dos indivíduos. Apesar do indicador apresentar alto grau de subjetividade, fato esse que pode limitar as suas conclusões, ele tem sido amplamente utilizado na literatura, tendo em vista que há estudos que demonstram a relação dos indicadores subjetivos com condições objetivas de saúde (NORONHA, 2005). Outro fato a ressaltar é a complexidade da base de dados da PNS (2019), semelhante às verificadas nos microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. Neste

caso, alguns cuidados são importantes ao utilizar a base de dados em pacotes estatísticos. Na presente estimação, ao utilizar-se o *software* Stata, levou-se em conta as indicações de Silva, Pessoa e Lila (2002), a fim de evitar erros e distorções nas estimações realizadas.

Em princípio, levando-se em consideração a natureza categórica da variável dependente, torna-se recomendável a utilização do modelo probit ordenado para a estimação dos coeficientes. A partir de testes considerando os resultados das regressões e as hipóteses dos modelos, pode-se concluir pela conveniência da utilização de outros modelos mais apropriados: probit generalizado, probit binomial ou o probit multinomial. Nos casos das estimações proposta no estudo, optou-se pelo modelo probit binomial para as estimações das taxas de conversões para os grupos sociodemográficos.

2.3 Modelo econométrico: regressão logística

A análise empírica proposta no estudo pretende verificar a influência das características socioeconômicas e da dotação de recursos na probabilidade dos indivíduos transitarem entre possíveis percepções de sua condição de saúde e bem estar. Essa influência, segundo o modelo conceitual, é denominada de taxa de conversão. Considerando que a variável dependente, representada por cinco possibilidades da percepção dos indivíduos sobre as condições de saúde e bem-estar, quais sejam, muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim, é categórica e ordinal, os modelos mais apropriados, segundo Ari e Yildiz (2014), seriam os logits ordinais.

Dentre os modelos ordinais, o mais utilizado é o logit de chances proporcionais (POM) que, dependendo da característica da base de dados e do ajustamento do modelo, pode ser transformado no modelo logit ordinal generalizado. Segundo McChullagh (1980), o modelo de chances proporcionais é bastante utilizado devido à facilidade de sua interpretação, em função de fornecer uma única estimativa do coeficiente de regressão das covariáveis para todas as categorias de respostas, não variando ao longo da resposta, o que leva as variáveis de respostas possuírem probabilidades proporcionais. Antes de estimar o modelo, deve-se verificar se as hipóteses das chances proporcionais são compatíveis com as variáveis respostas. Para tanto, existem vários testes para verificar essa hipótese, entre eles o teste de Brant, que testa as probabilidades para cada variável explicativa do modelo. O teste foi verificado na base de dados do estudo, através do

pacote estatístico Stata, rejeitando para todas as variáveis a hipótese das probabilidades proporcionais. Segundo Segundo Liu e Koirola (2012), essa hipótese é fortemente afetada pelo tamanho da amostra e pelo número de padrão de covariâncias. Características essas presentes na amostra do estudo, que consta de 8278 observações que, considerando o fator de expansão, representa o universo de 16,6 milhões de indivíduos, e 11 variáveis explicativas.

O modelo generalizado pode ser considerado uma extensão do logit de chances proporcionais na medida em que relaxa essa pressuposição, permitindo que o efeito de cada variável explicativa varie em diferentes pontos de corte da variável de resultado ordinal sem necessariamente a reestruturação dos dados (LIU, KOIRALA, 2012). Segundo Das e Rahman (2011), em função da necessidade da inclusão de muitos parâmetros no modelo para liberar a pressuposição de chances proporcionais, observa-se perda de parcimônia ou significância das variáveis. Isso ocorre em decorrência da criação de parâmetros para todas as variáveis explicativas, até mesmo as que respeitam a pressuposição da proporcionalidade.

O modelo generalizado foi testado para a amostra e não apresentou bons resultados, em função da não significância estatística de variáveis fundamentais para a análise das hipóteses do estudo, tais como o acesso à educação e à saúde, inviabilizando a estimação das probabilidades preditas da auto avaliação da saúde e do bem estar de grupos demográficos nas regiões do Brasil. Entretanto, dependendo do número de categorias da variável dependente, o modelo generalizado equivale ao modelo logit binomial, isso se confirma no caso de duas categorias. No caso do estudo, em que há 5 categorias, o modelo genérico pode ser transformado em dois modelos binomiais, representando duas transições. Sendo assim as categorias, representadas pela auto avaliação da saúde em muito boa (1), boa (2), regular (3), ruim (4) e muito ruim (5), poderiam ser reordenadas em duas transições estimadas pelo modelo logit binomial. A primeira une as categorias 1 e 2, assumindo valor zero, e as categorias 3, 4 e 5, assumindo valor 1, permitindo analisar a transição, denominada de PCST1, das condições muito boa, boa para regular, ruim e muito ruim. A segunda, denominada de PCST2, une as categorias 1 e 2, assumindo valor zero, e as 3, 4 e 5, assumindo valor 1, representando a transição muito boa e boa para as condições regular, ruim e muito ruim.

2.3.1 Modelo logit binomial

As duas transições a serem analisadas na pesquisa, diante das características da amostra e dos testes de robustez, indicaram que o modelo mais adequado é a regressão logit binomial, no caso uma transformação do modelo generalizado. Segundo Walter et al. (2010), as premissas do modelo são: os erros deverão seguir distribuição binária; a média condicional da equação da regressão será um valor entre zero e um e os resultados são descritos em forma de probabilidade.

Ao considerar $\pi(x)$, que representa a probabilidade associada às variáveis independentes, x_1, x_2, \dots, x_n , assume-se a pressuposição que $\pi(x)$ é uma função monotônica com valores entre zero e um. Quando x varia, $\pi(x)$ assume-se como uma função de probabilidade que pode ser representada pela função logarítmica:

$$\ln \left[\frac{\pi_x}{1-\pi_x} \right] = g(x) \quad (4)$$

em que

$$g(x) = \beta_0 + \beta_{1x} \quad (5)$$

a equação acima pode ser reescrita da seguinte forma:

$$\pi(x) = \frac{\beta_0 + \beta_{1x}}{1 - e^{\beta_0 + \beta_{1x}}} \quad (6)$$

onde $\pi(x)$ representa a probabilidade associada a variável independente x , “e” é o vetor de coeficientes a ser estimado caracterizado por um valor fixo, base dos logaritmos naturais ($e = 2,718$) e $\beta_0 + \beta_{1x}$ são os vetores das variáveis explicativas associadas ao evento.

Considerando as regressões propostas na presente dissertação para estimar as duas transições, a equação 6 pode ser reescrita por:

$$\text{Prob (PCST} = 1,2) = \frac{\beta_0 + \beta_1 \text{Dpre2} + \dots + \beta_{11} \text{Situação do domicílio}}{1 - e^{\beta_0 + \beta_1 \text{Dpre2} + \dots + \beta_{11} \text{Situação do domicílio}}} \quad (7)$$

Segundo Walter et al. (2010), a transformação logarítmica ocorre quando a variável dependente é convertida em uma razão de probabilidade, essa transformação é dada em termos de $\pi(x)$, como pode ser descrito da equação a seguir:

$$g(x) = h \left[\frac{\pi_x}{1-\pi_x} \right] = \beta_0 + \beta_1 \text{Dpre2} + \dots + \beta_{11} \text{Situação do domicílio} \quad (8)$$

onde $(1-\pi_x)$ representa a probabilidade de não ocorrência do evento, $\left[\frac{\pi_x}{1-\pi_x}\right]$ representa a razão de probabilidade, β os coeficientes estimados e x as onze variáveis explicativas propostas no modelo a ser estimado.

Segundo Williams (2006), na análise econométrica dos coeficientes estimados, além da interpretação dos sinais e da significância estatística, torna-se necessário calcular a probabilidade de determinado evento ocorrer e uma das formas, utilizada na dissertação, é a Razão de Risco Relativo (RRR). A (RRR) demonstra a probabilidade de dado evento ocorrer em relação a outro. Neste caso, se p_j é a probabilidade de ocorrência do evento, $1-p_j$ seria a probabilidade de não ocorrência e a razão de chance de ocorrência seria descrita por:

$$\frac{p_j}{1-p_j} \quad (9)$$

A expressão acima é reconhecida como o antilog do logit. Para variáveis quantitativas é interpretada considerando a adição de uma unidade e comparando a alteração com o valor base. No caso de uma variável dicotômica (*dummy*), relaciona-se a variação de uma categoria com outra. A (RRR) pode ser obtida através do exponencial dos coeficientes para a variável em questão, $\exp(\beta)$. Nesta dissertação, a (RRR) é interpretada a partir do incremento percentual que pode ser obtido por:

$$\text{Incr.}\% = [\exp(\beta) - 1] \times 100. \quad (10)$$

Tão importante quanto a escolha do modelo econométrico mais adequado à base de dados da pesquisa e aos objetivos e hipóteses a serem analisados, é verificar a robustez do modelo e as significâncias estatísticas. A saída dos resultados do Stata, pacote utilizado nas estimações, disponibiliza alguns testes para informar a qualidade do ajuste do modelo logit binomial. O teste da razão de verossimilhança (LR test) utiliza uma estatística qui-quadrado para analisar a significância conjunta do modelo. Para verificar a significância individual de cada parâmetro é informado os resultados do teste Z. Para complementar a análise, o pacote computacional disponibiliza outros testes importantes. Dentre estes, utilizaremos o teste Homer-Lemeshow Goodness-of-fit que avalia se há diferenças significativas entre as frequências observadas e estimadas, a partir da estratificação dos valores em faixa; a tabela de classificação do modelo, considerando as medidas de sensibilidade, especificidade e o percentual de acerto do modelo; e, finalmente, a curva ROC (Receiver Operating Characteristic) que mede a capacidade do modelo discriminar as categorias da variável dependente.

2.4 Fonte dos dados

As evidências científicas são privilegiadas por serem factuais e replicáveis. Para que se concretizasse a ideia principal desta dissertação, utilizou-se o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para analisar cientificamente os resultados obtidos.

A PNS sempre foi realizada de maneira síncrona com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), entretanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2020) identificou a necessidade de efetuar uma separação das pesquisas. Logo, desde 1998, os levantamentos relacionados à saúde foram realizados com intervalos de cinco anos, favorecendo uma comparabilidade entre os intervalos de tempo, todavia, associado a PNAD, em 1998, 2003 e 2008.

O IBGE (2020) informa que, em 2013, foi efetuada a primeira edição da PNS segregada da PNAD, com o objetivo de explorar e ampliar melhor a temática da saúde. Previsto os intervalos de cinco anos, seria realizada então a próxima edição em 2018, entretanto, não foi possível realizá-la, se concretizando em 2019, que é a base de dados que sustenta a pesquisa desta dissertação.

Como a saúde é um tema de expressiva importância universal, PNS abarcou maior território nacional. Segundo o IBGE (2020), a pesquisa foi beneficiada pelo sistema de Amostra Mestra, trazendo maior precisão das estimativas. Malta *et.al* (2008 apud. IBGE, 2020) expressam que a elaboração da PNS foi pensada e fundada em três eixos importantes para estender maior alcance das informações: i) o desempenho do sistema nacional de saúde; ii) as condições de saúde da população brasileira; e iii) a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados.

Uma das formas de avaliar as condições de saúde da população é com o uso da autoavaliação do estado de saúde, que reflete uma percepção biopsicossocial e é influenciada, também, por fatores culturais e ambientais. Esse indicador tem importante poder preditivo, pois estabelece diferenças de morbidade entre grupos populacionais, além de fornecer base para construção de outros, como o de esperança de vida saudável (IBGE, 2020, p.8).

Visto que a abrangência da PNS é nacional, o IBGE (2020) sublinha que as informações da PNS 2019 serão utilizadas para subsidiar a formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS.

Como o cenário nacional é grande, o IBGE (2020) sublinha que para definir a amostra, utilizou três estágios. Sendo a PNS uma pesquisa domiciliar, logo, utilizou para os resultados a amostragem por conglomerados, em que primeiro houve a

estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA's), logo, os setores censitários ou conjuntos de setores foram as unidades primárias de amostragem, os domicílios completam o segundo estágio e, por fim, moradores de 15 anos ou mais de idade respondem os questionários para finalizar o terceiro estágio. Posteriormente, é efetuado o cálculo para definir o peso dos moradores e, assim, compactuar os resultados e amostra.

Logo, é válido ressaltar que, na pesquisa efetuada nessa dissertação, os adolescentes de 15 anos de idade também participaram. É importante também ressaltar que as respostas, conforme o IBGE (2020), possuem um período de referência, sendo observado nas últimas duas semanas à data da entrevista.

3. ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES DE AMARTYA SEN

Buscando sustentação teórica para dissertar sobre aspectos que englobam desenvolvimento humano, abordando teorias psicológicas e econômicas, encontra-se com Amartya Sen, o primeiro autor que sustenta a centralidade do indivíduo nas decisões institucionais, sendo ele o criador da Abordagem das Capacitações. Beltrame e Mattos (2017) contribui que a abordagem das capacidades considera que o ser humano enquanto conjunto de capacidades que são feitas por definições ‘partes constitutivas do viver’ e além disso ela aponta para o objetivo de que todos devem ter o direito de levar adiante os seus planos racionais de vida. Desta forma, Sen justifica o grande cuidado que tem ao defender seus pressupostos a partir da necessidade do desenvolvimento humano.

Sen (1999) expõe que a ideia de direitos humanos tem avançado muito em anos recentes, adquirindo uma espécie de *status* oficial no discurso internacional, logo, os direitos humanos também se tornaram uma parte importante da literatura do desenvolvimento.

A abordagem das capacitações nasce como um produto de Amartya Sen ao desenvolver a teoria de escolhas sociais, a partir das críticas ao conceito de justiça (de Rawls) e ao teorema da impossibilidade de Arrow. Sen (1999) sublinha que:

(...) na verdade, não demonstra o que a interpretação popular frequente julga o que ele demonstra. Com efeito, esse teorema não prova a impossibilidade da escolha social racional, e sim a impossibilidade que emerge quando tentamos basear a escolha social em uma classe limitada de informações (SEN, 1999, p.320).

Tendo como conceito importante que norteia a abordagem das capacitações, a base informacional, que conforme Beltrame e Mattos (2017), Sen dá uma grande ênfase a questão da base informacional da teoria, ou em outras palavras, aos tipos de informações que a teoria utiliza para suas análises. Este ponto de partida é bastante promissor a medida em que examinam os sistemas teóricos a partir daquilo que eles consideram como conjunto de informações relevantes para sustentar uma conclusão. Tal conceito se faz importante, pois, a base informacional não deve ser relacionada apenas as construções teóricas, mas também, a parte prática, uma vez que, toda escolha individual ou institucional parte de uma base de informações, ou seja, construções históricas ou psicológicas, mas que possui sustentações em tais escolhas para realizá-las.

Para Sen (1999, p.96) “Se pessoas diferentes têm preferências diferentes

(refletidas, digamos, em funções de demanda diferentes), obviamente não existe um modo de obter comparações interpessoais com base nessas preferências diversas”.

Visto isto, parte-se do pressuposto da escolha, ao qual, Sen (1999) e Comim (2021) explicitam, que as escolhas exercem uma função de transformação, sendo estas, a capacidade de agência que o indivíduo terá de agir em prol de si mesmo para transformar meios (recursos públicos e privados, por exemplo: acesso à unidade básica de saúde ou até mesmo atendimentos privados), em fins (ou seja, um produto final, exemplo: utilizar deste acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS) e solicitar atendimento psicológico para garantir sua saúde mental ou investir em um profissional psicólogo para tal).

Sen (1999) afirma que as liberdades de escolhas individuais possibilitam maior desenvolvimento individual e, conseqüentemente, econômico, este não sendo o foco em si, mas sim, o diálogo de ambos, em como o desenvolvimento individual (a expansão da liberdade de escolhas que expandem as capacidades) – ou seja, quanto maior a liberdade de escolha, mais desenvolvido será o indivíduo e sua nação, uma vez que, o indivíduo possui capacidades de realizar escolhas, e, estas compactuar com o desenvolvimento econômico individual e nacional. Em seus escritos, Sen foca no desenvolvimento como um fim – a capacidade final que o indivíduo pode escolher chegar (tendo em mente que todas as escolhas devem ser valorativas), não como meios, ou seja, como que o indivíduo utiliza suas possibilidades e recursos em prol de desenvolver uma capacidade de agência (escolhas) dentro de uma situação específica em prol de si e da sociedade. Logo, há uma supervalorização dos fins que os indivíduos podem chegar, sendo estas, as capacidades finais ou produtos sociais.

Contudo, a análise e as escolhas partem de uma base informacional conforme tem seus princípios valorativos, segundo explica Beltrame e Mattos (2017, p.65) que outro tipo de escolha que pode ser analisada sob a luz da abordagem das capacitações é aquela que considera a pergunta ‘o que possui valor para mim?’. Como visto, esta abordagem busca, por um lado, considerar a diversidade nos potenciais humanos de transformação de meios em fins desejados, e por outro lado considera também a diversidade dos fins que as pessoas valorizam. Com relação a essa última constatação, a abordagem das capacidades associa valor a possibilidade de que as pessoas escolhem de fato as vidas que têm razões para valorizar e viver.

Beltrame e Mattos (2017, p.68) sublinha que por isso a abordagem das capacitações é mais preocupada com as reais necessidades humanas, ou seja, variam

de um para outro. Esta postura diante a questão da pobreza e da garantia de direitos a todos faz com que a abordagem das capacidades cumpra um papel que outras teorias não cumprem, suprir a necessidade humana.

Ao abordar o conceito ‘desenvolvimento’ deve-se ter em mente que Comim (2021) e Sen (1999) concordam como sendo uma expressão multidimensional. Como tal, é uma expressão plural, que não pode ser expresso por uma única característica ou definição dos processos que visa descrever. Este ponto, se faz importante compreensão para saber julgar se o indivíduo está se desenvolvendo ou não, e como está ocorrendo o desenvolvimento. Assim, Sen amplia a visualização de teóricos importantes, como também, das ciências econômicas, para elaborar e compreender a pobreza, decisões de escolhas e outros aspectos que envolvam o desenvolvimento humano e suas vicissitudes para uma visão mais apurada e individual da escolha.

A priori, Sen (1999) informa que avaliar o Produto Nacional Bruto (PNB), aumento de rendas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social não servem para avaliar o desenvolvimento, pois, o crescimento do PNB ou das rendas individuais podem obviamente ser muito importante como meio de expandir as liberdades desfrutadas pelos membros da sociedade. Contudo, estas liberdades dependem de outros fatores, como por exemplo, suas capacidades psicológicas.

Cada indivíduo é uma unidade de ação, em primeiro lugar de si mesmo, depois da pequena sociedade familiar e, à medida que for capaz de protagonismo, aumentará seu raio de ação, pois, vai encontrar sempre maior demanda para as ações que fizer. Para Mallmann (2018) “É uma força que, enquanto aumenta seu raio de ação, aumenta e reforça o próprio núcleo, ou seja, aumentando o território do seu próprio ‘eu’” (MALLMANN, 2018, p.119).

Sendo possível interpretar que o indivíduo consegue destaque em toda produção, uma vez que, o produto final pode ser para ele, como também, é construído por ele. Beltrame e Mattos (2017) expõe que a abordagem das capacidades, portanto, abre mão de um posicionamento ético tradicionalmente neutro, que era adotado anteriormente pela tradicional teoria de escolha social, em favor de um outro muito mais bem definido, centrado nas necessidades humanas. Quando a escolha passa a ser valorativa, definida por seus princípios, o lugar do outro não assume grande importância.

Sen é pluralista em vários sentidos muitos concretos. Talvez o maior deles, seja de que ele é pluralista sobre os ‘sentimentos morais’ que caracterizam o olhar humano que Sen detém sobre suas construções. O que condiz que

as pessoas são motivadas ética e psicologicamente não apenas para o auto interesse ou egoísmo, mas também por sentimento de solidariedade e compaixão (COMIM, 2021, p.17).

Aqui se instaura então uma forte crítica de Sen à teoria de Arrow sobre o auto interesse nas escolhas. Beltrame e Mattos (2017, p.140) corrobora que “Arrow demonstra, na verdade, não a impossibilidade de escolha social, mas a inadequação em se basear as escolhas sociais somente nas preferências individuais, excluindo, então, os comparativos subjetivos”. Em outras palavras, o processo de generalizar todo um processo de escolha social, levando em consideração apenas uma vontade, é totalmente inadequado moralmente, por não possibilitar um comparativo, visto que, cada um é que sabe o que detém de maior valor.

Sen (1999) valoriza que o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Logo, se a liberdade é o que o desenvolvimento promove, então existe um argumento fundamental em favor da concentração na expansão das liberdades, e não somente em algum meio específico.

Gomes (2001) expõe a importância de se envolver na pesquisa, o autor destaca que o ato de pesquisar é um ato político, sendo impossível estabelecer uma separação nítida e asséptica entre o pesquisador e o objeto pesquisado. Nesta perspectiva, Sen vê motivações na criação da abordagem das capacitações a partir de suas vivências. Conforme expõe Comim (2021, p.25), Sen teve um trauma de infância, e, atribui que quando tinha mais ou menos 10 anos ele estava brincando no jardim de sua casa, um homem, mulçumano, tinha sido esfaqueado nas costas, e chegou à porta de sua casa pedindo ajuda. Sen o auxiliou com um copo de água, gritou por socorro, levou-o ao hospital, chegando lá, o homem faleceu. Tal história é sustentada³ por uma pobreza ao qual Sen vivenciou na Índia. O homem em questão não tinha outras possibilidades, não tinha liberdade de escolhas, e frente a fome, resolveu se deslocar até um bairro perigoso ao qual ocorreu o fato.

Sen nasceu em Santiniketan, atual Bangladesh, em 1933. Após a partição de 1947, emigrou com a família para a Índia, onde estudou antes de se doutorar em Economia pelo Trinity College, em Cambridge, Reino Unido. Sen recebeu, em 1998, o prêmio Nobel de Economia, por seu trabalho sobre a economia do bem-estar social. É professor da Universidade de Harvard (SEN, 1999).

Tendo em vista o resumo biográfico de Sen, verifica-se que o mesmo viveu na

³ Para melhor conhecimento da história aqui exposta em resumo, ver Comim (2021).

Índia, país que possui uma grande população vivendo em extrema pobreza, portanto, sendo privados de liberdade e oportunidade para realizar suas capacidades. Sen (1999) utiliza com propriedade essas vivências para construção de sua abordagem da expansão das escolhas.

“O que a perspectiva da capacidade faz na análise da pobreza é melhorar o entendimento da natureza e das causas da pobreza e privações, desviando a atenção principal dos meios (e de um meio específico que geralmente recebe atenção exclusiva, ou seja, a renda) para os fins que as pessoas têm razão para buscar e, correspondentemente, para as liberdades de poder alcançar esses fins” (SEN, 1999, p.123).

Giacomelli *et.al* (2017) sublinha que, a abordagem teórica de Amartya Sen sobre o desenvolvimento, o considera como um processo, que possibilita a expansão das capacitações individuais, tendo em vista que Sen (1999) atribui a nomenclatura capacitações dentro de um cenário específico e Comim (2021) contribui que existem três tipos de percursos para compreender ‘*capability*’, o termo utilizado em inglês por Sen.

Comim (2021, p.19) insere que, formalmente, ‘*capability*’ é a junção de duas palavras: ‘*capacity*’ e ‘*ability*’. Ou seja, *capability* trata da habilidade que as pessoas têm em desenvolver suas capacidades. Esse percurso faz muito sentido conceitual, pois abre espaço para o conceito de agência e para a noção de que as pessoas devem poder escolher e ser senhores e senhoras do seu próprio desenvolvimento e destino.

Filosoficamente, *capability* é um tipo de liberdade, ou melhor dizendo ‘liberdades’, pois, Sen é um pluralista. É interessante notar que no inglês ele sempre usa a palavra *freedom* mas não a palavra *liberty*, possivelmente para engajar com certos interlocutores que também usam a mesma palavra. Mas no português não se usa essa palavra. Essas liberdades são, para Sen, tanto instrumentais, ou seja, que você usa para conseguir outras coisas, quanto constitutivas, isso é, que importantes nelas mesmas (COMIM, 2021, p.20).

Comim (2021, p.20) também expõe que, em termos práticos, a *capability* é um conjunto de funcionamentos, isto é, aquilo que as pessoas podem ser ou fazer. Mais exatamente, tem que imaginar que pessoas têm conjuntos de coisas (acesso e características específicas que podem ser nomeadas conforme cada indivíduo) que elas podem ser e fazer e que a liberdade de escolha entre esses cenários alternativos é o que representaria a *capability* de uma pessoa.

Petroli e Ribeiro (2019) apresentam uma outra visão teórica, que também desenvolve a abordagem das capacitações, sendo ela, Martha Nussbaum. Esta autora

se utiliza da base teórica de Sen para desenvolver suas visões e seu próprio conceito de justiça. Petrolí e Ribeiro (2019) e Freitas e Feitosa (2020) concordam que a Nussbaum atribui uma lista de capacidades básicas que o indivíduo deve ter acesso para ampliar suas liberdades de escolhas.

Martha Nussbaum (2013 *apud*. FREITAS e FEITOSA 2020, p.31-32) expõe que as capacidades estabelecidas pressupõem elementos indispensáveis e requisitos mínimos para uma vida com dignidade, além de ser uma espécie de abordagem dos direitos humanos. Analisa-se a versão corrente:

1. Vida – Ter a capacidade de viver até o fim de uma vida humana de duração normal; não morrer prematuramente, ou antes que a própria vida se veja tão reduzida que não valha a pena vivê-la.
2. Saúde física – Ser capaz de ter boa saúde, incluindo a saúde reprodutiva; de receber uma alimentação adequada; de dispor de um lugar adequado para viver.
3. Integridade física – Ser capaz de se movimentar livremente de um lugar a outro; de estar protegido contra-ataques de violência, inclusive agressões sexuais e violência doméstica; dispor e oportunidades para a satisfação sexual e para escolha em questões de reprodução.
4. Sentidos, imaginação e pensamento – Ser capaz de usar os sentidos, a imaginação, o pensamento e o raciocínio – e fazer essas coisas de um modo “verdadeiramente humano” um modo informado e cultivado por uma educação adequada, incluindo, sem limitações, a alfabetização e o treinamento matemático e científico básico. Ser capaz de usar a imaginação e pensamento e conexão com experimentar e produzir obras ou eventos, religiosos, literários, musicais e assim por diante, da sua própria escolha. Ser capaz de usar a própria mente de modo protegido por garantias de liberdade de expressão, com respeito tanto a expressão política quanto artística, e liberdade de exercício religioso. Ser capaz de ter experiências prazerosas e evitar dores não benéficas.
5. Emoções – Ser capaz de manter relações afetivas com coisas e pessoas fora de nós mesmos, amar aqueles que nos ama e se preocupam conosco; sofrer na sua ausência; em geral, ser capaz de amar, de sentir pesar, sentir saudades, gratidão e raiva justificada. Não ter o desenvolvimento emocional bloqueado por medo e ansiedade (Apoiar essa capacidade significa apoiar formas de associação humana que podem se revelar cruciais para seu desenvolvimento).
6. Razão prática – Ser capaz de formar uma concepção de bem e de ocupar-se com a reflexão crítica sobre o planejamento da própria vida (isso inclui proteção da liberdade de consciência e de prática religiosa).
7. Afiliação:
 - A). Ser capaz de viver com e voltado para os outros, reconhecer e mostrar preocupação com outros seres humanos, ocupar-se com várias formas de interação social; ser capaz de imaginar a situação do outro. (Proteger essa capacidade significa proteger as instituições que constituem e alimentam tais formas de afiliação e proteger a liberdade de associação e de expressão política.)
 - B). Ter as bases sociais de auto respeito e não humilhação; ser capaz de ser tratado como um ser digno cujo valor é igual ao dos outros. Isso inclui disposições de não discriminação com base em raça, sexo, orientação sexual, etnia, casta, religião, origem nacional.
8. Outras espécies – Ser capaz de viver uma relação próxima respeitosa com animais, plantas e o mundo da natureza.
9. Lazer – Ser capaz de rir, brincar, gozar de atividades recreativas.
- 10 – Controle sobre o próprio ambiente:

A). Político – Ser capaz de participar efetivamente das escolhas políticas que governam a própria vida; ter o direito a participação política, e quanto de bens móveis;

B). Ter direitos de propriedade em base igual a dos outros; ter o direito de candidatar-se a empregos em base de igualdade com os demais; ter a liberdade contra busca e apreensão injustificadas. No trabalho, ser capaz de trabalhar como ser humano, exercendo a razão prática e participando de relacionamentos significativos, de reconhecimento mútuo com demais trabalhadores (NUSSBAUM, 2013, p. 91-93).

“Nussbaum não afirma que devemos ter uma única e definitiva lista de capacitações, no entanto, argumenta que as listas constituem uma visão sobre o que é uma vida com dignidade. Sen, pelo seu lado, prefere concentrar esforços na importância da discussão pública e deliberação democrática na seleção, priorização e especificação de capacitações, pois, Sen defende a valorização da escolha” (COMIM, 2021, p.170).

“O papel instrumental da liberdade concerne ao modo como diferentes tipos de direitos, oportunidades e intitamentos contribuem para a expansão da liberdade humana em geral e, assim, para a promoção do desenvolvimento” (SEN, 1999, p.57). Comim (2021, p.22) atribui que Sen possui três justificativas para o desenvolvimento como expansão das liberdades:

- 1) Ela oferece uma visão mais ampla de desenvolvimento, que contrasta com a visão mais restrita de desenvolvimento como crescimento econômico ou industrialização apenas;
- 2) Ela foca nos fins do desenvolvimento ao invés de tratar apenas os meios para consegui-lo;
- 3) Ela propicia concentrar no desenvolvimento como uma remoção das fontes principais de falta de liberdades, tais como a pobreza, a falta de liberdade política, falta de serviços públicos ou mesmo a tirania política.

“É válido ressaltar que a agência individual é tanto afetada como restrita pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas que estão disponíveis para as pessoas” (COMIM, 2021, p.21). Sendo as oportunidades sociais as disposições que a sociedade estabelece nas áreas de educação, saúde e etc., as quais influenciam a liberdade substantiva de o indivíduo viver melhor (SEN, 1999).

Capacidade de agência é um conceito muito importante para compreender a abordagem das capacitações, uma vez que, Vieweger (2020, p.17) contribui que o termo funcionamentos é considerado por Sen como o mais primitivo na abordagem das capacitações e ele representa o que seria parte do estado de uma pessoa, mais

precisamente o que essa pessoa pode e consegue fazer, bem como ela conduz ou vive a sua vida. Logo, Comim (2021) concorda que a condução da vida se dá pela capacidade de agência do indivíduo diante suas liberdades de escolhas, que, quanto maior liberdade de escolhas (isto é, os meios), maior capacidade de realizações (isto é, os fins).

Vieweger (2020) e Comim (2021) concordam que a noção de que um agente é uma pessoa que é capaz de agir e realizar mudanças para si mesmo ou em seu ambiente e, porque a agência se refere às liberdades de processos individuais – diferentemente das capacitações que são relacionadas à liberdade de oportunidade. Contudo, reafirma a necessidade de que as escolhas que os indivíduos efetuam parte de um sentido valorativo, como também, de uma base informacional, que, quanto mais expandido a base informacional e a liberdade de escolhas, mais chances de a pessoa escolher um fim que realmente valoriza.

Sen (1999) atribui que tal abordagem contraria – e na verdade abala – a crença tão dominante em muitos círculos políticos de que o ‘desenvolvimento humano’ (como frequentemente é chamado o processo de expansão na educação, dos serviços de saúde e de outras condições da vida humana) é realmente um tipo de luxo em países ricos.

Importante distinguir conceitualmente a noção de pobreza como inadequação de capacidade, da noção de pobreza, como baixo nível de renda, essas duas perspectivas não podem deixar de estar vinculadas, uma vez que a renda é um meio importantíssimo de obter capacidades. E,

(...) como maiores capacidades para viver sua vida tenderiam, em geral, a aumentar o potencial de uma pessoa para ser mais produtiva e auferir renda mais elevada, também esperaríamos uma relação na qual um aumento de capacidade conduzisse a um maior poder de auferir renda, e não o inverso (SEN, 1999, p.124).

Ou seja, quanto mais renda, maior as capacidades a serem desenvolvidas.

Para tal, lê-se em Comim (2021) que as privações ocorrem em países mais pobres, uma vez que, as rendas são concentradas em determinados públicos, tal situação compactua com o que se chama de privação, ou seja, quando determinados grupos são privados de realizarem quaisquer escolhas, ou até mesmo, se seus direitos básicos como: alimentação, saúde, saneamento básico, direitos civis, educação, segurança e outros não são realizados. Sen (1999) e Comim (2021) concordam que, quando o indivíduo é privado, as liberdades de escolhas são escassas, diminuindo suas possibilidades, fazendo com que o indivíduo escolha o que está ao seu alcance, como

ocorreu no exemplo vivenciado por Sen na infância, sem possibilidades de aquisição financeira, foi necessário a exposição em um ambiente violento (conforme fora infringido a lista em Nussbaum) e veio a morte, ferindo novamente a primeira capacidade listada por Nussbaum.

Comim (2021, p.82) também expõe que o instrumento analítico mais poderoso que Sen apresenta é o combo privação relativa/absoluta, por meio do qual ele mostra como privações relativas de renda (ou de recursos) podem levar às privações absolutas em termos de capacitações. Este é um ponto especialmente importante para a interpretação da pobreza em países mais ricos, onde as pessoas podem ser pobres em termos relativos, privados de funcionamentos sociais em termos absolutos. Um exemplo é como o desemprego pode deixar danos psicológicos nas pessoas. Sen não pode ser acusado de desconsiderar o papel da renda, pelo contrário, pois ele reafirma muitas vezes que “a renda é um meio muito importante para capacitações” (SEN, 1999, p.90). Contudo, é visível que a renda se torna um papel como recurso do ‘meio’ e não como um produto final, viabilizando o espaço informacional para agência de escolhas valorativas.

Outro aspecto importante, que é válido ressaltar, é a operacionalização da abordagem das capacitações. Comim (2021) sublinha que existem várias formas de operacionalização da abordagem das capacitações, neste mesmo preceito, é um erro tentar assumir que a operacionalização vem se dar exclusivamente pela quantificação de suas variáveis. O maior problema que a abordagem encontra é que o seu conceito principal, o de capacitações, reflete um potencial, uma escolha, uma possibilidade e como tal, pode, ou não, acontecer (COMIM, 2021, p.164). Assim, vê-se que Comim (2021, p.44) informa que quando se fala de expansão de capacidades, chega-se muito próximo de conceitos mais gerais como de ‘qualidade de vida’, sendo o ponto ótimo a ser desenvolvido *a priori* do ser humano e seus direitos básicos.

3.1 Operacionalização da abordagem das capacitações

Souza (2014) e Comim (2021) articulam que Sen não atribui uma forma de operacionalização clara e explícita para a abordagem das capacitações. De modo geral, pode-se dizer que a operacionalização consiste em transformar objetos de valor teórico em objetos de valor práticos, seja por aplicações teóricas, aplicações metodológicas, estudos de caso, estudos estatísticos empíricos ou mesmo análise etnográficas (respeitadas as particularidades de cada tipo de estudo). Estes não eliminando os

desafios das mensurações de cada estudo, que, portanto, merecem atenção. Ao qual, neles, revelam, muitas vezes, as características que são importantes aos valores subjacentes de determinada avaliação (COMIM, 2021, p.165).

Talvez Sen não tenha se apegado na operacionalização da abordagem das capacitações, uma vez que, os objetos de valorização, como visto em Beltrame e Mattos (2017) – ‘o que possui valor para mim?’ – Sejam muito subjetivos, o que não implica que não há capacidade de operacionalizar. Em relação às críticas, de acordo com Mattos (2006) ao qual Troian *et.al* (2013, p.28) também concordam, é que a abordagem das capacitações ainda está em processo de construção e operacionalização. Uma das críticas reside no fato de não terem definido uma lista das capacitações às quais considera a abordagem das capacitações e suas aplicações fundamentais para se avaliar a pobreza. Mattos (2006) acredita que há muita carência e deficiência de dados para se aplicar essa abordagem, com exceção daquelas que produzem seus próprios dados, através de longas e cansativas pesquisas de campo.

“A abordagem é contra uma receita pronta, uma mecânica de articulação entre diferentes espaços informacionais” (COMIM, 2021, p.165), o que se confirma em Gomes (2001), a necessidade de se envolver com a pesquisa e saber da realidade ao qual se está trabalhando.

Comim (2021) contribui que, para operacionalização da abordagem das capacitações, deve se atentar que a abordagem parte de um pluralismo informacional, ou seja, sem a inclusão da capacidade de agência dos indivíduos, de pouco ajudará a operacionalizar a abordagem. Visto que, na raiz do conceito está como os seres humanos são capazes de ações autônomas, visto que as pessoas efetuam suas escolhas conforme suas construções históricas de vida e de bases informacionais que englobam um todo. “Em outras palavras, de nada serviria se esses espaços informacionais fossem ampliados, mas deixássemos de ver que o envolvimento ativo das pessoas para comandar o próprio destino é a essência do desenvolvimento humano” (COMIM, 2021, p.167).

Contudo, Martinetti *et.al* (2019) discorda de tais limitações, uma vez que, os autores corroboram com a dificuldade de operacionalização, mas não a impossibilidade de tal. Em um resgate teórico em suas construções, Martinetti *et.al* (2019) demonstra uma luz ao contemplar a operacionalização das abordagens, uma vez que, expõem que a operacionalização das capacitações se detém ao suprir as lacunas da avaliação conforme a qualidade de vida das pessoas e outros questionários complementares que

tentam averiguar tal temática.

O ponto central de nossa contribuição é o foco na capacidade diferencial dos indivíduos de transformar os meios disponíveis - tantos privados (por exemplo, renda e educação) quanto públicos (por exemplo, serviços de saúde) - em conquistas de saúde. Esta questão foi amplamente esquecida pela pesquisa empírica (...). A abordagem da capacidade emprega o conceito de fatores de conversão para capturar as características pessoais, sociais e ambientais que afetam a capacidade de um indivíduo de transformar recursos em funcionamentos e, em última instância, em bem-estar (Kuklys, 2005; Robeyns, 2005, 2016a; Sen, 1992 apud. MARTINETTI *et.al*, 2019, p.250). Isso pode ser entendido como um “processo de conversão” que, semelhante a uma função de produção, transforma entradas (ou seja, recursos) em saídas (ou seja, realizações) (MARTINETTI *et.al*, 2019, p.250).

Assim, adentra-se em três conceitos importantes a serem esclarecidos: fatores de conversão, processos de conversão e taxas de conversão. Martinetti e Salardi(2007) e Comim (2021, p.171) concordam que os fatores de conversão tratam das características individuais, sociais e mesmo ambientais que afetam a produção de funcionamentos diferentes (sexo, gênero, idade, raça, escolaridade são exemplos de características individuais); os processos de conversão explicam como esses fatores são combinados (por exemplo, como a idade – próximo a vida adulta – e maior grau de escolaridade) podem gerar maior expansão de escolhas das capacidades e; taxas de conversões, que por sua vez capturam como fatores de conversão afetam o processo de conversão de recursos em funcionamentos (por exemplo, como uma pessoa de 20 anos, cursando ensino superior, consegue transformar a acessibilidade na UBS em saúde mental, uma vez que, o mesmo pode ter uma base informacional da importância de valorizar sua saúde mental).

Comim (2021) explora a necessidade de utilizar esses limitadores da abordagem das capacitações como ponto de partida para operacionalização da AC, visto que o autor sublinha que se quiser levar a abordagem ao limite, pode-se tomar a diversidade humana não como um axioma, mas como hipóteses que podem ser empiricamente testadas. Sendo um ponto fundamentador da operacionalização desta dissertação, visto que busca empiricamente testar as variáveis e compreender taxas de conversões de recursos públicos e privados em saúde mental.

4. SAÚDE, SAÚDE MENTAL E A TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK

4.1 Construção histórica da saúde

Abordar recursos para que um ser humano atinja seu desenvolvimento pleno, Sen não hesita em expor a saúde como um importante recurso para tal. Vieweger (2020, p.28) concorda com Sen (1997) que na abordagem das capacitações a saúde aparece como um dos pilares básicos para a liberdade, no qual uma pessoa possui razões para valorizar e ser saudável. Assim, a saúde assume um lugar de extrema importância na vida do ser humano, contudo, conceituar saúde perpassa momentos históricos. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. “Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais” (SCLIAR, 2007, p.30).

A saúde assume uma colocação muito importante conforme as épocas vão se passando, entretanto, algo muito específico não muda, a centralidade na doença. Scliar (2007) sublinha que a doença atribui um viés religioso muito grande, visto que, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra, ao qual se tratasse de uma doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas. Válido ressaltar que, ao falar saúde mental, normal e patológico, como virá mais à frente, a lepra tem uma grande associação com a segregação e exclusão dos portadores de sofrimento mental.

Silva (2012) concorda com Scliar (2007) ao ponto que a saúde denota um enfoque muito grande na saúde enquanto presença de doença, ao se observar as primeiras publicações no que diz respeito à saúde, pode ser notado o atrelamento do termo a doença. Por muito tempo, o estar enfermo foi considerado o contrário de estar saudável, ou proveniente de forças divinas, considerado ainda uma forma de penitência aos pecados e até uma forma de aceitar a morte.

Assim, Scliar (2007) deixa muito claro que, independente de quaisquer culturas, sejam elas indígenas, orientais, ocidentais, gregas, a doença (enquanto saúde) era uma

manifestação divina como punição. Para índios, por exemplo, era um castigo enviado pelos seus inimigos. Logo, têm sempre uma visão punitiva para tal.

Pitanga (2002) contribui que a visão religiosa em torno da saúde e doença se rompe quando insere o desenvolvimento do olhar para doença como meio punitivo, para algo consequente ao estilo de vida. Silva (2012) concorda que os estilos de vida têm grande impacto na saúde do ser humano, uma vez que, um estilo de vida sedentária pode contribuir fortemente para ocasionar doenças físicas e até mesmo psicológicas.

Após olhar para o homem, o corpo físico portador da doença, para além da punição divina, adentrou-se os estudos médicos no cenário, fazendo-se necessários estudos sobre anatomia humana. Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. “A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como o demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade” (SCLIAR, 2007, p.32).

Pitanga (2002) e Silva (2012) demonstram que, como a inserção do olhar para homem, corpo físico, enquanto portador da doença para além do religioso, se instaura os estudos epidemiológicos, para compreender de que forma estava sendo realizado as transmissões das doenças e como estas passavam de lugar para lugar. Mas, não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal, seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional (SCLIAR, 2007).

Nesta lógica, Silva (2012) expõe que durante a revolução industrial, o olhar para saúde, ou o acometimento da mesma, ganhou grande destaque, visto que, quanto mais pessoas eram inseridas no mercado de trabalho, mais doentes estes ficavam. Fazendo necessário o enfoque nos estudos que concerne à saúde do ser humano, a medicina nesta época não detinha olhar preventivo, mas sim, curativos, curar aquilo que ia para além da normalidade.

Com o passar do tempo, o cenário de doenças, mortes e o ser humano estar atrelado à estas situações, a partir das intensificações de estudos para compreender estas condições, foi necessárias maiores definições. “O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção

e proteção da saúde, diz que ‘Saúde é o estado do mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade’. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo” (SCLIAR, 2007, p. 37). Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações.

“Com a definição de um conceito de saúde, uma definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE e FERRAZ, 1997, p.539). Segue até hoje sem interferências ou atualizações do conceito. Marques *et.al* (2016) expõem que em uma publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito. Foram realizadas diversas críticas.

Freud, em mais de uma oportunidade, procurou mostrar como a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização constitui algo impossível, como Segre e Ferraz (1997) demonstram. Para Freud, a civilização passou a existir quando os homens fizeram um pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de “mal-estar”. Desta condição não se pode fugir, donde resulta que entre indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão. Pode-se, inclusive, situar o mal-estar em um momento anterior ao da constituição dessa “civilização” de que se fala Freud. Afinal, “o homem a construiu exatamente para escapar ao incômodo da insegurança em que vivia, decorrente de sua exposição a um estado de coisas não exatamente sem leis, mas ditado pela lei do mais forte, que não deixa de ser uma espécie de lei, ainda que selvagem e injusta” (SEGRE e FERRAZ, 1997, p.539).

Construído a crítica do bem-estar, o que se assemelha muito uma das críticas de Amartya Sen em sua criação da abordagem das capacitações, há outras críticas para o conceito de saúde que convergem aos outros cenários. Assim, Segre e Ferraz (1997) expõem que a definição de saúde da OMS está ultrapassada, porque ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e *soma* (corpo), sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. Logo, a psicanálise e a psicologia se associam fortemente para nortear outros pressupostos de saúde.

4.2 Saúde mental

O conceito de saúde mental desdobra dentro de um olhar específico para além do conceito de saúde. “Saúde e saúde mental têm conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sócio-políticos e pela evolução de práticas em saúde” (GAINO *et.al*, 2018, p.110).

Gaino *et.al* (2018) corroboram que no cenário brasileiro, o conceito de saúde tem se ampliado fortemente, conforme a Constituição de 1988 – o que será melhor trabalhado abaixo. O que se almeja aqui, é referir que o autor sublinha o conceito de saúde mental advindo de interfaces do conceito de saúde. A OMS define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, poder lidar com os estresses cotidianos, poder trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (GAINO *et.al*, 2018, p.110).

Entretanto, ao falar de saúde mental, Vecchia e Martins (2009) expõe que em diversas ocasiões, os profissionais observam que as práticas de cuidados em saúde mental dependem da articulação de um conjunto de condições, como a própria organização do sistema de atenção à saúde e o acesso aos equipamentos sociais. Expressam uma compreensão do sofrimento psíquico enquanto também sendo influenciado por tais condições, não seguindo um curso “natural”, na medida em que diversas doenças são também determinadas por componentes psicossociais.

Visto que o conceito de saúde mental demanda articulações com outras variáveis, cabe aqui, discutir e compreender o que é normal e patológico, sendo importante para visualizar o que se torna uma patologia (doença), ou o que é considerado normal, ou seja, saudável. Para esta discussão, Silva *et.al* (2010) que “há uma crítica sob a visão positivista que o patológico é apenas um quantitativo da vida de um ser humano, o autor expressa que há uma infinidade de possibilidades fisiológicas e contextuais no processo do desenvolvimento humano, assim, estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença, apenas transforma os conceitos em um tipo de ideal.” “Porém, a rigor, isso implica um ideal vago e que nunca é alcançado, principalmente, quando o indivíduo é visto em relação ao seu contexto e as características únicas em sua totalidade” (SILVA, *et.al*, 2010, p.195).

Na antiga Grécia, influenciada pelos pensamentos hipocráticos, tinha-se uma concepção dinâmica acerca da doença. “A saúde seria a harmonia e o equilíbrio, enquanto a doença seria a perturbação deste último” (DELATORRE *et.al*, 2011,

p.318).

Silva *et.al* (2010) corroboram ainda, que em Leriche a saúde é o silêncio dos órgãos, porém para Canguilhem isto implica dizer que a doença só existe, e só pode ser prevenida, pois antes existiu um doente. Isto ainda implica dizer que o primeiro a se queixar é o doente e, portanto, a patologia do saber médico não pode estar dissociada da realidade do indivíduo.

Assim, Delatorre *et.al* (2011) concorda com Canguilhem (1904) que não há normal ou patológico em si, afirmando que a anomalia e a mutação são normas de vida possíveis. Estas normas são consideradas patológicas caso sejam inferiores quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida. Caso sejam equivalentes ou superiores em tais aspectos, são consideradas normais.

A noção estática de saúde e doença é difícil de ser sustentada hoje, já que, no sentido da ausência de sintomas, todos seriam normais até o ponto crucial em que surge a patologia. Além disso, sabe-se que, todo o ser humano possui uma grande suscetibilidade a adquirir doenças mais ou menos graves ao longo da vida. Mesmo considerando apenas aquelas doenças incuráveis e que, conseqüentemente, acompanharão o indivíduo até o fim de sua vida (DELATORRE *et.al*, 2011, p.319).

Neste princípio, Rabelo (2022) insere os tipos de normalidades que podem ser visualizadas:

Normalidade como ausência de doença: o primeiro critério que geralmente se utiliza é o de saúde como “ausência de sintomas, de sinais ou de doenças” “silêncio dos órgãos”. Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, então, aquele indivíduo que simplesmente não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se em uma definição negativa, ou seja, define-se a normalidade não por aquilo que ela supostamente é, mas por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta.

Normalidade quantitativa/estatística: normal é sinônimo de comum, ou significa próximo à média. O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Esse é um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é frequente é necessariamente “saudável”, assim como nem tudo que é raro ou infrequente é patológico. Tomem-se como exemplo fenômenos como as cáries dentárias, a presbiopia, os sintomas ansiosos e depressivos leves, o uso pesado de álcool, podem ser muito frequentes em determinados locais mas que evidentemente não podem, *a priori*, ser considerados normais ou saudáveis.

Normalidade qualitativa/normal: o que é socialmente aceito, nós temos os comportamentos que a sociedade impõe, a capacidade que tem de se adequar a esses comportamentos. A crítica que se faz a esse critério é que ele se baseia em normas **socioculturais arbitrárias**, as quais podem variar de um local para outro e modificar-se através do tempo.

Normalidade como “bem-estar”: é um conceito criticável por ser muito amplo e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria “saudáveis”. Tende a ser abrangente demais e muitas vezes imprecisa.

Normalidade subjetiva: se o paciente sente que está doente. Na síndrome maníaca, contraditoriamente, o paciente sente-se muito bem e, apesar disso, está enfermo. O esquizofrênico também. Pois, a incapacidade de reconhecer que os sintomas fazem parte de um transtorno é um sintoma por si só, essa falta de *insight* faz parte da esquizofrenia.

Normalidade como processo: considera as fases do desenvolvimento. Por exemplo, se o desenvolvimento psicomotor de uma criança está dentro do que consideramos normal para sua fase do desenvolvimento, se fala na fase certa.

Normalidade funcional: o fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional e produz sofrimento e angústia e dificuldade a adaptabilidade do indivíduo na sociedade.

Normalidade como liberdade: o quanto que o paciente tem a capacidade de gozar da sua própria liberdade. Alterações na psicomotricidade podem fazer o paciente ficar na cama, alterações de pensamento podem fazer o paciente não sair de casa por achar que está sendo perseguido.

Normalidade operacional: são critérios de normalidades que são impostos antes e a gente vê se o paciente se enquadra ou não naquilo ali. Até certo ponto, a demarcação de separação entre normal e patológico dos sistemas diagnósticos atuais (CID e DSM) emprega critérios operacionais e pragmáticos na definição dos transtornos mentais. (RABELO, 2022, p.1).

Delatorre *et.al* (2011, p.325) sublinha que o conceito de normalidade não pode ser definido a partir de uma única perspectiva e, mesmo combinando-se as diferentes concepções disponíveis, pelos mais diversos estudiosos, não é possível obter um parâmetro do normal que não considere características individuais e do contexto do sujeito. De tal modo que os autores também sublinham que se deve ficar atento ao rotular um comportamento considerado patológico, visto que, pode estar sendo erroneamente classificado devido ao olhar isolado sobre as estruturas ou sintomas do indivíduo, ainda, sem levar em consideração o contexto e situação que as pessoas estão inseridas. Visto isto, algo ‘anormal’ poderia ser um comportamento ‘normal’ visualizado no momento.

Entretanto, pode-se inferir que o conceito de saúde mental se abarca no limite do normal e do patológico, uma vez que não dá para mensurar uma ‘normalidade’. Quando visualiza-se o indivíduo enquanto ser biopsicossocial⁴, atenta-se por uma visão holística e complicada. Logo, vale ressaltar a importância da auto percepção sobre saúde, afinal, se está falando do indivíduo, ele que saberá informar até que ponto há uma normalidade ou doença consigo.

4.2.1 Percepção e sua importância

⁴ Conforme Baldissera (2021): **Biológico:** investigação dos sintomas físicas para entender como a causa da doença pode estar no organismo do paciente. Aborda questões como a saúde física, propensões genéticas e efeito de drogas e medicamentos; **Psicológico:** investigação das causas psicológicas para um determinado problema de saúde do paciente. Aborda questões como habilidades sociais, relacionamentos familiares, autoestima e saúde mental; **Social:** investigação de como fatores sociais (aspectos socioeconômicos, culturais e inter-relacionais) podem afetar a saúde do paciente.

A maneira de se visualizar o mundo demanda de como o percebe-se. A percepção é a porta de entrada dos estímulos, para que o sistema nervoso periférico (SNP) e o sistema nervoso central (SNC) os transformem em informações e, conseqüentemente, agir em cima destes. “O conhecimento sensível é também nomeado conhecimento empírico ou experiência sensível e suas principais formas são a sensação e a percepção” (OLIVEIRA e JÚNIOR, 2013, p.42).

Percepção “é o processo pelo qual as pessoas tomam conhecimento de si, dos outros e do mundo à sua volta”. O processo perceptivo é uma ferramenta fundamental nos relacionamentos, pois aguça a interpretação de sinais interiores e exteriores. Provoca reflexões críticas gerando nas pessoas a necessidade de reavaliarem suas próprias crenças como mecanismo de preservação da qualidade de vida e da sua identidade humana (GARCIA, 2015).

A importância de compreender o que é a percepção, se destaca ao saber que todo o processo é individual e único, logo, subjetivo. De tal modo, toda produção existencial no mundo se dá através de uma necessidade, interpretação situacional ou de uma informação que é processada de modo individual, logo, a percepção é a maneira que o indivíduo irá avaliar a situação. Dito isto, Silva e Bianchi (2013) sublinham que todas as pesquisas, sejam empíricas ou não, partem de um pressuposto perceptivo. O perceber é o ponto de partida para se saber como é elaborada e construída a sociedade, a identidade cultural de cada indivíduo e a sua localização no tempo e no espaço. É por meio de estudos do cotidiano que se percebe diferentes modos de viver e, por fim, eles livram as pessoas dos padrões preestabelecidos e aceitos como regras de vida (SILVA e BIANCHI, 2013, p.4).

Silva e Bianchi (2013, p.4) contribuem, ainda, com uma conceituação do que seja percepção, as autoras sublinham que “a ciência, de modo geral, concebe a percepção como uma organização e interpretação que um indivíduo faz, racionalmente, das impressões sensoriais dos estímulos existentes no mundo objetivo. Esta interpretação subentende separação entre sujeito e objeto”.

Merleau-Ponty (1999) sublinha também a importância da percepção e como tal assume um campo individual e ao mesmo tempo, social. “A percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada, ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo não é um objeto do qual possuo comigo a lei de constituição, ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas. A verdade não “habita” apenas o “homem interior”, ou, antes, não existe homem interior, o homem está

no mundo, é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 1999, p.6). O que Merleau-Ponty (1999) contribui é que há uma retórica construtivista entre o indivíduo e o mundo, para o sucesso da percepção se faz necessário interação, pois, somente por meio destas interações – sociais ou não – que irá ser construída uma visão de mundo, podendo, ou não, se tornar realidade.

Neste mesmo cenário, Oliveira e Júnior (2013) subentendem que ao perceber algo, um objeto, há uma confirmação de imediato da visão construída sobre aquilo. Os autores corroboram com um exemplo didático, ao perceber a água, você nota questões para além da água, como a temperatura, textura, fluidez, se está nítido o reflexo e outros, sendo estas características tornadas verdade. Entretanto, não quer dizer que tais compreensões são verdadeiras, mas sim uma construção que pode ser refutada, a partir de uma outra percepção que não da mesma pessoa.

Chauí (1999) concorda que o processo de sensação e percepção podem ocorrer por dois caminhos, o empirista e o intelectualismo. A autora descreve que o empirismo utiliza da sensação e percepção como uma construção do meio - assim como Merleau-Ponty (1999) – “sensação e a percepção dependem das coisas exteriores, isto é, são causadas por estímulos externos que agem sobre nossos sentidos e sobre o nosso sistema nervoso, recebendo uma resposta que parte de nosso cérebro, volta a percorrer nosso sistema nervoso e chega aos nossos sentidos sob a forma de uma sensação (uma cor, um sabor, um odor), ou de uma associação de sensações numa percepção (vejo um objeto vermelho, sinto o sabor de uma carne, sinto o cheiro da rosa, etc.)” (CHAUÍ, 1999, p.151).

Assim, do mesmo modo, Chauí (1999) explica o modo intelectual de se compreender a sensação e percepção. A sensação e a percepção dependem do sujeito do conhecimento e a coisa exterior é apenas a ocasião para que tenha-se a sensação ou a percepção. Nesse caso, “o sujeito é ativo e a coisa externa é passiva, ou seja, sentir e perceber são fenômenos que dependem da capacidade do sujeito para decompor um objeto em suas qualidades simples (a sensação) e de recompor o objeto como um todo, dando-lhe organização e interpretação (a percepção)” (CHAUÍ, 1999, p.152).

Baldo e Haddad (2003) levantam um questionamento que confirma, também, todo o levantamento já efetuado do que seja percepção, os autores compreendem que a informação pode ser ‘percebida’ ou ‘real’. Assim, eles apontam que diferentemente de algumas definições que propõem ser uma ilusão a discrepância entre o “percebido” e o “real” concebemos as ilusões como surgindo da discrepância entre o “percebido em uma dada situação” e o “percebido em outra situação”. A vantagem da última definição é evitar

(ou desconsiderar) a menção a uma “realidade” da qual nossa percepção fosse meramente uma “representação”. Esse é o cerne de um antigo problema filosófico, que tem perdurado através dos séculos e aborda a relação entre o mundo externo, “real”, e a percepção que tem dele.

O que não foge em todos os autores supracitados, são os mecanismos individuais de se perceber o mundo, seja através de uma dialética ou individual. Endo e Roque (2017) reforçam que independente do meio que for interpretar as percepções, serão elas do campo individual. Os autores efetuaram um estudo referente ao comportamento do consumidor e propaganda, o que se destaca são os processos psicológicos envolvidos no ato da compra, seja ela memória, atenção ou percepção, o que demanda é a maneira que o indivíduo constrói um significado diante aquilo que lhe é apresentado, sensorialmente ou historicamente.

Esse olhar sobre a percepção, retornando a Silva e Bianchi (2013), que o processo de uma pesquisa diz muito daquilo que é percebido do pesquisador e do que é construído sobre o objeto. Nesta dissertação, frisou a construção da análise de microdados, em prol da percepção dos respondentes do banco de dado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Logo, a percepção irá indicar muito como o indivíduo compreende seu estado de saúde mental e como vê a necessidade de transformar recursos (públicos ou privados) em saúde mental.

O que se esbarra, também, em uma ampliação do conceito de percepção, a autopercepção. “A autopercepção de competência é uma variável psicológica, que reflete o julgamento que os indivíduos fazem sobre as suas próprias capacidades de mobilizar recursos para alcançar um determinado objetivo. É um indicador valioso do *self*⁵, pois, sobretudo na infância, as crianças naturalmente descrevem a si mesmas tendo como parâmetros o julgamento sobre as suas próprias habilidades” (NOBRE e VALENTINI, 2019, p.1). Ou seja, a construção da auto percepção vem sendo construída desde a infância, fazendo deste ato um fenômeno sócio histórico.

Bandeira *et.al* (2008) compreendem a auto percepção como um produto de um processo resultante de constructos (autoestima, satisfação de vida e autoconceito) que se dialogam para ater a auto percepção. Os autores ainda sobrepõem que existe uma necessidade de estudo para averiguar a alta correlação entre os constructos e a auto

⁵ Macedo e Silveira (2012, p.281) concorda com Gazzaniga e Heatherton (2003) que de maneira sucinta, self inclui um corpo físico, processos de pensamento e uma experiência consciente de que alguém é único e se diferencia dos outros, o que envolve a representação mental de experiências pessoais.

percepção, fazendo-se necessária a diferenciação dos conceitos dos constructos com o de auto percepção. Os autores, assim como Nobre e Valentini (2019), avaliam a auto percepção a partir do *self*. O que novamente retorna à necessidade interpretativa individual, o que diferencia é que a percepção atribui uma interpretação sobre um objeto externo em contato com o interno, e a auto percepção atribui um julgamento sobre si em relação ao outro e ao mundo.

Entretanto, conforme Judith Beck (1997) expressa, há outras maneiras de perceber a auto percepção. O que utiliza nesta dissertação, discorrer sobre a visão de saúde mental, patológico *versus* normal e percepção dentro da terapia cognitiva comportamental de Aaron Beck, o que se desenvolve abaixo. A auto percepção para Judith Beck (1997) é uma constituição do pensamento retroalimentada por crenças centrais e subjacentes, uma vez que, estas em contato moldam a maneira do indivíduo pensar. Para além, Judith Beck (1997) também contribui que a auto percepção é um produto de interações, estas sendo eliciadas por uma situação, sendo estas interações moldadas através de uma tríade cognitiva: eu, mundo e futuro.

4.3 Saúde e saúde mental no Brasil

Saúde e saúde mental são conceitos amplos e complexos que se configuram conforme a realidade e interpretação de cada indivíduo. Para a realidade brasileira, a construção histórica não se difere das interpretações situacionais, ou seja, a cada momento o Brasil passou por revoluções na saúde coletiva, a cada momento de sua história, levando em consideração a realidade política, cultural, econômica e outras.

Para Oliveira (2012), há um linear dos acontecimentos para o Brasil, que se estende, também, com momentos parecidos com o mundo. Conforme o autor, a atenção em saúde no Brasil se constitui desde as primeiras trocas de experiências com os europeus, índios e africanos, estas trocas sendo possibilitadas devido à expansão marítima da Europa que começou nos séculos XV e XVI. “Há um grande aumento na circulação de mercadorias e contatos entre os povos, mas também houve uma verdadeira ‘união microbiana’ com este novo trânsito” (OLIVEIRA, 2012, p.32).

Oliveira (2012) sublinha que a diversidade racial, presente no Brasil desde a colonização, possibilitava um leque de opções para prevenir e intervir diante esse cenário inicialmente desconhecido, afinal, os próprios nativos, índios, possuíam seus conhecimentos para lidar com as doenças. Deste modo, os conhecimentos também se estendiam aos colonizadores, negros e toda a população que estava presente. Logo,

alguns dos tratamentos efetivos daquela época eram rezas, feitiços, plantas e ervas nativas que eram utilizados por curandeiros, pajés e outros. “Para quem poderia custear, havia a figura do prático ou barbeiro, que utilizava procedimentos avançados para a época, como sangria ou aplicação de sanguessugas, técnicas utilizadas por médicos europeus” (OLIVEIRA, 2012, p.33). É possível efetuar um recorte, que desde os primórdios a saúde coletiva no Brasil já detinha um recorte elitista, que se confirmam com o passar do tempo. O que Sen (1999) sublinha é que a interpretação ao acesso a recursos financeiros promovem maior acessibilidade e, que o dinheiro *per si* não é negativo.

Logo, adentra a colonização, a chegada dos portugueses, assim, Carvalho (2013, p.7) expõe que “o cuidado com a saúde brasileira evolui para a filantropia, sendo específicos dos religiosos, com o objetivo de promover a caridade”. Oliveira (2012) concorda com Carvalho (2013) que o Estado começou a efetuar ações em prol da saúde, criando-se Santas Casas de Misericórdia – a primeira sendo na capitania hereditária de São Vicente, em 1543, por Braz Cubas e em Salvador, em 1549 por Tomé de Souza. Aprimorando, então, ações diante epidemias, com prevenção no uso de vacinações e desenvolvimento de saneamento básico.

Conforme a medicina se desenvolvia no exterior, o Brasil se aperfeiçoava, como aprimoramento dos estudos de anatomia humana, fármacos e outros. Oliveira (2012) sublinha que com o passar dos momentos políticos, o Brasil evoluía⁶ até que no Governo de Rodrigues Alves (1902-1906), Oswaldo Cruz assume a frente da saúde pública, e começa a inserir saneamento e urbanização dentro das cidades, o que vem promover água potável, alimentação adequada, diminuição do risco a exposição de materiais contaminados e outros, tendo grande evolução para saúde coletiva do Brasil.

Contudo, o Brasil carecia de leis e normativas que promovessem a obrigatoriedade da saúde à população. Carvalho (2013) expõe que com essa carência, o Estado e os movimentos políticos sociais criaram, a partir de 1923, a Lei Elói Chaves, que associa a saúde dos trabalhadores a previdência, de início, criando as caixas de pensão, depois os institutos e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Guidini (2012) corrobora que, com a criação do INPS, estabeleceu-se convênios e contratos com diversos médicos e hospitais, ou seja, o atendimento era fornecido ao

⁶ Para melhor visualizar a evolução em momentos históricos, Paim *et.al* (2011) constrói um quadro informativo sobre cada momento histórico da saúde no Brasil, assim como, suas principais dificuldades na época.

trabalhador. Aquele que exercia algum tipo de atividade laboral, que estava com maior exposição ao risco, poderia efetuar atendimentos médicos – na época, curativos – para restaurar sua saúde para continuar produzindo. Ainda, não se falava em prevenção. Entretanto, Guidini (2012) relata que como consequência, o excesso do uso e procura por médicos, provocou-se um efeito cascata, os médicos e a indústria farmacêutica se capitalizaram e se fortificaram elitistas.

Com o golpe militar em 1965, vários programas foram extintos, como também, outros foram desenvolvidos. Houve muitas perdas e ganhos, como por exemplo, o que Guidini (2012) explicita que na tentativa de conter custos e combater as fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que atuou junto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que objetivava um projeto moderno que almejava articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social, como também, como responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população.

Com diversos projetos em desenvolvimento, mas ainda com a saúde e acessibilidade precária para a população, Guidini (2012), Oliveira (2012) e Paim *et.al* (2011) concordam que, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão, sendo, então, delineado e criado os fundamentos da política pública atuante hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Paim *et.al* (2011) sublinha que a implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, sendo importante informação, uma vez que ele não foi a favor dos princípios da reforma sanitária, da priorização a saúde, da garantia da acessibilidade para o povo. Contudo, os autores afirmam que mesmo assim, em 1990, foi aprovada a Lei 8.080/90, que especificava toda a organização, princípios, deveres do SUS.

Paim *et.al* (2011) completa que houve uma descentralização com o *impeachment* do Fernando Collor, e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje, com uma evolução para Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo a porta de entrada para a saúde pública, o primeiro setor do SUS, ao qual visa, dentre outros trabalhos e auxílios, a prevenção. Ao passar do tempo, tal política pública foi se concretizando, sustentando, reinventando e, até hoje, segue sendo o principal meio de acesso a saúde da população brasileira. Tendo em vista que, em 2002 e reeleito em 2006, Luiz Inácio

Lula da Silva manteve o SUS, suspendeu as privatizações e promulgou projetos desenvolvimentistas para todos os cenários brasileiros.

Para o contexto da saúde mental, não se difere os transtornos políticos e movimentos sociais. Para Campos (2019, p.1), “parece impossível, hoje, pensar na Reforma Psiquiátrica Brasileira sem contextualizar, na história recente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e o advento dos governos progressistas dos anos 2000.

Em um contexto internacional, Mann (2020) sublinha que Michel Foucault expõe que no decorrer do século XVII a loucura se fixa no hospital, pelo fato de que, toda a Europa criou casas de internações, com o objetivo de reter a loucura. Tirar o ‘louco’ da sociedade, sendo então, a predominância da dominação da loucura pela condenação ao silêncio. Com esta entrada do indivíduo louco no cenário da instituição hospitalar, começa-se a usar o termo: hospital geral. Mann (2020) corrobora, ainda, que tudo foi organizado para que o louco se calasse, ou seja, foi criado um ambiente de racionalidade, seja ele vigiado, julgado, corrigido e, se preciso, reprimido. Logo, o asilo então deixa de ser o local onde se espera a morte, para se tornar o espaço que o louco é observado, classificado e normatizado.

No Brasil, ocorreu da mesma forma, Sampaio e Júnior (2021), que também concordam com Messa (2008), sublinham que os cuidados institucionalizados foram atribuídos a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841, com o mesmo objetivo supracitado, com o de calar, reprimir, retirar do convívio social as pessoas em desrazão, as primeiras ações institucionais apoiaram-se nos pressupostos higienista e da privação da liberdade da população, que de alguma maneira, transcendiam o que era normatizado culturalmente.

O primeiro ato do nascente governo republicano, consubstanciado no decreto 142, explicita a autonomia da intervenção mental como preceito do pensamento republicano. O decreto “desanexa do Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados”. A desanexação das instituições mentais daquelas de caridade em geral, assim como a ruptura administrativa com o modelo imperial até então vigente, deixam claro o estatuto que a República pretendia conceder ao mental (...)” (MESSAS, 2008, pp.66-67).

Mann (2020) contribui que no Brasil, o “louco” emerge como “problema social” no século XIX, de maneira semelhante à Europa, como um elemento de desajuste a ordem social, sendo esta ordem dentro de um contexto de desordem, mendicância e ociosidade. Entretanto, o grupo de indivíduos que ameaçavam a paz social das cidades, da burguesia, estavam em crescimento, logo, começam a ser levados

às instituições de reclusão, sendo jogados em porões, sem tratamento e entregues a guardas e carcereiros responsáveis pela sua tutela, os espancamentos e contenções em troncos eram formas de controle usuais (MANN, 2020). Messas (2008, p.68) corrobora que, “nenhuma das constituições brasileiras contemplou o tema da saúde até a de 1988, que efetiva o SUS, que normatiza a saúde para todos e dever do Estado, ao qual, passou a considerar a saúde mental como um direito social”.

Sampaio e Júnior (2021) e Mann (2020) concordam que no final da década de 1970, houve não somente ações para revolucionar a saúde, mas também, houve reivindicações para a saúde mental, ao qual emergiram as primeiras manifestações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da criação do movimento dos trabalhadores em saúde mental.

Mann (2020) contribui que no cenário internacional, Franco Basaglia, um psiquiatra italiano, em 1971 também começou a realizar mudanças radicais nas práticas utilizadas no Hospital Regional de Trieste, na Itália. Ele começou então, um movimento de desativação do manicômio, que tinha como características as ações supracitadas das instituições de reclusão, e, claro, caracterizado pela alta prática psiquiátrica, pela ausência de novas internações e pelo questionamento da neutralidade científica, que ao contrário de libertar e auxiliar os pacientes, oprimiam.

No Brasil, por outro lado, não havia diferença nenhuma na desumanidade com os portadores de sofrimento mental, logo, Sampaio e Júnior (2021) corroboram que houve a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que atingiu âmbito nacional e se destacou por criticar os saberes e práticas da psiquiatria tradicional. Os autores informam que com tal movimento, com o crescimento da ideia antimanicomial, a introdução das reformas psiquiátricas nas políticas públicas ocorreu em 1978, também, o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que contribuiu fortemente para sustentar teoricamente e cientificamente as reformas desejadas.

Sampaio e Júnior (2021) sublinham que no ano seguinte, em 1979, teve o III Congresso Mineiro de Psiquiatria⁷, sendo que na ocasião, Franco Basaglia deu a abertura do congresso, como também, finalizou com uma visita em Barbacena – MG⁸,

⁷ Lima *et.al* (2017) contribuem que ocorreu entre os dias 15 a 21 de novembro de 1979, na Associação Mineira de Psiquiatria (AMP), em Belo Horizonte, sob organização do Centro de Estudos Galba Velloso e a coordenação do médico psiquiatra César Rodrigues Campos.

⁸ Para maior conhecimento da desumanidade que ocorreu em tal local, ver: Daniela Arbex - Holocausto brasileiro e Hiram Firmino – Nos porões da loucura.

que ficou horrorizado e deflagrou denúncias sobre o cuidado em saúde mental no Brasil que geraram forte impacto e visibilidade à temática. Sendo válido, acrescentar, que conforme Mann (2020) expõe, o movimento dos trabalhadores da saúde mental começou a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada de assistência e outros, e, com insistência e auxílio, a questionar o saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, iniciando, também, a descentralização dos hospitais manicomial, psiquiátricos e desumanos.

Foram diversos ganhos, conforme Sampaio e Júnior (2021) sublinham, os autores afirmam que no campo da saúde mental, foram intensificadas as mobilizações em prol do cuidado que era ofertado, ocorreram diversos congressos, encontros, conferências que reuniam os mais diversos agentes que estavam envolvidos com a causa, tendo como ganho a maior visibilidade, ocupação nos espaços sociais, acadêmicos e políticos. Com o ocorrido do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, declarou-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que a cada ano se desdobra em um lema para reflexão das desumanidades que eram praticadas.

Oliveira e Sousa (2020) e Sampaio e Júnior (2021) informam que como careciam de diretrizes legislativas para deferir o direito ao acesso a saúde pública – que se criou a Lei 8.080 para o SUS, nas mesmas iniciativas do SUS, promulgou em lei os mecanismos legais para a Reforma Psiquiátrica, criou-se então a Lei n. 10.216/2001, sendo a proposta de Paulo Delgado, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Contemporaneamente, em 2016 com *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a ocupação dos grupos conservadores, viveu-se, na realidade brasileira, um grande retrocesso. Conforme Sampaio e Júnior (2021), ocorreram novas inserções e arranjos institucionais que implicavam com a redução de direitos constitucionais e do papel do Estado quando se tratasse de políticas públicas, ou seja, todas elas que envolviam o auxílio a população, que incluía, também, a saúde mental. Em 2019, assume então Jair Messias Bolsonaro a presidência do Brasil, a extrema direita, que utilizou de suas ferramentas para cortes significativos no cenário nacional de políticas públicas, conforme os autores sublinham, há então expressivas perdas financeira para o SUS e limitaria o desenvolvimento das políticas sociais. O Ministério da Justiça do Brasil *apud*. Sampaio e Júnior (2021) expressam que

(...) em 2016, intensificaram-se as discussões pró-manicomiais, com vistas

a reordenar a política de saúde mental. Nesse sentido, desencadearam-se mudanças institucionais em razão da aprovação de um novo arcabouço legal que reorganiza a estrutura da rede e o cuidado desenvolvido pelas unidades integrantes da RAPS. Em 2017, entraram em vigor a resolução n. 32 (Brasil, 2017c) e a portaria n. 3.588 (Brasil, 2017b), que promoveram mudanças na PNSM. Dentre as principais alterações, vale destacar a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS, a recriação dos hospitais-dia e dos ambulatórios, o aumento do financiamento para instituições hospitalares especializadas e o incentivo às comunidades terapêuticas (Brasil, 2017b, 2017c). Tais medidas favorecem a desconfiguração dos princípios organizativos da RAPS, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica, e geram riscos de subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (SAMPAIO e JÚNIOR, 2021, p.10).

Ou seja, apesar de grandes movimentos e lutas sociais em prol da saúde mental, em prol do acesso, o atual ex-presidente do Brasil tentou reduzir os gastos e efetivar o modelo manicomial novamente, entretanto, com resistência e as políticas que sustentam os fatos aqui descritos, ocorridos, não conseguiu grandes empenhos. Tendo como protagonista o ganho principal da Reforma Psiquiátrica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), que permaneceu efetuando o seu papel em prol da saúde mental brasileira. Sampaio e Júnior (2021) contribuem que as lutas continuam: “a luta da Reforma Psiquiátrica é a luta por cidadania, e o cuidado em saúde mental deve ser, necessariamente, territorial e substitutivo. Substitutivo às práticas que tamponavam e velavam a miséria, a violência e o descaso do governo com os sujeitos em sofrimento mental”.

É possível compreender que Sen (1999) não está errado que o desenvolvimento se deve a acessibilidade dos indivíduos às oportunidades de agência, ao escolher você, sem privações, uma escolha valorativa, mas que, se deve ter um olhar atento, para a participação política.

4.3.1 Centro de atenção psicossocial (CAPS)

Uma rápida revisão do cenário da criação dos CAPS, Silva e Ferrari (2019) mostram que não é possível falar de CAPS sem expor toda a construção política, histórica e trágica que motivou a criação desta ferramenta importantíssima. Por muitas décadas, conforme expõe os autores, muitas vidas foram perdidas no que se intitula “O holocausto brasileiro”, sendo o período sombrio da história brasileira, psiquiátrica e da psicologia que pode ser lembrado com detalhes no museu do hospício de Barbacena – MG, que foi criado em 1996, onde ocorreram milhares de mortes, devido às

condições sub-humanas, sem roupa, sem comida, sem água e sem higiene.

Silva e Ferrari (2019) descrevem que essas pessoas internas dos hospitais manicomiais eram submetidas a tratamentos invasivos, que quando não matavam, deixavam sequelas definitivas. Este horror começou com a criação do hospital psiquiátrico de Barbacena, em 1903, e cerca de 70% da população que viveu lá, morreu lá, não detinha sequer sofrimento mental ou nenhum transtorno psiquiátrico. Os autores colocam em reflexão um ponto importante, a exclusão humana, pela qual a maioria das pessoas, que não se enquadravam na normalidade social ou, de forma mais cruel, eram indesejadas, era esquecida e trancafiada em Barbacena – MG.

Foram diversos ganhos com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo de expressiva notoriedade os CAPS. Mann (2020) corrobora que os CAPS foram instrumentos estratégicos dentro da Reforma Psiquiátrica, pois, diante das ameaças do desmonte dos mesmos, a Política de Saúde Mental do Brasil configurou o CAPS como a possibilidade de intervenção da realidade dos portadores de sofrimento mental em contrapartida dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Ribeiro (2004), o primeiro CAPS do Brasil foi denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, em 1986, em São Paulo – SP, sendo o uso físico dentro do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da coordenadoria de saúde mental). O autor expõe que seus maiores objetivos eram evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova metodologia e princípios, conforme reforma psiquiátrica.

Silva (2019) contribui que o objetivo do CAPS é oferecer atendimento às pessoas com transtornos psiquiátricos diversos, sendo de demanda espontânea, de forma humanizada e gratuita, ou seja, o que Sen (1999) idealiza para todos os seres humanos, o acesso facilitado a uma possibilidade, como será utilizado, vai depender de cada indivíduo. Ainda conforme os objetivos dos CAPS, é a realização e acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Logo, Mann (2020) expõe que foram criados para uma organização das redes municipais de atenção a pessoas com transtornos mentais graves persistentes, ou seja, sem condutas asilares, excludentes e de reclusão, mas ao contrário, estimulando a autonomia, a inclusão e o fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Mann (2020) sublinha que os CAPS são serviços prestados a saúde municipais,

abertos e comunitários, que oferecem atendimentos diários, que devem ser territorializados, ou seja, devem estar conforme o espaço de convívio social do usuário para resgatar as construções históricas sociais comunitárias a sua volta.

O CAPS é um ganho importante dentro das lutas sociais, ele é um feito que foi constituído dentro da Lei 8.080, que promulga o Sistema Único de Saúde (SUS), logo, para que mesmo não fosse excluído ou privatizado. Silva (2010) e Mann (2020) apontam que foi criada então a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conforme o Ministério da Saúde (S/D), os CAPS são organizados como descrito abaixo:

Caps I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

Caps II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps AD: Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimentos com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, S/D).

Mann (2020) coloca que a RAPS expõe de maneira descritiva os principais serviços e ações que são ofertados na atenção psicossocial no Brasil para todas as pessoas com sofrimento psíquico ou algum transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor ainda sublinha que os atendimentos ocorrem de forma interdisciplinar, sendo perpassado por todos os serviços ofertados, como um médico com formação em saúde mental (psiquiatra), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos em enfermagem,

oficineiros e outros).

Assim, Silva (2010) sublinha que os CAPS são resultados da mudança na relação do homem com a loucura, da loucura com meio, e da loucura com o que vem desenvolvendo desde o princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, a atenção a saúde mental ultrapassa o olhar do manicomial e hospitais psiquiátricos, ocupando um novo ‘território’, para além da delimitação geográfica, mas as constituições relacionais, sejam elas familiares, comunitárias, trabalhistas, entre amigos, ou seja, constituído por sua vida, sua valorização. A autora expõe ainda que atuar neste território consiste em unir conhecimentos e potencialidades dos recursos e a transformação destes em soluções dos conflitos.

“Além da noção de território no campo de atuações do CAPS, podemos destacar a noção de redes, visto que a rede da atenção em saúde mental é a articulação de vários serviços de saúde e de outros existentes no território” (SILVA 2010, p.29). Logo, o CAPS assume uma posição complementar às intervenções em saúde mental, e não substitutiva dos hospitais psiquiátricos, assim a interação com as diversas redes surgem novas possibilidades de relações com a loucura, atribuindo-lhe um novo lugar social.

4.4 Construção histórica, sintomas e diagnósticos da depressão

Como pôde ser visto nos tópicos anteriores, o conceito de normalidade e patologia varia muito em seu contexto histórico, político e social. As visões de diversas teorias podem ampliar o espaço informacional para a temática, contudo, a maneira de perceber o bem-estar e qualidade de vida vai depender da auto percepção, como também, o diagnóstico de um profissional especializado em compreender os sintomas e para além deles.

É válido lembrar, que Delatorre *et.al* (2011, p.318) concordam com Canguilhem (1904) que não há normal ou patológico em si, afirmando que a anomalia e a mutação são normas de vidas possíveis. Estas normas são consideradas patológicas caso sejam inferiores quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida. Então, é preciso ficar claro que, se há um transtorno ou um estímulo para o sofrimento (de qualquer cunho), há a presença de uma patologia.

Para compreender o conceito de um diagnóstico, Araújo (2007) sublinha que:

O conceito de diagnóstico tem origem na palavra grega *diagnōstikós*, que significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Na forma como vem sendo utilizado, na atualidade, significa estudo aprofundado realizado com o objetivo de conhecer determinado fenômeno ou realidade, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e

metodológicos (ARAÚJOS, 2007, p.127).

Araújo (2007) indica quanto a necessidade da compreensão de um fenômeno em específico, o que significa que ocorre uma pesquisa sobre o que dito e exposto pelo paciente. Em um olhar para a psicologia, a autora recorre aos autores Ocampo *et.al* (2005), Arzeno (2003) e Trinca (1984), que concordam que para uma avaliação psicológica são necessários procedimentos clínicos, que são formados conforme a identidade profissional, visto que, envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, estes sendo estendido para a personalidade e outras funções cognitivas. Nesta perspectiva, compreender técnicas como observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos, tal qual, como jogo, desenho, interação através de histórias, brincar e etc., utilizando o senso profissional e conforme a demanda é chegada ao investigador (se é uma criança, adolescente, adulto, se há fragilidades e outros).

Araújo (2007) é muito clara quanto as intervenções usadas para uma conclusão de diagnóstico, pois, a escolha das estratégias, do instrumental que se utilizará, vai depender do referencial teórico – o que abre uma perspectiva de diversos olhares sobre um determinado fenômeno – como também, o objetivo da avaliação (há diversos cenários como: educacional, forense, clínico, hospitalar e outros), como também, da finalidade (elaboração de documentos, indicação de tratamentos, diagnóstico, orientação e aconselhamento e outros.).

O olhar para o sofrimento mental, assim como qualquer outra patologia, pode ser multifacetado, entretanto, não há como – apesar desta variedade teórica – desprezar o sintoma. Araújo (2007, p.130) sublinha a importância que o sintoma assume dentro de um diagnóstico, pois, “influenciado pelo modelo médico, diversas técnicas e práticas dentro da avaliação psicológica (principalmente no início e expansão das práticas psicológicas), uma vez que, psicólogos atuavam como auxiliares dos médicos em um diagnóstico diferencial das psicopatologias, foi de extrema importância para estimular preocupação com o que ocorria, como a avaliação objetiva para indicação de tratamentos eficazes”. Assim, os psicólogos incorporaram em suas práticas das avaliações, características do diagnóstico médico, como: a ênfase nos sintomas, a classificação nosológica, uso de testes psicológicos (estes como exames) para identificar, compreender e pesquisar as características patológicas dos indivíduos.

Para compreensão do conceito de sintoma, percebe-se que este sofreu diversas

alterações. Em Freud, Dias (2006) relê que o sintoma de cunho psicológico é uma satisfação de algum desejo sexual ou, ainda, medidas para impedir tal satisfação. O que gera no indivíduo um sofrimento pela limitação. A autora, ainda, expõe que por via de regra, o sintoma possui uma natureza de conciliação, que forma um compromisso entre duas forças, a libido insatisfeita e a força repressora. Visto tal compromisso, torna-se o sintoma algo resistente.

Maia *et.al* (2012) sublinham que há diversas leituras por Freud do sintoma. Como antes de 1900, ele compreendia o sintoma como a promoção de um período relativo de tranquilidade psíquica, devido aos mecanismos de defesas eficientes, entretanto, o paciente passa a conviver com a dor do sintoma, a manifestação do desejo oprimido. (FREUD, 1896/1996, p.269 *apud.* MAIA *et.al*, 2012, p.47). Em uma sequência linear, de 1900-1920, devido ao avanço nas pesquisas e observações, compreender que o sonho já era uma realização do desejo, logo, o sintoma assume o lugar de uma mensagem cifrada, que encontra lugar para sua interpretação e elaboração no espaço analítico, que também, reforça a resistência dos sintomas e aos tratamentos. Após 1920, Freud já trabalhava com os conceitos de pulsões⁹ (MAIA *et.al*,2012), logo, o sintoma possui duas interpretações: o sintoma como efeito lacunar, como o de mensagem que pode ser interpretada, como também, o de satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico.

É válido ressaltar que a visão de sintoma (em sua construção teórica na psicanálise) pode ser diferente de outras ciências, como em medicina. Pimenta e Ferreira (2003) contribuem que em medicina há um sentido diferente, apesar da aproximação. Se na Psicanálise o cunho é sexual, pulsional, na medicina o sintoma é dotado do sentido, competido ao médico a decifrá-los, a compreender seus significados, podendo ser ou não um sinal de doença, neste sentido, não difere da psicanálise, uma vez que, o mesmo é interpretado e decifrado. O autor ainda completa que, na medicina, por exemplo, o sintoma é detectável no organismo, para a psicanálise – que se estende a psicologia – não necessariamente o sintoma será detectável fisicamente.

A depressão, por sua vez, é um sofrimento detectável através do

⁹ “O conceito de pulsões de vida, chamadas assim por Freud a partir de 1920, corresponde àquilo que ele denominava, nos primeiros escritos, pulsões sexuais. Já as pulsões de conservação, ou pulsões do eu, ele as designará, a partir da reviravolta de 1920, sob a expressão: pulsões de morte” (VICENTIN E ALMEIDA, 2019, p.58). Para compreender melhor, ver a produção dos autores.

comportamento do indivíduo em relação a si e ao outro. “Classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes” (ESTEVEES e GALVAN, 2006, p. 127).

Berrios (2012) expõe que a construção histórica da depressão advém de um desenvolvimento conceitual e sintomatológico percebido no paciente. O autor relata que a primeira citação do uso técnico da palavra depressão foi com Delasiauve, entretanto, o autor reconhece, também, que em 1860 (antes de Freud), já se encontrava a palavra em dicionários médicos, que Mayne (1860) *apud*. Berrios (2012, p.596-597) tratavam a depressão como “aplicado ao rebaixamento dos espíritos das pessoas que sofriam com a doença, visto que, foi percebido uma redução fisiológica e nas funções emocionais, por isso era possível a caracterização da nomeação como sintoma”.

Rufino *et.al* (2018) corroboram que o termo depressão, apesar de suas aparições, tem o uso relativamente novo na história, sendo usado em 1960 para descrever um estado de desânimo ou perda de interesse pela vida. Assim, Porto (1999) corrobora que o termo depressão, efetivamente, é empregado para designar um estado afetivo normal (a tristeza), mas é válido ressaltar que tudo em seu excesso ou escassez (como visto no tópico 3.1) se configura um estímulo ao sofrimento, logo em excesso o estado de tristeza, se torna um sintoma, que pode evoluir para uma síndrome ou, ainda, em várias doenças.

Porto (1999) reforça que os humores de tristeza e alegria são a base, o fundo afetivo da vida psíquica normal, sendo elas expressadas em momentos específicos, como por exemplo na depressão, diante a perda, derrota, desapontamento e outros. O autor confirma que para o sentido psicológico, é interessante perceber sua ‘normatização’ visto que pode ter um valor funcional e adaptativo, como polpação de energia e recursos para lidar com o futuro. Por outro lado, perceber a tristeza como sintoma, têm-se a constituição de um sinal de alerta, de que a pessoa está necessitando de um auxílio ou uma companhia.

O sintoma é uma informação a ser decifrada, visto isto, suas interpretações podem variar, neste sentido, Rufino *et.al* (2018) corroboram que a depressão é uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente, que pode ser desencadeada por diversos cenários, como um problema complexo cuja as características são o humor rebaixado, estado de ânimo irritável, falta de motivação, diminuição do comportamento adaptativo e outros.

Quanto as vicissitudes da depressão, Porto (1999) explana que enquanto sintoma, a depressão surge em diversos quadros clínicos, como por exemplo: transtorno do estresse pós-traumático, demência, esquizofrênica, alcoolismo e outros, tendo em vista, também, que muito do estilo de vida do paciente em si pode reforçar os sintomas depressivos. O autor ainda completa que, como sintoma, ainda a tristeza, o humor deprimido pode ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Porto (1999) informa, que a depressão como síndrome, não somente a visão para a tristeza, irritabilidade, apatia e outros, não dando ênfase apenas das alterações de humor, mas ele se estende a diversos aspectos complementares a estes sintomas, como alterações cognitivas (se sabem onde estão, o dia que é, a hora aproximada sem olhar no relógio e etc.), alterações psicomotoras (lentidão nos movimentos, menos tónus musculares e etc.) e alterações vegetativas (sono, apetite).

As interpretações dependem do olhar clínico para diferenciar o sintoma da síndrome. É válido ressaltar e compreender a diferenciação de ambos, não somente para o cunho depressivo, mas de caráter geral. Caló (2019) expõe de maneira geral a diferenciação entre doença, síndrome e transtorno, ao qual a síndrome pode ser vista e caracterizada por diversos fatores, uma vez que a síndrome é um termo que pode ser referida a doença ou um transtorno, que pode ser identificado mais de um recurso, como também, mais de um sintoma de identificação, ou seja, a síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que sugerem uma doença específica. O transtorno, em si, é um estado de alteração psicológica, logo, tem-se o efeito de transtornar, perturbar o comportamento de alguém. E por fim, a doença, sendo vista como uma alteração em funções sistêmicas, que possui um curso a cumprir, mas que pode ser abalado ou redefinido por qualquer perturbação, logo, a doença é resultante de uma resposta fisiopatológica.

Retornando a Porto (1999), a depressão, então enquanto doença, tem sido classificada de diversas formas, sendo decifrado diante a constituição histórica do indivíduo, o período histórico em que vive, as preferências teóricas que norteiam as interpretações. Assim, o autor informa que as quatro doenças usadas na literatura contemporânea têm o transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, mas é válido ressaltar que estes não são rígidos para as interpretações.

Quanto ao acometimento da depressão, Rufino *et.al* (2018) informam que pode

afetar a qualquer pessoa, em qualquer fase da vida, há uma observação que a incidência seja mais alta nas idades médias, entretanto, observa-se, também, que há um crescimento do diagnóstico durante a adolescência e no início da vida adulta.

Para uma visão ampla da atualidade, Esteves e Galvan (2006, p.134) sublinham que “as queixas referentes aos sintomas depressivos como o desinteresse, apatia, tristeza, nem sempre estão ligadas a uma perda propriamente dita”. Os autores reforçam que os fatores que são ditos pela literatura clássica, como visto acima, a sintomatologia e definições são desencadeadores da depressão e melancolia, mas não a definem em si. Sendo, então, necessário estender a visão, pois, existem diversos outros fatores que podem ser estimuladores da depressão, seja ela dentro de qualquer situação vivenciada.

Esteves e Galvan (2006) corroboram que não é somente as experiências internas que são responsáveis pelo sofrimento e pela dor do depressivo, mas que há fatores que agregam todo o quadro de sofrimento, estimulando a alteração psíquica e interpretativa, impactando na afetividade e na percepção da realidade, estes sendo chamados de transtorno de humor. Os autores explicitam justificativas para as decorrências das situações depressivas, como por exemplo: i) ligados à magia, através das alterações de humor e a ação maléfica dos espíritos; ii) ligados a religiosidade, de Deus, em que, independentemente da forma de manifestação ou da instituição religiosa; iii) ligados a explicação orgânica, que conforme Hipócrates, que busca explicações com alterações no corpo, como também, busca-se soluções do médico com uso de medicações e; iv) ligados ao tédio, que explana sobre a falta do sentido, angústia, o vazio, a insegurança e outras manifestações que expõem a sensação da insuficiência vivida, ou seja, demonstra impotência, passividade e dependência do outro para enfrentar ou superar as situações.

A regulamentação pela classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e o Código Internacional de Doenças (CID-10) apoiam o estabelecimento de um diagnóstico a partir de critérios que levam em considerações as manifestações sintomáticas. Esteves e Galvan (2006) compreendem os protocolos normativos conforme o DSM-IV e CID-10, mas ele amplia a interpretação que não é uma regra o uso dos manuais, pois, há dificuldades nos usos dos manuais, uma vez que, a psicanálise e psicologia não restringe a visão clínica e diagnóstica com as classificações e manifestações sintomáticas, mas, compreende a subjetividade do indivíduo, o que nos retorna a Sen e sua abordagem das capacitações que incluem o indivíduo no centro das decisões, como também, da psicologia que não reduz o

indivíduo a um diagnóstico ou a um sofrimento mental, o que sustenta um dos objetivos desta dissertação, a tentativa de diálogo entre as abordagens.

4.5 Terapia cognitiva comportamental: princípios teóricos em Aaron Beck

A (s) Psicologia (s) é notadamente uma ciência que detém como objeto de estudo o comportamento humano, refere-se no plural pelo fato que não detém uma visão rígida da Psicologia, ela é fundamentada por diversas áreas que sustentam sua cientificidade. Filho *et.al* (2006) realizaram um estudo qualitativo e quantitativo para compreender a interpretação social do lugar da Psicologia. Conforme os autores, os resultados sugerem três grupos que expuseram os psicólogos como um profissional que fornece auxílio de cunho psicológico, entretanto, os resultados oscilaram dentro de ciências médicas, autoajuda, conselheiro, atendendo pessoas loucas e outras. Os autores ainda sustentam que tal resultado de maior ênfase foram dados por alunos de psicologia, enfermagem e outras ciências da saúde.

É perceptível que se faz necessário a explicação das multifaces da psicologia, pois, nesta dissertação utiliza-se um recorte específico, que se nomeia Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), uma das possibilidades intervencionistas da psicologia na prática. Santos e *Colab* (2006) colocam a psicoterapia sendo uma técnica dos psicólogos que pode variar do *setting* terapêutico¹⁰, mas que é muito rica em teorias, que são desenvolvidas e testadas através da história. É importante frisar que os autores colocam que foram diversas abordagens terapêuticas que foram desenvolvidas – que a cada uma cabe desenvolver suas técnicas específicas. Compreender os princípios da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) são objetivo deste tópico.

A Terapia Cognitiva Comportamental foi criada por Aaron Beck, ao qual Judith Beck (2022) – sua filha e também pesquisadora e teórica da terapia cognitiva comportamental – expõe na apresentação de seu livro uma declaração efetuada pelo Aaron Beck. Ele informa, aos olhares de uma felicidade, que começou a desenvolver a terapia cognitiva nas décadas de 1960 e 1970, que focalizou a conceitualização e o tratamento dos indivíduos. Ele coloca que, na metade da década de 1980, percebeu que a terapia cognitiva se consolidou enquanto sistema psicoterápico, sendo que, ela detinha objetivos específicos, como: i) exercer a teoria da personalidade e

¹⁰ Conforme Migliavacca (2008, p.4) “O *setting* contempla arranjos práticos para a realização do trabalho, mas é também um conceito psicológico que inclui uma visão do que acontece dentro dele – da moldura - de modo diferente do que acontece fora”.

psicopatologia com sólidos achados empíricos para embasar os postulados teóricos; ii) um modelo de psicoterapia com conjuntos e princípios e estratégias que se mesclava com as teorias psicopatológicas e; iii) sólidos achados empíricos baseados em pesquisas de resultados clínicos para fundamentar a eficácia desta abordagem.

Conforme o Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (2023) expõe, Aaron Temkin Beck nasceu no dia 18 de julho de 1921, em Rhode Island nos Estados Unidos da América (EUA), aonde também veio a falecer com 100 anos de idade em sua própria casa, em 01 de novembro de 2021, na Filadélfia, Pensilvânia. Seus pais eram judeus imigrantes da Rússia, tendo então estudado na Brown University, se graduou primeiro em 1942 nas áreas de Inglês e Ciências Políticas, posteriormente, se graduando em medicina na Yale Medical School, formando em 1946. Foi professor muito tempo na University of Pennsylvania, que estabeleceu a pesquisa clínica sobre a depressão, aonde desenvolveu a terapia cognitiva.

Judith Beck (2020) expõe que Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia que foi nomeada originalmente como terapia cognitiva, mas que muitas vezes foi, e é usado, como terapia cognitiva comportamental. Nesta visão Aaron Beck concebeu em sua pesquisa para a depressão estruturada de curta duração e voltada ao presente. Desde então Judith Beck (2020) deixa nítido que em todas as formas de TCC que foram desenvolvidas através do tempo, foram derivadas do modelo cognitivo de Beck – ao qual irá compreender mais à frente.

Aaron Beck era psicanalista¹¹ antes de abrir mão desta sustentação teórica para a criação da TCC, entretanto, não abriu mão por completo, utiliza de alguns fragmentos da psicanálise. Knapp e Aaron Beck (2008) expõem que o modelo cognitivo foi construído por pesquisas de Aaron Beck, para melhor compreensão e explanação sobre a depressão. Na tentativa de provar que a teoria freudiana da depressão não estava totalmente completa, ele demonstrou irregularidades quanto a hostilidade retrofletida reprimida (princípios que norteiam a visão da depressão na psicanálise).

Knapp e Aaron Beck (2008) sustentam que a raiva e a hostilidade não são o

¹¹ Como dito o nome psicanalista, advém das teorias da psicanálise, ao qual Prudente e Ribeiro (2005, p.64) contribuem que Sigmund Freud apresenta uma ciência singular que propõe um sujeito também singular, único, e que exige algo para além da evidência sistemática, a qual explica coisas que o ser humano faz e sente por meio de especulações que podem parecer estranhas à maioria. A psicanálise raciocina para além da ciência dita normal, o que não significa um demérito a uma ou outra. Apontamos, sim, para a diferença, para o lugar que, segundo nossa avaliação, seria o da psicanálise que, apoiada em outros fundamentos, estaria reivindicando uma outra forma de prova científica diferente daquela proposta pelas ciências do século XIX.

foco ou, ainda, os sentimentos exclusivos do indivíduo na depressão. Durante a pesquisa sobre os sonhos dos pacientes deprimidos, Aaron Beck percebeu senso de derrota, fracasso e perda. Logo, Knapp e Aaron Beck (2008) e Judith Beck (2022) concordam que os achados foram importantes, mas que dentro desta perspectiva, os pensamentos e emoções, ao qual Freud não utilizava tanto, ocuparam a centralidade dos estudos como papel importante para o desenvolvimento do indivíduo.

Assim, Knapp e Aaron Beck (2008, p.56-57) sublinham:

Como consequência natural, Beck começou a questionar cada vez mais o modelo de motivações inconscientes da psicanálise e o seu método terapêutico, principalmente a ênfase da psicanálise em conceitualizações motivacionais e afetivas como causa dos transtornos emocionais, que ignoram em grande parte os fatores cognitivos, como foi substanciado pelos achados sobre a depressão. Estabelecendo as bases para a teoria e terapia, Aaron Beck passou a diferenciar a abordagem cognitiva da psicanalítica, focando o tratamento nos problemas presentes, oposição a desvelar traumas escondidos do passado, e na análise de experiências psicológicas acessíveis, ao invés de inconscientes.

A partir deste momento, surgiu a terapia cognitiva comportamental. Como foi introduzido em Santos e *colab* (2006), a terapia cognitiva sustenta sua fundamentação em outras abordagens teóricas, sendo nascida do rompimento com a psicanálise. Knapp e Aaron Beck (2008) colocam que a estrutura teórica da TC foi construída com auxílio da abordagem fenomenológica/humanista, este sendo inspirado por filósofos como Kant, Heidegger e Husserl, que delimitou a experiência subjetiva consciente, como também, utilizou de filósofos estoicos gregos, que sustentou uma referida e importante parte teórica que atribui o conceito de que os seres humanos são perturbados pelos significados que atribuem aos fatos, e não pela realidade factual. Ainda, Knapp e Aaron Beck (2008) sublinham inspiração e sustentação em Carl Rogers, dentro da terapia centrada no cliente, desenvolvendo técnicas importantes como o questionamento gentil e a aceitação incondicional do paciente, e por fim, a teoria do apego de John Bowlby, que atribui a fonte valiosa da terapia cognitiva, que é o desenvolvimento da conceitualização cognitiva.

Os princípios da terapia cognitiva são pautados dentro de um esquema cognitivo (JUDITH BECK, 2022), que fornece subsídios e informações para uma avaliação clínica do indivíduo, que estas informações e subsídios são organizadas dentro da conceitualização cognitiva do paciente, que expõe de maneira sistemática, histórico de vida, crenças centrais, crenças subjacentes, padrões de comportamento adaptativos e desadaptativos e situações que sustentam tais formulações.

Judith Beck (2022) sublinha que para a compreensão do padrão de

funcionamento de um indivíduo, ele vem através de sua história de vida, reforçando diversas crenças e pensamentos. Para isto, Aaron Beck percebeu um esquema de acontecimentos sistemáticos que estimulam o sofrimento do indivíduo, este dando início dentro de uma situação, que por sua vez desenvolverá os pensamentos automáticos negativos (PAN's), que a partir deste, formulará as emoções e reações fisiológicas, comportamentais e emocionais, que gerará o comportamento do indivíduo, ao qual, este por sua vez, dará continuidade há uma outra situação e assim sucessivamente.

Figura 1. Esquema Cognitivo de Aaron Beck



FONTE: Judith Beck (2022); Adaptação própria.

Exemplifica-se utilizando o acontecido com Amartya Sen em sua infância: i) situação, o homem chegou em sua casa machucado correndo risco de vida; ii) PAN's, diversos pensamentos devem ter ocorridos a Sen, do tipo negativo: “o mundo está acabando”, “o que será que está acontecendo? ”, “ele irá morrer”, e também, pensamentos adaptativos, como: “ele precisa de ajuda”, “tem que levá-lo ao hospital”; iii) emoções e reações fisiológicas, comportamentais e emocionais, Sen sente medo, angústia, tristeza, ansiedade, taquicardia, sudorese, tremor e outros; iv)

comportamento, Sen assustado com a situação começa a gritar por ajuda. Dando sequência, gerará outra situação ao levar o ferido ao hospital, que gerará pensamentos, emoções e comportamentos, até que, dentro dos pensamentos, Amartya Sen percebe: “Por que ele teve que trabalhar em um bairro perigoso, se deslocar correndo risco de vida?”, ele cria a hipótese de: “será que ele não tem acessibilidade?”, “Ou tem, mas não utiliza da maneira adequada?”. Estes são pensamentos que poderiam ter passado pela cabeça de Sen que o estimulou a compreender e elaborar a abordagem das capacitações.

Flores (2018) corrobora que Aaron Beck percebeu as ‘distorções cognitivas’ típicas que ocorrem em pessoas deprimidas, ou seja, os pensamentos negativos em relação a situação e em si mesmo. A autora contribui que nestas observações, Aaron Beck veio concluir sobre o transtorno de humor como primeiro transtorno de pensamento. Assim, Aaron Beck sustenta que os pensamentos ocorrem a todo momento dentro da rotina do indivíduo.

Percebido que o esquema de Aaron Beck perpassa situação, pensamentos automáticos negativos, emoções e comportamento, já pode perceber que o pensamento assume a posição principal de intervenção, mas é necessário compreender a constituição de um pensamento. Judith Beck (2020) expõe que, desde o nascimento, o indivíduo perpassa por situações ao longo de sua vida, que vai constituindo crenças culturais e crenças centrais.

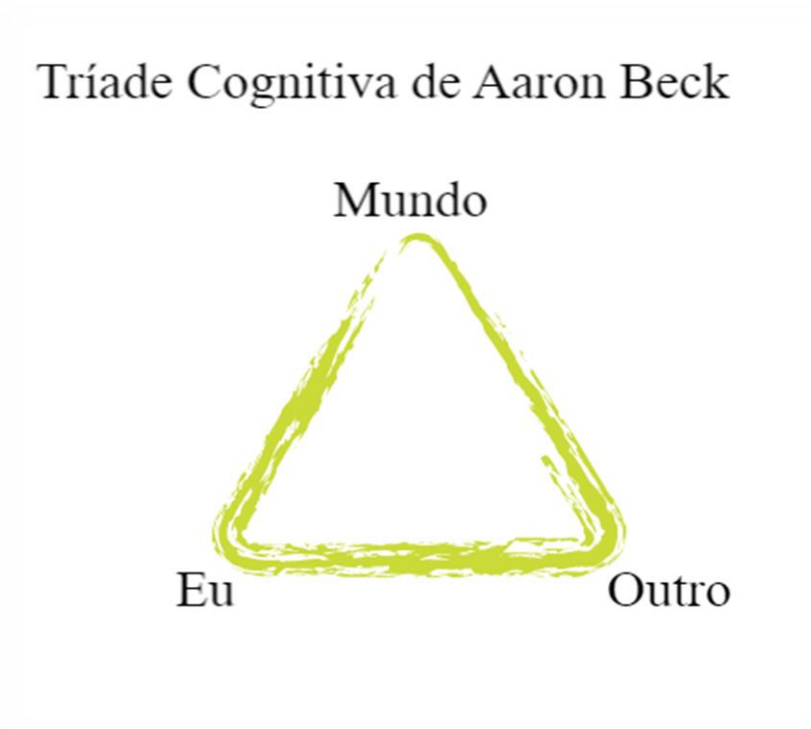
Os esquemas são adquiridos precocemente no desenvolvimento, agindo como “filtros” pelos quais as informações e experiências atuais são processadas. Essas crenças são moldadas por experiências pessoais e derivam da identificação com outras pessoas significativas e da percepção das atitudes das outras pessoas em relação ao indivíduo. O ambiente da criança facilita a emergência de tipos particulares de esquemas ou tende a inibi-los (KNAPP E AARON BECK, 2008, p.57).

Judith Beck (2020, p.280) coloca que as crenças nucleares e subjacentes, assim como Knapp e Aaron Beck (2008) concordam que também são chamadas de esquemas cognitivos, são ideias mais centrais sobre nós mesmos, sobre o outro e sobre o mundo, logo, postulando a tríade cognitiva, representado na Figura 2. Conforme a autora, existe crenças centrais adaptativas, que são realistas e funcionais, e não agem de maneira extrema, como também existem as desadaptativas, ou seja, disfuncionais, sendo elas rígidas e absolutas.

Sublinha-se que faz uso da tríade cognitiva aproximando a auto percepção, pois, é através da tríade que se consegue as interações para a construção interpretativa

adaptativas ou desadaptativas. Neste caso, usa-se a relação da visão do eu, pois, a auto percepção em relação ao mundo ou ao outro são somente pensamentos que não se possui controle que gerará maior sofrimento, visto possibilidade de ansiedade. Contudo quando se adentra a auto percepção voltado a mim, é o que se utiliza nesta dissertação, a auto percepção referente em como estou interpretando a mim mesmo, se está havendo ou não a auto avaliação negativa voltada a mim.

Figura 2. Tríade Cognitiva de Aaron Beck.



FONTE: Judith Beck (2022); Adaptação própria.

As crenças, conforme Judith Beck (2022), podem ser visualizadas como: i) desamor: “eu me odeio por ser pobre”; ii) desvalor: “eu não presto para nada, afinal, sou pobre” e; iii) desamparo: “ninguém me dá uma oportunidade de emprego, porque sou pobre”. São possibilidades de crenças que são fortalecidas através do histórico de vida, à medida que as situações são reforçadoras, ou seja, comprovam que este pensamento – criado a partir das crenças – são verdadeiros. Logo, Knapp e Aaron Beck (2008), assim como Judith Beck (2022), derivam as técnicas cognitivas para reestruturar os pensamentos e, assim, reestruturar as crenças centrais, promovendo que o desvalor, desamor, desamparo se torne o oposto e funcional.

Judith Beck (2022) sublinha que o desenvolvimento das crenças se dá desde muito cedo, sendo influenciadas pela disposição genética, interação com outras pessoas

significativas, com outras culturas e pelo significado que as pessoas colocam diante as vivências e as experiências e circunstâncias. Um exemplo é: “Meninos usam azul e meninas usam rosa”, sendo que, se de alguma maneira esse esquema for violado, há o estímulo a gerar o fluxo de pensamento automático negativo, que influenciará na interpretação situacional, logo, em seu comportamento.

Para melhor visualizar, utilizando os princípios de Knapp e Aaron Beck (2008) e Judith Beck (2020), o indivíduo carrega consigo um histórico de vida que reforçam crenças centrais (desamor, desamparo e desvalor), essas crenças centrais são fortificadas através das crenças subjacentes (ou crenças culturais) – que são regras impostas dentro da cultura: “menino usa azul e menina usa rosa”, com a dinâmica desta retroalimentação surge os pensamentos automáticos negativos. Em uma situação de atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ao entrar no espaço com a crença subjacente – cultural (o CAPS só atende gente ‘doida’), irá estimular a crença central de desvalor (eu não só bom o suficiente, tanto que estou fazendo tratamento com gente ‘doida’), ao aguardar a consulta e ser chamado para o atendimento (este sendo a situação eliciadora do esquema de Aaron Beck), possíveis pensamentos serão: “vão me internar”, “tereí que tomar remédio o resto da vida”, “querem me colocar como ‘doido’” e etc., sendo estes pensamentos criados e alimentados pelas crenças centrais e subjacentes. Logo, gerará a emoção (medo, angústia, tristeza) – ou em outro cenário, poderia gerar felicidade por se aposentar, dependendo da percepção do indivíduo em relação a situação – que irá influenciar na escolha de seu comportamento (pode correr, chorar, gritar, ou realizar o atendimento de maneira normativa). Tal exemplo, pode ser melhor visualizado na Figura 3.

Figura 3: Nivelção das crenças.



FONTE: Judith Beck (2022); Adaptação própria.

Conforme Comim (2021, p.164), na abordagem das Capacitações há uma limitação: “o maior problema que a abordagem das capacitações encontra é que o seu conceito principal, o de capacitações, reflete um potencial, uma escolha, uma possibilidade e como tal, pode, ou não, acontecer”. Da mesma forma, Judith Beck (2020) expõe que as crenças, assim como os pensamentos automáticos negativos, são ideias, que são moldadas a partir de vivências e interpretações que levam interferências, como visto anteriormente, e que elas (as crenças, os pensamentos) não são necessariamente verdade, podem ser testadas e mudadas.

4.6 Psicopatologia e transtornos mentais sob o olhar da terapia cognitiva comportamental

A terapia cognitiva comportamental possui diversas técnicas e conceitos, cujas finalidades são o auxílio para o indivíduo lidar com a realidade no presente, como também, ensinar o indivíduo a ser o próprio terapeuta e lidar com as situações que estão e irão ocorrer. Knapp e Aaron Beck (2008, p.57) sublinham que, então, a terapia cognitiva foca nas crenças nucleares embutidas nessas estruturas cognitivas que por si só irão modelar o estilo de pensamento dos indivíduos e promover – ou não – erros cognitivos encontrados na psicopatologia.

Logo, o que Knapp e Aaron Beck (2008) querem dizer, é que o diagnóstico do

sofrimento mental do indivíduo vai depender das crenças centrais que são enraizadas conforme seu histórico de vida. Os esquemas são adquiridos após o nascimento da criança, ou seja, de maneira precoce em seu desenvolvimento, ao qual detém filtros pelos quais as informações e experiências vivenciadas (no presente) são processadas, posteriormente, serão moldadas (ou reforçadas) pelas experiências pessoais que se derivam da identificação com outras pessoas significativas, e, claro, a partir das percepções construídas das atitudes das outras pessoas em relação ao indivíduo.

Para Judith Beck (2020, p.238) é de extrema importância se ater que os pensamentos automáticos, raramente, são completamente errôneos, possuem em si seus vieses negativos, entretanto, possuem pelo menos um fundo de verdade. Assim, em vez de contestar ou desafiar esses pensamentos, é necessário saber questioná-los.

Knapp e Aaron Beck (2008) são bastante claros quando informam que a hipótese essencial do modelo cognitivo são que as noções das crenças constituem as vulnerabilidades, viabilizando um espaço para os distúrbios emocionais. Os autores exemplificam: (...)

se um indivíduo apresenta uma vulnerabilidade cognitiva a temas de perda e fracasso, as consequências emocionais e comportamentais incluirão tristeza, um senso de desesperança e isolamento social, conforme encontrado na depressão. Se outros indivíduos apresentam crenças relacionados com perigo, a ansiedade prevalece e predispõe ao estreitamento da atenção à percepção de ameaça, a realizar interpretações catastróficas de estímulos ambíguos ou mesmo neutros e se envolver em “comportamentos de segurança” disfuncionais; eles serão impelidos a buscar escapismos ou evitar o risco mal percebido de rejeição, vergonha ou morte. Os vieses orientados ao perigo – que ocorrem automaticamente e não estão necessariamente sob controle consciente – são encontrados em todas as fases do processamento de informações (percepção, interpretação e lembrança) e em todos os transtornos de ansiedade. Em pacientes com vulnerabilidade, a temas de humilhação, injustiça ou algo relacionado, a raiva será o tom, e uma reação comportamental retaliatória poderia ser justificada como autodefesa. Cada transtorno de personalidade também é caracterizado por um conjunto específico pessoal de conteúdos cognitivos disfuncionais, tais como deficiência, abandono, dependência ou necessidade de tratamento especial, que constituem a vulnerabilidade cognitiva do indivíduo. Quando ativados por eventos externos, drogas ou fatores endócrinos, esses esquemas tendem a causar um viés no processamento de informações e produzem o conteúdo cognitivo típico de um determinado transtorno, com sua própria constelação cognitiva e conjunto idiossincrático de crenças (KNAPP e AARON BECK, 2008, p.58).

No mesmo pensamento, Knapp e Aaron Beck (2008) constroem um quadro informativo resumido das psicopatologias e seus transtornos aplicados: a depressão detém consigo a visão negativa de si, dos outros e do futuro; a hipomania ou episódios maníacos são constituídos a partir de uma visão inflada de si, dos outros e do futuro; o

suicida possui uma desesperança e conceito de autodesqualificador; a ansiedade generalizada, possui o medo do perigo físico ou psicológico; a fobia são constituídas a partir do medo de um perigo em situações específicas, que podem ser evitáveis; o pânico traz o medo de um perigo físico ou mental; a paranoia são visões dos outros como manipuladores e mal intencionados; os transtornos conversivos são constituídos a partir de uma ideia sob a anormalidade motora ou sensória; o obsessivo-compulsivo atribui os pensamentos continuados sobre a segurança, com atos repetitivos para evitar a qualquer modo o perigo e as ameaças; a anorexia ou bulimia são o medo de ser gordo e não atraentes e; a hipochondria são as preocupações com doenças insidiosas.

4.6.1 Objetivos e contemporaneidade da terapia cognitiva comportamental

Compreendido que os transtornos e os sofrimentos mentais dos indivíduos são sobrepostos, a partir do tipo de crença central, subjacente e dos pensamentos automáticos, que o ocasionam as interpretações errôneas, e, conseqüentemente, o sofrimento, a terapia cognitiva possui propostas e intervenções eficazes para essas situações. Judith Beck (2002) corrobora que a TCC para um tratamento eficaz e uma boa avaliação dos pacientes com profundidade, para deter subsídios e conhecimento para conceitualizar e diagnosticar de maneira acurada, para que de maneira específica se trace e planeje o tratamento.

Na atualidade, Judith Beck (2007, p.18) expõe que muitos problemas que sondam e ocasionam o sofrimento do indivíduo são as patologias, sendo criadas e reforçadas a partir de seu histórico de vida, como também surgem a partir de suas interpretações disfuncionais, que ativam todas as crenças do indivíduo. Logo, há indivíduos que apresentam desafios clínicos, pois, demonstram dificuldades antigas nos relacionamentos, no trabalho e no modo de como vivem suas vidas. Normalmente, conforme a autora, as pessoas detêm ideias muito negativas sobre si mesmas, sobre os outros e seus mundos, visão que se desenvolveram e permanecem desde a infância e a adolescência.

Quando as crenças dominam as percepções, e os pacientes tendem a perceber, sentir e se comportar de maneira muito disfuncional, em diferentes momentos e situações, pode se perceber que alguma crença está sendo ativada, e estimulando o sentido catastróficos ou negativos (a depender do indivíduo e da situação). Judith Beck (2007) explica que está comprometendo um olhar realista e consciente para experiência

que está sendo vivenciada, na situação dominada pela percepção.

Contudo, Knapp e Aaron Beck (2008) sublinham que há sempre uma alternativa, pois, durante todo auxílio para a redução e estabilização do sofrimento mental, a terapia cognitiva age de maneira colaborativa e psicoeducativa, atribuindo situações de aprendizagens significativas para o indivíduo, e promove que o objetivo do ensino de o próprio paciente se tornar seu próprio terapeuta, se efetive. Knapp e Aaron Beck (2008, p.59) sustentam que é necessário: i) monitorar e identificar os pensamentos automáticos; ii) reconhecer as relações entre cognições, afeto e comportamento; iii) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; iv) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamento distorcido pelas cognições mais realistas; e v) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais do pensamento.

Usando de Moura *et.al* (2018), conclui-se que, desde o surgimento da terapia cognitiva, técnicas e conceitos vem sendo aplicados, desenvolvidos e melhor compreendidos através do tempo, hoje, como pode-se ver, a terapia cognitiva é percebida por uma conexão entre os pensamentos e as emoções, o comportamento e a fisiologia. Tendo em vista que suas sustentações são a partir de três níveis de cognições, que são os pensamentos automáticos negativos (PAN's), os pressupostos subjacentes e as crenças nucleares e centrais. À medida que os três níveis vão interagindo e, demonstrando e expondo o para o conhecimento do psicoterapeuta cognitivo, estes formularam estratégias para o equilíbrio emocional do indivíduo, como efetivar escolhas mais funcionais para ele.

Moura *et.al* (2008) informam que a partir dos princípios da TCC, as cognições influenciam e controlam as emoções e comportamentos de como o indivíduo irá agir, comportar e escolher, tendo em vista que, único nível a controle do indivíduo são os PAN's, sendo corrigidos através das correções cognitivas.

4.6.2 A depressão em Aaron Beck

Com a construção histórica da terapia cognitiva comportamental, foi possível perceber que Aaron Beck criou a abordagem pautada em estudos e observações empíricas diante a depressão. É possível perceber, também, que a depressão é uma psicopatologia que acomete o ser humano em seu humor, comportamento, tônus musculares e diversas outras áreas, que também, pode ser visualizada como sintoma, síndrome e doença. Logo, neste tópico, objetiva-se explicar os princípios norteadores,

causas e possíveis tratamentos para a depressão dentro da abordagem da terapia cognitiva comportamental.

Segundo Freitas e Rech (2010), a terapia cognitiva é uma abordagem ativa, diretiva, estruturada, pragmática e pautada para o hoje. Os autores exprimem que a TCC é fundamentada em uma base teórica que confirma que o afeto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como ele percebe, interage e estrutura o mundo, a partir de suas interpretações, desenvolvendo em si mesmo, crenças sobre si, sobre o outro (ou objeto) e o mundo.

Aaron Beck e Alford (2011) compreendem que toda a extensão histórica do uso da depressão, que suas classificações utilizam de diversas fontes teóricas e práticas, e que, ainda, há uma grande produção acadêmica acerca da temática. Mas para os autores, a depressão pode ser definida dentro de alguns atributos específicos: i) alteração específica no humor, sendo ela na tristeza, solidão, apatia; ii) autoconceito negativo associado a autorrecriminações e autoacusações; iii) desejos regressivos e autopunitivos, manifestados na vontade de sumir, fugir, esconder e em casos mais graves, morrer; iv) alterações vegetativas, anorexia, insônia, perda da libido e; v) alteração no nível de atividade, retardo psicomotor ou agitação.

A depressão é mais complexa e extensa, o que demanda a escolha do profissional o uso ético e de uma abordagem que o sustente, pois, Aaron Beck e Alford (2011) estendem que há um contraste impressionante entre a imagem que a pessoa deprimida tem de si mesma (a auto percepção) e os fatos objetivos (na extensão da realidade). Os autores exemplificam que uma mulher rica que lamenta não ter dinheiro para alimentar os filhos, devido a percepção de ‘ser pobre’, um ator de cinema amplamente reconhecido implorando por uma cirurgia plástica, pois se auto percebe como uma pessoa feia, ou ainda, uma física superinteligente eminentemente se repreendendo ‘por ser burra’. São possibilidades de que pensamentos tendenciosos podem interferir na interpretação dos indivíduos.

Flores (2018) contribui que é possível perceber em indivíduos depressivos, dentro dos princípios cognitivos de Aaron Beck, uma tríade cognitiva. Teodoro *et.al* (2016) concordam com Aaron Beck e Alford (2011) que a tríade cognitiva consiste em padrões cognitivos que os indivíduos vivenciam seus pensamentos, realizam suas interpretações dos fatos em relação a si mesmo, ao outro (o mundo) e ao futuro.

Para os pacientes depressivos, essa tríade sofre interferência de maneira negativa, Flores (2018) sublinha que a tríade de maneira negativa ativa as crenças

negativas que as pessoas deprimidas têm sobre si mesmas, sobre o mundo e ao futuro, que conseqüentemente leva aos sintomas emocionais (alteração de humor), sintomas motivacionais (alteração comportamental) e da depressão *per si*. Teodoro *et.al* (2016) e Aaron Beck Alford (2011) ressaltam que no primeiro componente da tríade, a percepção negativa de si, o deprimido se percebe como alguém indesejável, inadequado e sem valor, tendendo atribuir a culpa por experiências desagradáveis a si mesmo, a seus defeitos mentais, morais ou físicos, com a estimulação da crença central de desamor, desvalor e desamparo. Para o segundo componente, a interpretação negativa do outro (mundo), há uma tendência de interpretar a realidade como ameaçadora, exigente e cheia de obstáculos insuperáveis, logo, as interações da pessoa deprimida com o meio são representativas de sua derrota ou depreciação, tendendo a ver a sua vida repleta de obstáculos e situações traumáticas, dando grande ênfase no recorte cognitivo negativo da situação. E, por último, o terceiro componente a partir da relação com o futuro, ao qual a pessoa espera a permanência das privações, dificuldades, frustrações e fracassos, que seu sofrimento continuará indefinidamente, mas sendo válido ressaltar que, devido aos sintomas emocionais, comportamentais e físicos, o indivíduo não consegue reagir a situação.

Entretanto, percebido a importância da tríade cognitiva para a estimulação dos sintomas depressivos, Teodoro *et.al* (2016) informam que em diferentes faixas etárias têm indicado importantes associações entre a tríade e sintomas depressivos. Neste contexto, os autores corroboram que o papel da tríade – pelo viés negativo – é de colaborar a ativar outros sintomas depressivos, para que na medida que influenciam erroneamente a interpretação do indivíduo que está sendo rejeitado, e reforça as crenças e as interpretações tendenciosas.

Aaron Beck e Alford (2011, p.26) explanam que há como perceber níveis (ou categorizações da depressão), sendo que, “a leve os pacientes afirmam se sentir triste ou infeliz, como um sentimento que oscila dentro do dia diversas vezes, mas que também, pode vir desaparecer, induzindo a uma alegria momentânea. Na modalidade leve, o paciente possui um sentimento disfórico, que pode ser aliviado por outros estímulos externos, como um elogio, uma piada, um sorvete, um fator favorável. Na modalidade moderada, os autores ponderam que a disforia tende a ser mais acentuada e mais persistente, há o sentimento resistente, com menos interações, menos influência externa na tentativa de alegrá-lo. Dentro da mesma modalidade, variação diurna de humor está sempre frequente, a disforia é mais severa pela manhã, mas tende a aliviar

com o passar do dia. E na modalidade grave, a depressão tende a induzir o indivíduo a afirmar “sem esperança” ou “infelizes”. Os autores corroboram que com alteração comportamental (hiper excitação), os deprimidos relatam preocupação, e ainda, em pacientes deprimidos, há o relato de que sempre se sentiam triste e que não conseguiam sair disto, a ponto de ser tão doloroso que não suportavam a tristeza.

Aaron Beck (2017) coloca que as crenças disfuncionais assumem papel importante, uma vez que para os padrões da personalidade (cognição, afeto e motivação) das pessoas com transtornos divergem de outros indivíduos. O autor coloca que indivíduos com sensibilidade a rejeição, abandono ou frustração (de preferência forte), pode desenvolver medos intensos e crenças sobre o significado catastrófico dos eventos vivenciados. Aaron Beck (2017) exemplifica que um indivíduo com predisposição natural a reagir de modo exagerado aos tipos mais corriqueiros, de diversos modo da humilhação a rejeição na infância, pode desenvolver uma autoimagem negativa de si mesmo, interpretar “que não é digno de amor – crença de desamor, desvalor”, à medida que essa situação vai sendo reforçada, e essa situação for significativamente forte e ocorrer novamente em um momento importante ou, ainda, de vulnerabilidade cognitiva, com a repetição a crença se tornará estruturada.

Para intervir nestas situações e auxiliar o paciente deprimido, Young *et.al* (2016) sustentam que quando se fala de tratamento, e este está disponível, ele costuma ser inadequado ou pouco adequado, diante isto, os autores ressaltam que um dos principais avanços no tratamento da depressão foi o surgimento da terapia cognitiva comportamental. Young *et.al* (2016) informam que Aaron Beck levou uma mudança de paradigmas dentro da psicoterapia, visto que, com a publicação de suas pesquisas e estudos para a depressão, Aaron Beck criou hipóteses testáveis, protocolos clínicos com retornos positivos, e claro, com grande avanço, Aaron Beck e a terapia cognitiva ganharam muita atenção.

Young *et.al* (2016) concordam com Judith Beck (2020) que são diversas técnicas que podem ser aplicadas nos mais diversos transtornos mentais. Mas Young *et.al* (2016) sublinham que umas das técnicas mais específicas são as correções cognitivas, que proporcionam uma organização mental para o paciente. Nesta técnica, os autores contribuem que o psicoterapeuta utiliza de técnicas para evocar e testar os pensamentos automáticos, e em conjunto (visto que a TCC é colaborativa) identificarem esquemas cognitivos específicos da construção da realidade que o paciente realiza. Pois, somente assim, o psicoterapeuta conseguirá fortalecer o vínculo

terapêutico e realizar intervenções, mas que o paciente é a centralidade da sessão.

Quando o vínculo terapêutico, e o conhecimento com as técnicas e os objetivos terapêuticos (ou seja, estabilizar a depressão) são efetivados, há uma melhora e funcionalidade. Outra possibilidade, conforme Young *et.al* (2016), é quando os pacientes que já conseguem identificar os eventos externos e as situações evocam determinadas respostas emocionais, o psicoterapeuta utilizará de imagens mentais para que o paciente visualize a situação detalhada. Nesta técnica, o paciente fica relaxado, com os olhos fechados, para que com o auxílio do psicoterapeuta corrijam e deem outras interpretações e significados para a situação. Como ganho, assim como Judith Beck (2020), há uma reestruturação das crenças centrais, tornando o paciente mais funcional.

Logo, em sessões posteriores, Young *et.al* (2016) sublinham que os pacientes são ensinados – dentro de seu histórico de vida e sua constituição de princípios – a desenvolver respostas racionais a seus pensamentos automáticos negativos.

Powell (2008, p.75) corrobora que a TC da depressão é um processo que modifica as crenças e os comportamentos que induzem a determinados estados de humor, sendo que essas estratégias que são construídas a partir da abordagem cognitiva, em conjunto com o paciente, com o foco na depressão, devem-se abordar três fases: i) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; ii) foco no estilo e padrão de funcionamento da pessoa, visto como ela se relaciona com os outros; e iii) mudanças comportamentais a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema.

Young *et.al* (2016) sublinham que neste processo, é compreensível o auxílio medicamentoso, entretanto, não somente como a única possibilidade interventiva. Powell (2008, p.75) destaca que uma das vantagens da TC é o fato de que o paciente é ativo no processo, auxiliando e agindo sobre os processos das técnicas e suas aplicações, sendo que ele auxilia como: i) identificar as percepções distorcidas; ii) reconhecer os pensamentos negativos e buscar os pensamentos alternativos para a realidade mais de perto; iii) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativo e os que sustentam os pensamentos alternativos; e iv) gerar os pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva.

Judith Beck (2022) contribui que, quando há uma reestruturação efetivada, o paciente detém uma funcionalidade em sua rotina, sem que os pensamentos interfiram

tanto nas interpretações, e o mesmo está apto a continuar vivendo de maneira funcional a sua vida, efetuando escolhas efetivas e funcionais.

Young *et.al* (2016) sustentam que uma ferramenta de grande auxílio no processo terapêutico é o uso de *homeworks* (ou para-casa), os autores colocam que é muito importante, pois, são técnicas aplicadas sistematicamente que aprenderam nas sessões e, aplicam em suas vidas, fora das sessões. Assim, os pacientes possuem maior probabilidade de fazer avanços significativos e ficarem mais pertos da reestruturação, e conseguir continuar praticando as técnicas após a alta do tratamento. Young *et.al* (2016) corroboram que os exercícios para a casa, muitas vezes, é uma maneira de o paciente praticar, enfrentar seus pensamentos, se auto conhecer, coletar dados para testar as hipóteses e modificar os pensamentos e os esquemas.

4.7 A vulnerabilidade enquanto promotora do sofrimento mental

Como pôde ser visto acima, há uma vulnerabilidade cognitiva no indivíduo, ou seja, o espaço interpretativo que possibilita a ação dos PAN's. Retornando no tópico anterior, Knapp e Aaron Beck (2008) são bastante claros quando informam que a hipótese essencial do modelo cognitivo são que as noções das crenças constituem as vulnerabilidades, viabilizando um espaço para os distúrbios emocionais. Ou seja, quanto maior a vulnerabilidade cognitiva do indivíduo, maior a possibilidade para se desenvolver um sofrimento mental.

Se faz importante compreender o conceito de vulnerabilidade, uma vez que, Scott *et.al* (2012) sublinha que foi dentro de um contexto importante que começou a olhar para fatores associados à um tipo de doença. Os autores reforçam que a vulnerabilidade, como conceito, surgiu em 1980, com a epidemia do Human Immunodeficiency Virus (HIV) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), pois, é sabido que qualquer indivíduo se encontra vulnerável a doença sem as prevenções corretas, contudo, em seu ápice, haviam determinadas características específicas dos portadores da síndrome.

Scott *et.al* (2012) corrobora que existem gamas de maiores fatores associados a determinadas ações patogênicas, ou seja, a predisposição para se adquirir determinado transtorno e ou doença. Fato é, que nesta dissertação, utiliza-se predisposição para o diagnóstico de depressão, para a tentativa de traçar as características que desempenham os fatores que contribuem para o desenvolvimento do sofrimento mental.

Magalhães *et.al* (2021) recorre aos autores Gomes *et.al* (2007), Fatori *et.al* (2018) para expor que os jovens que detêm suas condições financeiras desfavoráveis enfrentam também inúmeras adversidades cumulativas, que podem aumentar as chances de desenvolvimento de problemas de saúde mental, as quais, diminuem o desempenho escolar, a participação no mercado de trabalho e aumento das criminalidades.

Contudo, uma das hipóteses a serem testadas nessa dissertação, foi obtida em Magalhães *et.al* (2021), para quem a escolaridade em si, o fator da educação, tende a aumentar as possibilidades de escolha, ou seja, ela promove a acessibilidade. Os autores expõem que, com a possibilidade de escolha, a educação influencia na autoestima, aquisição de novos conhecimentos. Assim como, Lucchese *et.al* (2014) e Magalhães *et.al* (2021) efetuam a leitura que a baixa escolaridade tende a diminuir o poder de decisão do indivíduo, podendo gerar incapacidade de influenciar o meio, resultando em danos à saúde mental.

Em outras palavras, o que Magalhães *et.al* (2021) e demais autores expõem, é que a acessibilidade à educação provoca maior espaço informacional, conforme visto em Sen (1999), atribuindo maior possibilidade de escolhas. A maior possibilidade de escolhas é *a priori* o fator mais importante para Sen (1999), pois, o indivíduo escolherá o que for valorativo. Recorrendo a Judith Beck (2007), o panorama das possibilidades de escolha, o indivíduo com bom fluxo de crenças funcionais está apto a efetuar maiores escolhas funcionais. Do mesmo modo, a falta de acessibilidade a educação, provoca o acionamento das crenças centrais (desamor, desvalor e desamparo) e atribui ao indivíduo o poder de decisão, o sentimento de incapacidade e inferioridade e gerar, então, a vulnerabilidade para o sofrimento mental, neste caso, a depressão. Logo, pode-se interpretar que a falta de acesso à educação pode ser uma predisposição para se desenvolver sofrimentos mentais, em específico, a depressão.

Mas é válido ressaltar o que Gama *et.al* (2014) contribuem, relatam que “as relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza” reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida” (GAMA *et.al*, 2014, p.70).

O entendimento da diferença entre risco e vulnerabilidade passa por uma primeira distinção que atribui um caráter analítico ao risco e tendências de síntese para a vulnerabilidade. O conceito epidemiológico de risco tenta

identificar relações entre eventos de modo a estabelecer a probabilidade de ocorrência de um determinado fenômeno. Tem o objetivo de expressar as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo qualquer, desde que portador de certo traço identitário (GAMA *et.al*, 2014, p.76).

Ou seja, o que se retorna em Sen (1999) e Judith Beck (2007) e nas demais teorias discutidas nesta dissertação. Se faz necessário a leitura situacional do indivíduo, como também, é somente ele que poderá falar por si próprio, ao mesmo tempo que, a auto percepção neste cenário da compreensão da vulnerabilidade e risco dependem muito do indivíduo e suas escolhas valorativas, como também, as duas dinâmicas de crenças. Reforça-se aqui a interpretação como ponto importante, não adianta querer ler que uma pessoa sem condição financeira está triste pelo modo de vida, se ela mesma interpreta uma vida funcional e tranquila para si.

5. ATRAVESSAMENTOS ENTRE ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES E TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Há uma diferença entre “pajear” as escolhas de um indivíduo e criar mais oportunidades de escolha e decisões substantivas para as pessoas, que então poderão agir de modo responsável sustentando-se na base. O comprometimento social com a liberdade individual obviamente não precisa atuar apenas por meio do Estado, deve envolver também outras instituições (...) (SEN, 1999, p.362).

Sen (1999, p.191) questiona sobre o fazer do desenvolvimento humano, logo, já expõe que o desenvolvimento humano fica encarregado de desenvolver oportunidades sociais que contribuem diretamente para a expansão das capacidades humanas e da qualidade de vida. Sen (1999) defende a ideia de que as pessoas precisam de mais acesso as oportunidades para escolherem como converter os recursos em fins, de acordo com sua realidade, nesta mesma visão, ele complementa que a expansão dos serviços de saúde, educação, seguridade social e etc. irá contribuir diretamente para a qualidade de vida dos indivíduos.

Como visto acima, em Judith Beck (2022) que utiliza dos recursos teóricos de Aaron Beck, o desenvolvimento humano para a TCC, contempla a promoção de funcionalidade do indivíduo, sem que ele seja privado de uma escolha a partir de pensamentos negativos, e que, o indivíduo desenvolva crenças centrais e subjacentes funcionais para proporcionar melhores escolhas. Já é possível perceber um diálogo, pois, Sen (1999) contribui que é necessário a oportunidade para efetuar uma escolha valorativa, do mesmo modo, Judith Beck (2022) coloca que a valoração depende da constituição histórica do indivíduo (ou seja, as crenças que são reforçadas externa e internamente – como visto, as emoções, as inter-relações, as características individuais, a auto percepção e etc.), sendo que, essa história de vida irá influenciar na percepção e interpretação situacional (como por exemplo, o acesso ao recurso), que irá definir como reagir diante a oportunidade, ou ainda, de maneira severa a partir da privação, desencadear um sofrimento mental.

Nesta mesma perspectiva, ao qual Judith Beck (2022) deixa claro a constituição do ser humano a partir de suas interações e reforços de crenças, este sendo ocorrido através de trocas culturais (que muito diz das crenças subjacentes – que interferem na interpretação), Sen (1999, p.23) corrobora que a abordagem das capacitações permite

reconhecer o papel dos valores sociais e costumes prevalentes, o que percebe a importância das trocas sociais e culturais, e, ainda, como estas são importantes para o desenvolvimento do indivíduo, mas o autor ainda completa que estes valores e costumes podem influenciar as liberdades que as pessoas possuem e desfrutam, e que elas estão certas ao prezar essas contribuições culturais. Nesta mesma perspectiva, Judith Beck (2022) e Knapp e Aaron Beck (2008) corroboram que o padrão de funcionamento do indivíduo não é moldado a partir da situação *per se*, mas das interpretações que o mesmo efetua dentro da situação, logo, essas interpretações são afetadas pela constituição do histórico de vida e suas crenças, o que aproxima de Sen (1999), que sim, as crenças e culturas interferem nas escolhas, mas devido as interpretações que os indivíduos exercem dentro de seus próprios recursos.

Sen (1999, p.23) contribui ainda que normas comuns podem influenciar características sociais como a igualdade entre os sexos, a natureza dos cuidados dispensados aos filhos, o tamanho da família e etc., visto que, Lopes *et.al* (2012) concordam com Caballo e Simon (2004) sobre a importância que a família detém dentro deste sistema, pois, abarcando o desenvolvimento humano a família proporciona o primeiro e mais importante vínculo social, a troca de crenças e reforços culturais, sendo eles de cunho emocional, interpessoal, econômico e etc. Percebe-se uma preocupação de Sen (1999) quanto ao tamanho da família, compreende-se que pode ser mais dificultoso os recursos para o desenvolvimento de todos, mas que Lopes *et.al* (2012) informam que as relações familiares têm profunda influência sobre o bem-estar das crianças e todos que compõem o núcleo familiar, logo, a família é uma base, um pilar para o desenvolvimento dos integrantes familiar, independentemente da quantidade de pessoas (o que não exclui a dificuldade do acesso aos recursos).

Sen (1999) atribui uma colocação importante de reflexão, a questão do trabalho infantil, que há diversos economistas que dividem opiniões sobre a exploração do trabalho na infância, o autor informa que alguns argumentam que meramente abolir o trabalho infantil sem fazer coisa alguma para melhorar a situação econômica das famílias envolvidas pode não ser do interesse das próprias crianças. O fato é que Judith Beck (2022) deixou claro a importância da infância no desenvolvimento de um indivíduo, pela criança estar passando por um processo que não simboliza bem, por não ter crenças ou situações formadas acerca do tema, pode ser errôneo afirmar que as crianças discordam de tal situação. Sen (1999, p.55) atribui que “o trabalho infantil é suficientemente perverso por si mesmo, mas há uma grande reflexão a ser feita, que o

acesso a recursos é importante para o desenvolvimento, que o trabalho é uma maneira de oportunizar o acesso, no caso das crianças, estes não podem ser responsáveis por uma família”.

Importante ressaltar que, a família neste contexto, ainda exprime grande importância, pelo fato que Lopes *et.al* (2012) assim como Caballo e Simon (2004) sublinham que as relações deterioradas dentro das famílias podem constituir os fatores de risco comuns, de maneira negativa ou positiva, ao qual Judith Beck (2022) explana as vulnerabilidades cognitivas que reforçam as crenças disfuncionais. Lopes *et.al* (2012) informam que do lado positivo, há um reforço aos fatores de proteção e seguridade, entretanto, para o negativo, como visto em Aaron Beck, a constituição de crenças disfuncionais que impactam nos pensamentos e interpretações poderá gerar uma ampla variedade de sofrimento e problemas mentais desde a infância até a velhice.

Na realidade da infância, que é um marco importante no desenvolvimento humano, Judith Beck (2022) expõe a notoriedade das criações das crenças e reforços disfuncionais delas, Sen (1999) coloca que um dos problemas terríveis, ainda neste cenário para marcar essas crenças disfuncionais (de desvalor), estão associados ao trabalho infantil e a questão da liberdade de escolha, uma vez que a criança é privada de vivenciar a sua infância (visto que é importante para o fortalecimento de sua constituição), possibilitará diversos sofrimentos mentais dentro de pensamentos automáticos negativos para esse indivíduo.

Utiliza-se o recorte acima citado utilizado da família diante a constituição do indivíduo, Sen (1999, p.29) corrobora que em países mais ricos é demasiado comum haver pessoas imensamente desfavorecidas, carentes das oportunidades básicas de acesso ao serviço de saúde, educação funcional, emprego e outros. Na perspectiva de Lopes *et.al* (2012) que se sustentam teoricamente a partir da TCC, a realidade da importância da família, que impacta positiva e negativamente o desenvolvimento do indivíduo, concordam com Sen (1999) a necessidade de acessibilidade, uma vez que, se esta família tivesse acesso a recursos como uma psicoterapia e orientação psicológica, talvez o fator negativo de sofrimento mental seria um fator a ser reestruturado, promovendo qualidade de vida para o indivíduo sem que a sua realidade seja totalmente modificada, permanecendo o que são escolhas valorativas familiares, como também, ampliando a base informacional da família, do indivíduo, para que eles promovam escolhas valorativas e funcionais.

Aaron Beck e Alford (2011) entendem que um contraste impressionante entre

a imagem que a pessoa deprimida tem de si mesma e os fatos objetivos (na extensão da realidade), pode ser percebido. Os autores exemplificam que uma mulher rica que lamenta não ter dinheiro para alimentar os filhos, pois interpreta ser ‘pobre’, um ator de cinema amplamente reconhecido implorando por uma cirurgia plástica, pois se auto percebe como uma pessoa feia, ou ainda, uma física superinteligente eminentemente se repreendendo ‘por ser burra’. São vieses interpretativos que operam nestas percepções. Na hipótese de acesso ao atendimento psicológico para reversão destas interpretações negativas, Sen (1999) é assertivo em informar que a acessibilidade é a oportunidade crucial para que o indivíduo realize escolhas para o seu bem-estar e transforme o recurso em um fim.

A escolha do indivíduo, como visto em Judith Beck (2022), é pautada nas interpretações situacionais (que estimula o esquema de Beck e as dinâmicas das crenças), mas que condiz com a realidade do indivíduo (ao menos, a que ele percebe, o que pode ou não ser verdadeiro). Mas, o que Judith Beck (2022) e Aaron Beck e Alford (2011) concordam é que a escolha é do indivíduo, logo, atribui a sua responsabilização a escolha. Sen (1999, p.34) é muito claro ao dizer e contribuir com o conceito de agente, que o conceito “define alguém que age e ocasione mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos, independentemente se avaliarmos ou não os critérios externos”. Neste sentido, Sen (1999) explicita que o indivíduo deve assumir essa capacidade de agente, de agir sobre a situação em prol de si, apesar das interpretações e todas as interferências, promover a mudança é algo importante para a realidade do indivíduo. Sen (1999) informa que o papel da condição de agente do indivíduo é para além de uma responsabilidade consigo mesmo, mas também como um membro público e participante das ações econômicas, sociais e políticas, que conseqüentemente, recaem sobre a população.

Sen (1999) informa que a liberdade é reforçada de maneira crucial pelo fato de não ser apenas uma base de avaliação de êxito ou fracasso social, mas também, pela iniciativa individual e da eficácia social. Nesta passagem, Amartya Sen é claro ao interpretar que as interações sociais são de extrema importância, ao qual visto em Judith Beck (2022) e Aaron Beck (2017), pois, conforme Sen (1999) ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas para cuidar de si mesmas e para influenciar o mundo, questões centrais para o processo de desenvolvimento, logo, é reforçado a interpretação de que todas as políticas, todos os programas (sociais ou não) detém um fim, o desenvolvimento do indivíduo. Entretanto, Sen (1999) sublinha que os beneficiados

não podem ser apenas aqueles que possuem maiores recursos financeiros (que promovem mais acessibilidade), mas que a acessibilidade deve ocorrer para todos, não somente no âmbito da saúde, mas dentro de um desenvolvimento global.

Sen (1999, p.28) coloca que a riqueza está nas coisas que ela nos permite fazer, logo, a liberdade de escolha irá ajudar a obter. Com influências das crenças e pensamentos diante as interpretações, os indivíduos irão escolher possibilidades mais valorativas, visto suas realidades, entretanto, a interação e proporção que a riqueza oferta de possibilidade não é exclusiva. Sen (1999) corrobora que existem outras influências significativa em nossas vidas que vão além da riqueza, por exemplo, os laços afetivos, as emoções positivas e as auto percepções funcionais. Judith Beck (2022) sublinha a importância das interações, assim, Sen (1999, p.28) é cirúrgico ao dizer: “É tão importante reconhecer o papel crucial da riqueza na determinação de nossas condições e qualidade de vida quanto entender a natureza restrita e dependente dessa relação”, ou seja, apesar de uma interpretação que possa ter de que alguém é autossuficiente, que não precisa de auxílio em nenhum cenário, sempre há uma dependência, por menor que ela seja.

Judith Beck (2022) é clara quanto a importância das interações para a constituição das crenças, processos de subjetivação com as crenças subjacentes (culturais) que moldará sua visão de mundo e as interpretações situacionais. Logo, quando esse indivíduo possui acessibilidades a seus direitos mais básicos, como Sen (1999) oportuniza como oportunidades sociais que são nas áreas de educação, saúde, segurança e outros, influenciaram na liberdade substantiva do indivíduo, como ainda visto no mesmo autor, o acesso à educação, por exemplo, é um fator que proporcionará a ampliação da base informacional, que oportunizará melhores interpretações e conseqüentemente, melhores escolhas (funcionais), e, como resultado, o indivíduo viverá uma vida melhor.

Sen (1999) sublinha que as disposições sociais podem ter importância decisiva para assegurar e expandir as liberdades dos indivíduos, e Judith Beck (2022) sublinha que a partir destas interações, de maneira segura, o indivíduo pode testar suas possibilidades para se desenvolver de maneira funcional, ou seja, de uma maneira valorativa de acordo com a sua realidade de vida.

Um olhar importante que Sen (1999) contribui, são as crenças sociais que molduram determinados destinos. Sen (1999) corrobora com uma exemplificação interessante, que expõe que uma mulher foi ensinada a acatar a crença geral de que,

sendo uma mulher, não deve nem se queixar e muito menos ter ambições. Defronta-se aqui com uma crença cultural subjacente importante que priva e limita ações da mulher por todo o mundo, entretanto, a mulher em si é um ser humano como qualquer outro, com suas construções históricas, seus desejos, suas crenças, seus sonhos. Como o próprio Sen (1999) percebe, essas crenças culturais limitantes e disfuncionais não podem definir a interpretação para uma capacidade de agência, pois, as pessoas não tem opção de se tornar outra (dada seu histórico de vida), as comparações interpessoais das utilidades na escolha não podem ser definidas como uma escolha real, pois, as pessoas são diferentes e têm preferências diferentes, a questão é que cada indivíduo deve escolher dentro da situação a partir de sua constituição, e Sen (1999) enxerga muito bem isso.

Para além do olhar clínico e interventivo que a terapia cognitiva possa aparecer, ela é formulada para promover o bem-estar do indivíduo, voltado para uma reestruturação interna de maneira funcional para lidar com os obstáculos externos. Assim, Judith Beck (2022, p.224) corrobora que as emoções, também, são de grande importância para a TCC, pois, “o objetivo principal da TCC é auxiliar os indivíduos a se sentirem melhor, reduzindo a emoção negativa e aumentando a emoção positiva, apesar das situações externas vivenciadas”. O mecanismo aqui, que a autora ensina, é o autoconhecimento e controle, para saber as limitações diante as possibilidades de escolhas. Neste cenário, Sen (1999) afirma que os fins e os meios do desenvolvimento exigem que a perspectiva da liberdade seja colocada no centro do palco, o que se percebe que o indivíduo assume a centralidade e a grande importância, pelo fato da escolha que ela sucumbe e é responsabilizada. O autor ainda expressa que nesta perspectiva as pessoas têm de ser vistas como ativamente envolvidas dentro das suas oportunidades, na formação do seu próprio destino, e não apenas como beneficiárias de programas sociais, mas como, utilizar esses meios para gerar fins, ou seja, a escolha da qual ela quer fazer com essa possibilidade.

No quesito emoções, Sen (1999, p.89) corrobora que concentrar em características mentais (como o prazer, felicidade ou desejos) pode ser particularmente restritivo quando são feitas comparações interpessoais de bem-estar e privação. O que se percebe são as contribuições de Judith Beck (2022) e Knapp e Aaron Beck (2008) ao distinguir que as emoções são consequências das interpretações e dos pensamentos que são relacionados às situações de maneiras tendenciosas, Sen (1999) compreende que as comparações são restritas pelo vasto espaço interpretativo que o indivíduo

detém. Logo, Sen (1999) corrobora que os desejos e as habilidades para sentir prazer em algo ou alguma situação ajusta-se às circunstâncias que ali é colocada, o que novamente percebe-se a possibilidade interpretativa do indivíduo.

Comim (2021) concorda que Sen utiliza de algumas críticas para constituir a abordagem das capacitações, o que não é diferente de Aaron Beck com a terapia cognitiva, mas que Sen (1999, p. 81) atribui uma crítica a Jeremy Bentham que define as utilidades como prazer, felicidade ou satisfação como algo de extrema importância, e que tudo gira em torno dessas realizações mentais. A verdade é que as realizações mentais são perspectivas que molduram as escolhas dos indivíduos e fazem com que projetem o caminho de seus objetivos a partir de suas interações e seus históricos (como também, possuem a capacidade para modificar os mesmos). Sen (1999) percebe que não há como limitar um desenvolvimento, uma realização, uma transformação de recursos em fins a partir de uma elaboração emocional, mas para além, do que as pessoas utilizam desse aprendizado emocional para promover uma capacidade para si. A visão não limitadora de Amartya Sen é de extrema importância para a constituição da abordagem das capacitações, visto que o indivíduo não pode ser reduzido à um rótulo, à uma emoção ou uma característica, Sen percebe que o indivíduo é transcendente, vai além do que é premeditado.

Sen (1999, p. 89) contribui que a medida mental do prazer ou do desejo é maleável demais para constituir-se em um guia confiável para a privação e desvantagens. Knapp e Aaron Beck (2008, p.61) concordam com Sen (1999), ao atribuir a seguinte exemplificação:

(...) terapeuta e paciente podem especificar experimentos colaborativamente para ver se as expectativas negativas do paciente são válidas ou se se originam de inferências erradas sobre si próprio, outras pessoas e o futuro. (...) uma mulher deprimida pode acreditar que não consegue mais preparar uma sobremesa para o domingo da qual seus netos tanto gostam, na verdade, ela até mesmo acredita que é incapaz de ficar fora da cama tempo suficiente para fazer qualquer coisa, quanto mais preparar uma sobremesa. Para reunir evidências sobre sua expectativa de ter habilidade na preparação da sobremesa e sua expectativa de ser capaz de sentir prazer em suas habilidades culinárias, ela é estimulada a classificar de 0 a 10 suas expectativas de habilidade e prazer antes de realizar a tarefa no domingo pela manhã e, compará-las com o que de fato pensou e sentiu depois de ter terminado a tarefa combinada. Ela provavelmente receberá, como de costume, muitos elogios positivos, que a ajudarão a corrigir suas classificações equivocadas de habilidade e prazer.

Um diálogo assertivo entre Sen (1999), Judith Beck (2022) e Knapp e Aaron Beck (2008) são que os pensamentos limitantes disfuncionais são exponencialmente privativos das liberdades substantivas e subjetivas que definirá a escolha do indivíduo

a realizar algo, ou não. Knapp e Aaron Beck (2008, p.61) complementam que os pacientes deprimidos muitas vezes apresentam expectativas disfuncionais sobre as suas próprias capacidades, logo, realizam e enfrentam a situação e ficam surpresos com o resultado melhor do que esperavam. Os autores, ainda, afirmam que os pacientes não conseguem avaliar seus pensamentos de forma mais objetiva, todo um conjunto de pensamentos se torna hipóteses que precisam ser submetidas ao teste de realidade. Ou seja, a partir do pensamento há uma privação da liberdade, logo limitará a capacidade de agência do indivíduo, o que não é funcional. Importante ressaltar que Knapp e Aaron Beck (2008) corroboram que a perspectiva de uma interpretação tendenciosa irá resultar em uma escolha, do mesmo modo que essa escolha irá privar o indivíduo de sua capacidade de agência, então, Sen (1999) dentro de suas construções teóricas concorda com Knapp e Aaron Beck (2008) ao libertar o indivíduo dos pensamentos negativos e promover a capacidade de agência.

Sen (1999) é muito assertivo a compreender essa limitação, em seus escritos Sen (1999, p.97) contribui quase com o mesmo exemplo: “(...) mesmo se uma pessoa que está deprimida, incapacitada ou doente por acaso tiver uma função de demanda para pacotes de mercadorias igual a outra pessoa não portadora dessas desvantagens, seria um grande absurdo insistir em que ela está obtendo a mesma utilidade (ou bem-estar ou qualidade de vida)”. Nesta situação, Sen (1999) completa que as diferenças entre idade, sexo, propensão a doenças e outras características podem fazer que duas pessoas com as mesmas realidades tenham oportunidades de qualidade de vida muito divergentes, pois, como Judith Beck (2022) corrobora que o que define as interpretações são as constituições das crenças, logo, subjetivas, acarretando então toda a diferenciação e complicação comparativa, ao que retorna a necessidade de oportunizar situações para que cada um efetue a sua escolha.

Sen (1999, p.49) coloca que: (...) “existe uma relação de mão dupla entre: i) as disposições sociais que visam expandir as liberdades individuais; e ii) o uso de liberdades individuais não só para melhorar a vida de cada um, mas também, para tornar as disposições sociais mais apropriadas e eficazes”. Conforme visto, as crenças subjacentes e centrais são grandes definidores das interpretações, cabe o indivíduo funcionalizar elas, pois, Sen (1999) completa que os usos específicos que os indivíduos fazem de suas liberdades dependem muito das associações e interações sociais, sendo estas a partir da formação interativa de percepção do público e da compreensão cooperativa de problemas e soluções.

Dentro das crenças, Sen (1999) compreende que um exemplo de acessibilidade e realização de funcionamentos é poder aparecer em público sem se envergonhar, visto que, em uma sociedade mais rica podem requerer padrões mais elevados de vestimentas. É perceptível que Sen (1999) atribui diversas limitações, entretanto moldurados por diversas crenças, desde as centrais de desvalor e desamor (no ímpeto de não ser bom o suficiente para ter uma roupa apresentável, por não estar no mesmo nível que outras pessoas e etc.), ao mesmo tempo que, atribui que a crença subjacente define que ricos terão vestimentas melhores, pode ser um fato, mas não definidor. Judith Beck (2022, p.284) compreende que quando os indivíduos não estão deprimidos, em geral, eles têm uma visão muito equilibrada do futuro, entendendo que terão muitas experiências positivas, neutras e negativas (que também podem ocorrer). Mas quando o indivíduo já vem sendo reforçado de maneira negativa, sendo desvalorizado de diversas maneiras, privado de acessos para saúde, utensílios para boa auto estima e outros, podem gerar sintomas depressivos e ver o futuro como sombrio, como incessantemente infeliz, com pouca ou nenhuma satisfação ou prazer e como algo além de seu controle, visto que os pensamentos são os atuantes da situação, e não o indivíduo em si.

Estendendo a situações mais gerais, Sen (1999) aborda que é importante olhar pelo lado do desemprego, pois o mesmo tem diversos efeitos negativos sobre a vida dos indivíduos, ocasionando diversas privações, dos tipos sociais, financeiros, interacionistas, profissionais e etc., Sen (1999) aborda que medidas podem ser tomadas, por exemplo, o auxílio-renda, que limita a privação dos recursos financeiros. Entretanto, dentro da pluralidade de Sen (1999), o autor concorda conforme visto no tópico 4.6.2, que a depressão pode ser ocasionada por uma perda, e assim ele coloca que efeitos abrangentes podem surgir além da perda de renda, como danos psicológicos, perda de motivação para o trabalho, perda de habilidade e autoconfiança, aumento de doenças e morbidez e outras situações desconfortáveis para o indivíduo, ao qual será um estímulo para ativação de diversas crenças no indivíduo com que faça que a partir dali reaja de maneiras negativas.

A questão das culturas e atributos sociais referente a um indivíduo pode ser cruel a ponto de ocasionar sofrimento mental, não oferecer recursos para a agência ocorrer. Sen (1999) explana que muitas mulheres podem ser forçadas a aceitar a proibição de uma vida profissional autônoma e fora de casa, sendo essa situação de maneira agressiva e brutal, como também, a proibição pode ser de maneira implícita,

devido as relações sociais e as crenças subjacentes de: “mulher é dentro de casa”, que moldam o comportamento dos companheiros que influenciam nas agressões, ou até mesmo, numa submissão e o sofrimento mental. Sen (1999) completa que os valores tradicionais podem gerar muito medo diante um desrespeito, pois, romper uma tradição pode chocar e impactar muitas pessoas.

Sen (1999) é claro quanto ao senso de justiça, pois, diante as crenças sociais (que impactam o individual), a justiça é uma característica que pode motivar os indivíduos, pois, os valores sociais podem desempenhar um papel importante no êxito de várias formas de organização social, incluindo o mecanismo de mercado e outros. Neste mesmo sentido, pessoas diferentes podem ter modos diferentes de interpretar ideias éticas, logo, estende-se a conceituação de justiça social, e podem até mesmo serem influenciados de maneiras tendenciosas e não conseguem organizar seus pensamentos sobre diversos assuntos. Sen (1999) transita dentro da terapia cognitiva de maneira assertiva com uma visão de mundo e de homem, que sustentam toda sua criação efetiva da abordagem das capacitações, pois em uma organização social funcional, iria amenizar possibilidades de crenças disfuncionais e o desenvolvimento e fortificação das crenças.

Oliveira *et.al* (2009) informam que dentro da construção da auto identidade, ou seja, auto percepção, como também, das relações sociais e todas as situações que o indivíduo esteja inserido, a alta modernidade impõe um cenário de escolhas e riscos, ao qual, a biografia individual é chamada para ser escrita e reescrita, pois é necessário uma flexibilidade de pensamentos para a definição de uma visão de mundo, entretanto, gera-se um cenário de escolhas e riscos, e a escolha é uma atitude reflexiva e consciente do indivíduo. Os autores compreendem que a escolha é o ponto chave para a definição e afirmação identitária, entretanto, a escolha reflete tanto as crenças subjacentes quanto as centrais. Sen (1999) percebe ao dizer que existem situações nas quais pais de famílias mantiveram uma das crianças totalmente limitada ao acesso de comida, para que esta família fosse caracterizada ao auxílio alimentar, atribuindo um significado (e, pior, a identidade da criança) como um vale-refeição. Percebe-se que realmente há uma necessidade de acesso aos bens de sobrevivência como visto em Freitas e Feitosa (2020) utilizando dos constructos teóricos de Martha Nussbaum, ao promover acesso aos itens específicos para a promoção da existência do indivíduo.

Levando em consideração o desenvolvimento sob o viés de Aaron Beck e sua terapia cognitiva, Judith Beck (2022) pode corroborar que no exemplo acima, poderia

ser desenvolvido diversas crenças nesta criança, que iria afetar todo o desenvolvimento do curso de sua vida, e como a infância – em sua grande importância – seria marcada. Sen (1999) coloca a necessidade da produção do respeito próprio, como também, por uma outra pessoa, pois, este princípio e valor é um dos mais importantes para o desenvolvimento, ao reconhecer como agente e agir em prol de si mesmo.

Sen (1999) transita tão firmemente nos conceitos da terapia cognitiva, que o autor mesmo contribui:

O verdadeiro problema aqui não é a necessidade de condimento financeiro em si, mas a crença subjacente – e com frequência não questionada – que tem sido dominante em alguns círculos políticos de que o desenvolvimento humano é realmente um tipo de luxo que só os países mais ricos têm condições para bancar” (SEN, 1999, p.190).

Como visto em Judith Beck (2022), o conceito de crença subjacente foi utilizado da maneira correta por Sen (1999), entretanto, não se torna uma verdade absoluta, pois, há capacidades que podem modificar este cenário da compreensão de desenvolvimento humano.

Sen (1999) coloca que a nossa concepção de necessidade relaciona-se as ideias que temos sobre a natureza evitável de algumas privações (visto em Judith Beck (2022)), utiliza-se comportamento compensatório, ou seja, esquiva, fuga e outros. Logo, Sen (1999) completa que as formações das compreensões de crenças, as discussões públicas têm um papel fundamental, não somente pelo âmbito social, mas individual, para a expansão da base informacional e reestruturação das crenças.

A interpretação do funcionamento político pode estar relacionada (de maneira negativa ou não) com as crenças do indivíduo, logo, como visto acima, deve ser compreendido o processo das formações de crenças diante a política, pois, o indivíduo tem que flexionar seus pensamentos para se permitir vivenciar situações e promover mudanças. Sen (1999) sublinha que desenvolver e fortalecer um sistema democrático é um componente essencial do processo de desenvolvimento, logo, a sociedade deve ser agente de modo funcional, sem que tais crenças interfiram.

Os pensamentos automáticos negativos também marcam sua presença, Sen (1999) denomina que no mundo de hoje, um pessimismo tácito muitas vezes denomina as reações internacionais as situações de calamidade que o indivíduo vivencia, mas que falta a liberdade para remediar, por exemplo a fome, que pode levar ao fatalismo ou diversos sofrimentos. Entretanto, a mudança de pensamento conforme a Judith Beck (1999) para uma maneira funcional, corrobora com diversas mudanças para a vida

subjetiva quanto social, logo, deve-se começar de maneira geral as correções de pensamentos e flexibilizações de crenças para promover as mudanças e contribuir com idealizações assertivas sobre as realidades vivenciadas pelos indivíduos.

Tal processo de transformação é de grande valia, tal qual Sen (1999) sublinha: (...) “evitar as fomes coletivas e prevenir crises catastróficas (...) essa é uma parte importante do processo de desenvolvimento como liberdade, pois, envolve o aumento da segurança e da proteção usufruídas pelos cidadãos” (SEN, 1999, p.245).

É perceptível nas falas de Sen (1999) que os processos e intervenções políticas podem promover de maneira ampla o acesso para o desenvolvimento básico dos indivíduos, o acesso a liberdade. O simples fato de promover uma segurança e proteção ao indivíduo pode prevenir diversas crenças de desamparo no indivíduo, logo, como visto em Judith Beck (2022), Alford e Aaron Beck (2011) e demais autores citados acima, com a proteção não há situação disfuncional, automaticamente, não gera-se vulnerabilidade cognitiva, que não gerará pensamentos automáticos, que por si só não influenciará no sofrimento mental.

Entretanto, compreende-se que, as ações sociais governamentais e outros projetos podem ofertar o acesso a possibilidade, o que cabe ao indivíduo interpretar e perceber tal possibilidade como algo funcional e produtivo, como relatado por Judith Beck (2022), e evidenciar o seu papel autônomo, como Sen (1999) contribui, que o papel da condição de agente é essencial para a auto percepção de pessoas responsáveis por si mesmas.

Sen (1999) sublinha que o fato de ser agente e poder ver a si mesmo como paciente não altera as responsabilidades da capacidade de escolha do indivíduo, pois, conforme o autor, ser ou não paciente, há como agir – ou recusar a agir, optando pela escolha valorativa, entretanto, a consequência das escolhas é de responsabilidade do agente, tendo em vista que o não agir é uma escolha.

Sen (1999) é complacente com as mulheres no desenvolvimento teórico da abordagem das capacitações em diversas oportunidades. Em uma delas, Sen (1999) aplica uma técnica da terapia cognitiva que é nomeada de reestruturação de crenças a partir das correções cognitivas, como visto em Judith Beck (2022), o autor corrobora que na verdade, no mundo, nascem mais meninos do que meninas (atribui estatisticamente 5% a mais), mas as crenças centrais em torno das fragilidades femininas são enraizadas de maneiras indiscutíveis, a ponto de se tornar quase uma verdade. Nesta perspectiva, Sen (1999) coloca o fato que as mulheres são mais

resistentes que os homens, que elas sobrevivem melhor, ou seja, ele contradiz uma crença de vulnerabilidade das mulheres, provando factualmente uma crença disfuncional e não verdadeira e promovendo a ressignificação da crença.

Uma consequência desta crença, é o que Sen (1999) sublinha que a privação das meninas é mais rigorosa que a dos meninos. O autor expõe que estas privações podem acarretar na mortalidade (visto os partos), morbidez, subnutrição, negligência médica e outras situações mais complexas que podem agravar e prejudicar o desenvolvimento das meninas. Petersen *et.al* (2019) concordam com Judith Beck (2007) que, para auxiliar (remediar) a situação das privações femininas, é necessário realizar uma técnica que se chama psicoeducação, com o objetivo de ampliar o espaço informacional da autopercepção e compreender o seu próprio padrão de funcionamento, a entender as relações de privações e como ocorrem, sobre seus direitos e como buscar acesso a recursos em cada país. Petersen *et.al* (2019) completam, ainda, que a psicoeducação assume um papel importante devido aos sintomas ocasionados devido as privações, tendo então como foco para decifrar os sintomas, efetuar um plano de intervenção (tratamento) diante as situações de privações que podem desencadear depressão, ansiedade, estresse e diversas outras patologias, como visto.

Utiliza-se o espaço aqui aberto sobre a psicoeducação e a promoção de bem estar e compreensão ampla situacionais, Sen (1999) informa uma característica importante para o desenvolvimento, o acesso à educação, o autor exprime que a educação amplia os horizontes interpretativos, e dentro de uma perspectiva material, a ampliação da educação auxilia a difundir os conhecimentos de diversas maneiras. O autor corrobora que mulheres mais instruídas tendem a gozar mais da liberdade e exercer suas capacidades de agente.

Judith Beck (2022), Knapp e Aaron Beck (2008) concordam de maneira geral que o indivíduo (independe de seu gênero) tem possibilidades para efetuar escolhas situacionais (funcionais ou não), entretanto, o foco é que ambos possuem essa liberdade. Sen (1999) coloca que a equidade de oportunidades culturais e econômicas possuem uma significativa importância na realidade globalizada de hoje, logo o acesso – independe do gênero – deve ser disponibilizado para os indivíduos efetuarem os processos de conversão e transformar em recursos valorativos e funcionais, para que ambos os gêneros tenham oportunidade de desenvolvimento igualitário (utiliza-se aqui, o uso dos mesmos recursos, não que desenvolverá da mesma maneira).

Sen (1999) corrobora que o desenvolvimento deve ser amplo e participativo,

pois, uma abordagem adequada para o desenvolvimento não pode sublinhar apenas aqueles que possuem poder ou uma capacidade de ação a nível macro, mas deve haver uma abrangência da participação popular, pois, todos são capazes (logo, adjetivo de capacidade, atribui então, abordagem das capacitações), de agir em prol de um desenvolvimento funcional.

Caminha-se para a conclusão deste capítulo, com uma expressão de Sen (1999):

A ideia de usar a razão para identificar e promover sociedades melhores e mais aceitáveis estimulou intensamente as pessoas no passado e continua a fazê-lo no presente. Aristóteles concordou com Ágaton em que nem mesmo Deus podia mudar o passado. Mas também concluiu que o futuro pode ser moldado por nós (SEN, 1999, p.318).

Logo, o trecho acima concorda com os preceitos de Judith Beck (2022), pois em uma realidade interventiva, há como formular ressignificações e reestruturações de pensamentos a nível cognitivo, dentro do nível experiencial, ficará o aprendizado (este sendo o passado), para o uso em situações futuras, do mesmo modo, Judith Beck (2022) é clara quanto aos objetivos da TC serem voltadas para o hoje (o presente), pois é nele que pode efetuar as mudanças e transformações que conseqüentemente, modificará o futuro.

Judith Beck (2022) apresenta as relações dos pensamentos enquanto consequência de uma situação, entretanto, os pensamentos são controláveis quando identificados, mas não muda o fato de que as situações não são controláveis. Sen (1999) corrobora que dentro do desenvolvimento se deve ater o olhar, também, para adversidades, pois, consequências adversas realmente podem ocorrer, e da mesma maneira, merece atenção e reparo quando necessário, pois, essas consequências situacionais podem ser importantes para avaliações do padrão de funcionamento do indivíduo.

Sen (1999) abrange mais, quando compreende que as consequências adversas podem ser previstas, o fato de que os efeitos adversos não terem sido premeditados não implicam que não pudessem ser previstos. O autor explicita que uma compreensão mais clara das possíveis consequências, pode gerar uma concepção melhor das mudanças envolvidas dentro da situação, de uma maneira geral, podendo contribuir com políticas preventivas ou corretivas. O fato é que, é possível imaginar possíveis resultados das escolhas, mas como visto em Judith Beck (2022) esta imaginação/interpretação pode ser tendenciosa, o que não tira o fato da elaboração das políticas preventivas e corretivas, entretanto, se faz necessário uma reflexão para

aproximação real da situação.

Independente das reações adversas, Sen (1999) promove as correções, entretanto, o papel dos valores é vasto nos comportamentos humano, logo, negar isso é distanciar das tradições de um pensamento democrático, logo, há uma limitação da racionalidade. De uma maneira, Sen (1999) concorda com Judith Beck (2022) que a racionalidade (com o olhar a aproximação da realidade) é um componente importantíssimo para as ações que serão tomadas.

Sen (1999) corrobora que a divisão das responsabilidades é um fato importante para sublinhar, pois, a escolha de colocar o fardo de uma responsabilidade em outra pessoa pode acarretar diversas privações, pois, há perda de motivações que envolvem o autoconhecimento que a própria pessoa pode estar em posição única de possuir. Está claro em Judith Beck (2022) que as relações são importantes para o desenvolvimento, contudo, o indivíduo deve centrar em si mesmo, com suas correções e escolhas para promover atos funcionais, este não estando apto, para agir em prol de outras pessoas por não conhecer a realidade (real) dos indivíduos. Afinal, Sen (1999) expõe claramente que não existe substituto para a responsabilidade individual, da mesma maneira que completa, que as liberdades substantivas que todos os indivíduos deveriam ter a capacidade de usufruir e, exercer as responsabilidades, são extremamente dependentes das circunstâncias pessoais, sociais e ambientais.

Já é possível efetuar uma leitura de Amartya Sen aproximando a Terapia Cognitiva Comportamental de Aaron Beck. Sen (1999) é tão adjacente a TC, que corrobora com o exemplo: “Uma criança a quem é negada a oportunidade do aprendizado escolar básico, só não é destituída da juventude, mas desfavorecida por toda a sua vida” (SEN, 1999, p.361). Com uma aproximação clara de elaborações de crenças disfuncionais referenciadas por Judith Beck (2022), e ainda Sen (1999) finaliza que, para se ter responsabilidade é necessário ter liberdade.

Como visto em Judith Beck (2022) e Knapp e Aaron Beck (2008) a responsabilização da escolha é importante, visto que, o indivíduo é autônomo para corrigir e interpretar as situações de maneiras funcionais (claro que com acompanhamento psicoterapêutico para efetivação das mudanças para tal), entretanto, Sen (1999) similarmente expõe, que como as pessoas vivem, não pode escapar das consequências de suas ações, pois, acontecimentos terríveis são essencialmente problemas do indivíduo. Tendo ou não a participação de outro indivíduo dentro da escolha, a responsabilidade é do agente.

Judith Beck (2022) coloca que as crenças não são somente disfuncionais, existem as crenças funcionais que auxiliam o indivíduo a desenvolver e identificar possíveis pensamentos automáticos negativos. Sen (1999) atribui uma visão também sobre as crenças, o autor atribui como normas e valores para os padrões de comportamento, ao qual podem ser fundamentais para a elaboração de políticas públicas. Sen (1999) compreende que oportunizar possibilidades de longo alcance pode ser eficiente, desde que a pessoa detenha o acesso. Ele ainda completa que o papel das interações públicas é importante também para a formação dos valores e ideais de justiça, logo, essas relações políticas também interveem nas elaborações das crenças.

Mas Sen (1999) é claro ao expor que nem tanto deve se assumir uma questão de regras exatas sobre como exatamente devemos agir, e sim de reconhecer a relevância de nossa condição humana comum para fazer as escolhas funcionais que se apresentam, pois, o objetivo do desenvolvimento humano é aumentar o conjunto de escolhas humanas.

Conclui-se então que, Amartya Sen (1999) se aproxima de Judith Beck (2022) e de Aaron Beck e Alford (2011) nas formulações conceituais e da visão de mundo. Sen (1999, p.102) compreende que a saúde pessoal e a capacidade para ser saudável podem, por exemplo, depender de uma grande variedade de fatores, estes sendo influenciados por uma grande variedade de situações. Como também, concorda que “várias influências culturais, originadas dentro e fora da região, têm afetado as vidas humanas ao longo da história do vastíssimo território ao qual vivemos” (SEN, 1999, p.298).

Sen (1999, p.353) informa que o modo como as pessoas se comportam depende frequentemente de como elas veem – e percebem – o comportamento do outro, sendo que, depende das interpretações das normativas (ou seja, as regras sociais), que podem influenciar importantemente os comportamentos. Assim como a terapia cognitiva compreende a visão de ser humano e de mundo interacionista.

Assim como foi visto na Judith Beck (2020) como também, Judith Beck (2007, p.256) expõe que algumas regras dos indivíduos que representam alguns desafios para as interpretações situacionais, são relativamente fáceis de flexionar. Entretanto, algumas outras regras estão no nível consciente da identificação dos PAN's, logo, podem ser de natureza previsíveis, mas, contudo, no nível intermediário das crenças, são mais difíceis as modificações, pois se apresentam enraizadas, e costumam incorporar dentro de um comportamento compensatório. Logo, toda essa dinâmica

influenciando as maneiras interpretativas e constitutivas dos pensamentos do indivíduo. Contudo, Sen (1999, p.303) corrobora que há uma importância da tolerância, pois, nos preceitos do sec. III a.C, tanto para a política como para o âmbito individual, é necessário orientações e aconselhamentos sobre o comportamento dos cidadãos em relação uns aos outros. Afinal, os comportamentos são produtos finais das interpretações dos indivíduos, sendo estes influenciados por diversas crenças e fatores, logo, compreender o espaço do outro é importante para uma qualidade relacional.

Sen (1999, p.313) explicita a importância de trocas culturais, pois, não há necessidade de impor importância de determinadas culturas, mas sim, possibilidades, refinamento e compreensão das influências que podem ocorrer a partir das trocas entre as culturas e outras terras, podendo então, gerar um produto final em prol do indivíduo, uma nova possibilidade e ampliação da base informacional. Judith Beck (2007, p.273) estende que as modificações das crenças centrais exigem um trabalho consistente e sério durante muitos meses para melhor adaptação e flexibilização, entretanto, dependendo do indivíduo e sua realidade, este processo é mais difícil de manejar. Apesar das trocas culturais, interpessoais, as crenças, conforme a autora, não mudam inteiramente, mas sim, podem assimilar uma a outra. Para isto, Judith Beck (2007) informa que é necessário enfraquecer o poder das crenças e reduzir as ativações delas dentro das situações vivenciadas, ampliando uma interpretação mais funcional.

Sen (1999, p.331) sublinha que: “As mudanças sociais (expansão da alfabetização, dos serviços básicos de saúde e a reforma agrária) aumentam efetivamente a capacidade humana para ter uma vida menos vulnerável e que valha a pena viver”. Logo, com a liberdade de acesso, oportunidade da capacidade de agência, transformação de recursos, o indivíduo detém tudo o que é necessário para ter um bom desenvolvimento e qualidade de vida.

Logo, criou-se a Tabela 2 com o objetivo de sintetizar as aproximações e divergências teóricas entre a abordagem das capacitações e a terapia cognitiva comportamental.

Tabela 2 – Aproximações e divergências teóricas entre a terapia cognitiva comportamental e a abordagem das capacitações

Conteúdo teórico	Terapia Cognitiva Comportamental	Abordagem das Capacitações
Limitações de escolhas	Atribui suas ações dentro de uma flexibilidade para mudança e imprevisibilidade de escolha nas situações.	A AC se limita devido a imprevisibilidade de escolhas dentro das situações.
Educação e depressão	Quanto mais educação, mais funcional são as possibilidades de escolhas. E, quanto menor a educação, maior as crenças centrais e disfuncionalidades.	Quanto maior a educação, maior a possibilidade de desenvolvimento e escolhas valorativas. Quanto menor a educação, mais privação de liberdade e alienação.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de escolha sem a privação de pensamentos disfuncionais e crenças limitantes. • Se apresenta no âmbito individual apesar das crenças sociais. 	Expansão das capacidades de acesso e maior qualidade de vida, oportunidades sociais.
Ambas	Histórico de vida funcional para a valoração das escolhas funcionais, assim, oportunidade de escolhas.	
Crenças	Crenças fazem parte da constituição dos pensamentos disfuncionais que podem, ou não, ser limitantes.	Sublinha as trocas sociais e valores como costumes prevalentes.
Ambas	As crenças sempre apareceram dentro das escolhas situacionais.	
Família	Importantes para o desenvolvimento da primeira infância, inserem as crenças culturais no indivíduo.	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto maior a família, menos possibilidade de desenvolvimento individual. • Dificuldades de acesso a recursos.
Trabalho Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • É importante a vivência da primeira infância, pois, é a constituição de crenças e da identidade. • Privação do desenvolvimento individual. 	Concorda com a abolição, mas tem que se adequar as condições de acessibilidade.
Acessibilidade	Orientações psicológicas, psicoterapia para maior desenvolvimento.	Necessário maior acessibilidade a recursos para maior o desenvolvimento.
Escolhas	Responsabilização da escolha.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade da escolha.

		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o conceito de agente.
Interações Sociais	Interações sociais são importantes para o desenvolvimento pessoal.	Interações sociais são importantes para as pessoas criarem maior potencial, cuidar de si e influenciar o mundo.
Ambas	Acessibilidade deve ser para todos. As interações são importantes para a acessibilidade.	
Riqueza	As possibilidades de escolhas podem, ou não, chegar a riqueza. Obs: A riqueza é um conceito subjetivo.	Riqueza são os laços afetivos, emoções positivas e auto percepção funcional.
Liberdade	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher as possibilidades sem privações. • Interações e possibilidades de testagens. 	Ter acesso a recursos e interações sociais.
Mulheres	São limitadas em suas escolhas e possibilidades devido crenças subjacentes, mas detém potencial de desenvolvimento e mudança.	<ul style="list-style-type: none"> • A cultura assume o papel limitante e privativo da acessibilidade do desenvolvimento. • Apresenta um capítulo sobre a importância do desenvolvimento e liberdade da mulher. • Privações são maiores que de homens devido as crenças sociais.
Mulheres e educação	Possibilidade de mudança a partir de funcionalização das crenças dentro das situações e no ato da escolha.	Tendem a gozar mais da liberdade e exercer suas capacidades de agentes.
Objetivos	Intervir em âmbito individual ou grupal para provocar mudanças e funcionalizar a estruturação cognitiva do indivíduo.	Atribuir bem estar e provocar, através da acessibilidade e políticas públicas, o bem estar individual e social.
Emoções	Produto das interpretações e pensamentos situacionais.	<ul style="list-style-type: none"> • Características mentais como prazer, felicidade, desejo, pode ser restritivo e privativo enquanto há comparação. • O poder da mensuração pode demonstrar a capacidade de mudança.

Ambas	Pensamentos limitantes ocasionados pelas situações são privativos e definirá a escolha do indivíduo a realizar algo, ou não.	
Ambas	Libertar dos pensamentos disfuncionais aumenta a capacidade de agência.	
Escolhas	<ul style="list-style-type: none"> São definidas a partir das situações e a construção histórica do indivíduo. Pode ser testada. 	Mesmo com acessibilidade, a escolha pode ser privativa.
Ações e escolhas	Depende da construção histórica do indivíduo, que pode ser social ou individual.	Depende das interações sociais, apesar de ser individual.
Desemprego	Reforça crenças centrais (desvalor, desamparo), reforçando transtornos mentais. Crença subjacente comum: 'Mulher é dentro de casa'.	Ocasiona limitações e privações severas para o desenvolvimento do indivíduo, em âmbito social e individual.
Ambas	Justiça é uma organização social que ameniza as crenças disfuncionais e aumenta a acessibilidade.	
Identidade	A escolha é a afirmação da construção identitária.	As pessoas podem ser rotuladas dentro das escolhas. Visto exemplo da criança nomeada como vale-refeição.
Pensamentos disfuncionais	São criadas a partir de crenças subjacentes e centrais reforçadas desde as vivências na infância.	Situações factuais atribuem a presença do negativismo tácito, por exemplo a fome.
Ambas	Só o indivíduo é capaz de escolher por ele, logo, apenas ele provoca suas mudanças valorativas.	
Escolhas	As escolhas ocorrem em âmbitos situacionais conforme as interpretações momentâneas. Elas podem ser a curto e longo prazo.	Não adianta o indivíduo ter as possibilidades de escolhas, senão tiver acessibilidade e liberdade de agência.
Intervenções	Realizada em âmbito individual ou grupal, visto o acesso e a escolha do indivíduo.	Realizadas em âmbitos políticos públicos promovendo a acessibilidade.
Consequências	As consequências podem ser previstas, contudo, serão tendenciosas devido as interpretações momentâneas.	As consequências podem ser previstas e corrigidas.
Responsabilização	<ul style="list-style-type: none"> É em âmbito individual, responsabilização das próprias escolhas. O indivíduo é autônomo para corrigir. 	Há uma divisão de responsabilidades da escolha, pois, dependendo da escolha, ocasiona privações substanciais.

Crenças	Podem ser funcionais ou não, criadas socialmente, mas não sendo uma verdade absoluta.	Regularização, normas e valores sociais que podem ser usadas para a criação de políticas públicas.
Desenvolvimento	Não há regras exatas e absolutas, tende a flexibilizar e com a necessidade de aumentar o conjunto de acessibilidade e escolhas.	

Fonte: elaboração própria a partir das aproximações realizadas no capítulo 5.

6. ANÁLISES DOS DADOS E RESULTADOS

6.1 Análise descritiva

6.1.1 Incidência da depressão na população brasileira com 15 anos ou mais de idade

A PNS de 2013 explicita alguns dados importantes para o ponto de partida à reflexão desta pesquisa. Segundo o IBGE (2020), em 2013, foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade foram diagnosticadas com depressão por um profissional da saúde mental, sendo que, 14,7% eram do sexo feminino e 5,1% do sexo masculino. Dentre as faixas etárias trabalhadas, em 2013, teve maior proporção a faixa de 60 a 64 anos de idade (13,2%). Do mesmo modo, o IBGE (2020) aponta que as regiões Sul e Sudeste tiveram o maior percentual, 15,2% e 11,5% respectivamente com o diagnóstico de depressão.

Buscando entender a dinâmica do diagnóstico de depressão no Brasil, foi utilizado a base de micro dados de 2019, a partir do programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), se fez as estimações para as análises descritivas e, a partir do Stata 10, se fez as estimações econométricas para as análises das transições.

De imediato, na Tabela 3, observa-se a população que possui o diagnóstico de depressão por um profissional de saúde (9,9%), equipara-se a população que se sentiu deprimida durante as duas últimas semanas, sendo eles mais da metade dos dias, quase todos os dias (9,4% a soma).

Tabela 3 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde		
	População	%
sim	16.660.665	9,9
não	151.765.524	90,1
Total	168.426.190	100
Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido		
	População	%
Nenhum dia	122.868.965	73,0
Menos da metade dos dias	29.639.494	17,6
Mais da metade dos dias	8.270.958	4,9
Quase todos dias	7.646.773	4,5
Total	168.426.190	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Atribui-se a soma, conforme o que foi visto em Rufino *et.al* (2018) no tópico 3.3.2:

(...) a depressão é uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente, que pode ser desencadeada por diversos cenários, como um problema complexo cuja as características, são, por um lado, o humor rebaixado, estado de ânimo irritável, falta de motivação, diminuição do comportamento adaptativo e outros (RUFINO *et.al*, 2018).

É plausível compreender que um diagnóstico é efetuado dentro de um determinado grupo de sintomas, sendo que o sintoma isolado não possui capacidade para o diagnóstico em si. Rufino *et.al* (2018) demonstra que o humor rebaixado pode fazer parte de uma rotina, de um cotidiano, contudo, quando se encaixa com demais sintomas é possível fazer a leitura de um diagnóstico, sendo este sintoma decifrado.

A soma dos dados do sentir deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias, justifica-se pelo fato que o sintoma se encontra recorrente, de uma maneira linear e resistente a superação, logo, é possível dizer que há o diagnóstico da depressão. Deste modo, a pesquisa demonstra fidedignidade aos resultados, por observar que 9,9% da população possui diagnóstico finalizado, e que nas últimas duas semanas 9,4% da população se sentiu deprimida.

Contudo, não é possível afirmar que foram as pessoas diagnosticadas com depressão que responderam que se sentiram deprimidos na maioria dos dias e quase todos os dias, entretanto, supõe-se que, pela proximidade dos dados explícitos acima, há uma identificação das pessoas diagnosticadas com seus sintomas. Apesar de algumas delas estarem efetuando algum tratamento, conforme visto em Aaron Beck (2011, 2017) e Judith Beck (2007, 2012) há uma visão negativa nas situações vividas ao qual está corroborando com a interpretação na hora de responder o questionário.

Sendo válido afirmar que, a tríade cognitiva negativa apresentada por Aaron Beck (2011) e Flores (2018) ativa as crenças negativas que as pessoas deprimidas têm sobre si mesmas, sobre o mundo e ao futuro, que conseqüentemente leva aos sintomas emocionais (alteração de humor), sintomas motivacionais (alteração comportamental) e da depressão *per si*, fazendo com que a pessoa responda o questionário expondo o humor depressivo, este sendo reforçado pela tríade cognitiva negativa.

Na Tabela 4 estratifica-se os dados conforme o território nacional brasileiro, importante os dados para compreender aonde ocorre a maior incidência do diagnóstico da depressão. É válido ressaltar o número de diagnósticos efetuados no Brasil (9,9%) da população, isto em quantidade populacional equivale à mais de 16 milhões de pessoas.

Tabela 4 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil e regiões 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde												
Pop. (Milhões)	Brasil	%	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	C.Oeste	%
sim	16,6	9,9	0,64	4,8	3,0	6,7	8,1	11,1	3,6	14,8	1,3	10,3
não	151,7	90,1	12,8	95,2	41,9	93,3	64,6	88,9	21	85,2	11,5	89,7
Total	168,3	100	13,4	100	44,9	100	72,7	100	24,6	100	12,8	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido												
Pop. (Milhões)	Brasil	%	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	C.Oeste	%
Nenhum dia	122,8	73,0	10,0	74,4	32,2	71,7	53,2	73,1	18,0	73,2	9,4	74,1
Menos da metade	29,6	17,6	2,4	17,8	8,6	19,1	12,2	16,8	4,4	17,8	2,1	16,1
Mais da metade	8,2	4,9	0,6	4,4	2,2	4,9	3,7	5,1	1,2	4,8	0,6	4,6
Quase todos dias	7,6	4,5	0,3	3,4	1,9	4,3	3,6	5,0	1,0	4,2	0,7	5,2
Total	168,3	100	13,4	100	44,9	100	72,7	100	24,6	100	12,8	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

O maior número de diagnóstico se encontra na região Sul (14,8%), ou seja, mais de 3 milhões de pessoas. Depois vem a região Sudeste, sendo a próxima região com maior índice de diagnóstico (11,1%), com mais de 8 milhões de pessoas diagnosticadas. É válido ressaltar que a porcentagem se destaca em consideração ao número total de população da região. Enquanto a região Sul possui mais de 24 milhões de pessoas, 3 milhões são diagnosticadas, um número expressivo para a totalidade da população, por outro lado, a região Sudeste possui mais de 72 milhões de pessoas e sendo mais de 8 milhões de pessoas diagnosticadas.

Como feito na Tabela 3, na Tabela 4 é possível compreender a soma das pessoas que se sentiram deprimidas por mais da metade dos dias e quase todos os dias, entretanto por regiões. Na região Sul, ao qual possui o maior índice de diagnóstico, 10% das pessoas se sentiram deprimidas durante as duas últimas semanas antes de responder o questionário, demonstrando uma queda de mais ou menos 1 milhão de pessoas referente ao número de pessoas diagnosticadas. Supõe-se que estes outros 4,8% das pessoas diagnosticadas, tenham procurados tratamentos diversos para estabilizar a depressão, e tendo sucesso na escolha em prol do bem-estar.

Na região Sudeste tem-se um resultado parecido com a região Sul, há uma queda de 1% da população diagnosticada com depressão diante o se sentir deprimido. Sendo que o 1% que não se sente mais deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias equivalem à mais de 1 milhão de pessoas.

Apesar dos dados gerais para o Brasil serem fidedignos em relação a identificação do diagnóstico e o sentir deprimido, quando se estratifica por regiões, é possível perceber que em determinadas regiões podem ocorrer oscilações interpretativas em relação ao sintoma depressivo. Como visto, as regiões com maior índice de diagnóstico há uma queda importante no que se refere a interpretação do humor depressivo, por outro lado, não ocorre o mesmo com as regiões Norte e Nordeste, que apresentam 4,8% e 6,7% da população diagnosticada. No que se refere a soma dos sentir deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias, o Norte apresenta 7,8% de sua população, sendo 3% a mais das pessoas diagnosticadas e, no Nordeste 9,2% sendo a mais 3,5% da população. Observa-se então que há pessoas que possuem o sintoma de humor deprimido persistente que podem ser diagnosticadas com depressão.

É válido ressaltar que, com relação aos números das regiões Norte e Nordeste, há diversas hipóteses que podem ser levantadas, por exemplo como está a acessibilidade a profissionais de saúde, se esta população não diagnosticada se encontra em um grupo sintomático que define o diagnóstico de depressão, se possuem a auto percepção para bem-estar e qualidade de vida como boa e outras alternativas.

Fato é, que pode-se concluir que é visível a interferência da região quando se fala no diagnóstico da depressão. O território que a pessoa se encontra pode ou não ser mais suscetível ao diagnóstico, seja ele pela acessibilidade a profissionais de saúde ou até mesmo pelo desenvolvimento cultural que a pessoa se encontra (visto as crenças subjacentes e culturais, como visto em Judith Beck (2007).

A Tabela 5 mostra o diagnóstico diante o gênero no Brasil em 2019. A população brasileira é de 168 milhões de pessoas, sendo que 79 milhões são mulheres e 89 milhões são homens. Levando em consideração a quantidade de homens e mulheres no Brasil, supõem-se que homens detenham o maior número de incidência diagnóstica por depressão, contudo, essa afirmação é falsa. Como visto nos dados, os homens possuem 4,9% dos diagnósticos, equivalendo a 3 milhões de homens.

Por outro lado, um comparativo com as mulheres, há uma grande diferença. É importante lembrar que as mulheres possuem uma quantidade menor de pessoas, e desta quantidade menor de pessoas, 14,3% são diagnosticadas com depressão, ou seja, mais de 12 milhões de mulheres. São mais de 9 milhões de mulheres a mais que os homens, sendo um dado alarmante para a realidade da população brasileira e, passível de intervenções urgentes dentro de políticas públicas para a saúde da mulher.

Tabela 5 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, Brasil e as condições de gênero - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde						
Pop. (Milhões)	Brasil	%	Homem	%	Mulher	%
sim	16,6	9,9	3,9	4,9	12,7	14,3
não	151,7	90,1	75,3	95,1	76,4	85,7
Total	168,3	100	79,2	100	89,1	100

Nas duas últimas semanas com frequência se sentiu deprimido						
Pop. (Milhões)	Brasil	%	Homem	%	Mulher	%
Nenhum dia	122,8	73,0	64,7	81,7	58,2	65,2
Menos da metade	29,6	17,6	10,3	13,0	19,3	21,6
Mais da metade	8,2	4,9	2,2	2,8	6,0	6,8
Quase todos dias	7,6	4,5	2,0	2,5	5,6	6,4
Total	168,3	100	79,2	100	89,1	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Levando em consideração as duas últimas semanas com o humor deprimido, a soma dos homens são 5,3% de homens que se sentiram mais da metade dos dias e quase todos os dias deprimidos, ou seja, 0,4% a mais dos homens diagnosticados, entretanto, 0,4% equivalem a mais de 1 milhão de homens no Brasil, ou seja, um número considerável. Logo, supõe-se que estes homens estejam localizados nas regiões Norte e Nordeste no Brasil, visto que lá possuem um alto número de pessoas com sintoma de humor deprimido mais não diagnosticados.

Para as mulheres, por outro lado, espera-se que tenham um número grande, assim como o de diagnóstico, de interpretação disfuncional em relação ao se sentir deprimido. Contudo, 13,2% das mulheres possuem a interpretação de se sentir deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias. O número de diagnóstico nas mulheres é de 14,3%, tendo uma baixa de 1,1%, também somando mais de 1 milhão de mulheres com a interpretação a menos sobre o humor depressivo. Supõe-se que as mulheres procuram mais auxílio na saúde do que os homens, pois, apesar do número alarmante de diagnóstico de depressão em mulheres, mais de 1 milhão possuem uma interpretação funcional em relação ao humor depressivo.

Na Tabela 6 é apresentada a população conforme a força de trabalho, ou seja, a população que se encontra ativa e nos parâmetros para exercer algum tipo de serviço laboral. A população brasileira apresenta 12,4% fora da força de trabalho, sendo um montante de mais de 7 milhões de pessoas com o diagnóstico de depressão e não atuante dentro de um exercício trabalhista.

Tabela 6 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo as condições de inserção na força de trabalho - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde						
Pop. (Milhões)	Fora da força	%	Desocupado	%	Ocupado	%
sim	7,5	12,4	0,85	9,1	8,3	8,4
não	52,7	87,6	8,5	90,9	90,6	91,6
Total	60,2	100	9,3	100	98,9	100

Nas duas últimas semanas com que frequência se sentiu deprimido						
Pop. (Milhões)	Fora da força	%	Desocupado	%	Ocupado	%
Nenhum dia	41,5	69,0	6,1	65,0	75,3	76,1
Menos da metade	11,4	19,0	1,9	20,9	16,2	16,5
Mais da metade	3,7	6,1	0,63	6,7	4	4,0
Quase todos os dias	3,6	5,9	0,69	7,4	3,4	3,4
Total	60,2	100	9,3	100	98,9	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Destes 12,4% da população que se encontram fora da força de trabalho, 12% deste público se sentem deprimidos mais da metade e quase todos os dias. Segue o dado dos desocupados (9,1) e a população ocupada (8,4%). O fato é, que o trabalho também interfere na percepção e interpretação do bem-estar e qualidade de vida. Quando se olha para a população ocupada, 7,4% se sentiram deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias, sendo 1% da população ocupada trabalham mesmo com o diagnóstico e com a auto percepção de dias deprimidos.

Visto os dados das pessoas ocupadas (8,4%) e desocupadas (9,1), supõe-se que o trabalho pode ser uma situação que minimizam os efeitos da depressão, pois, encontra-se uma baixa de 0,7% a menos a porcentagem em comparativo entre as duas situações. Cita-se, por exemplo, o contato com as pessoas, a convivência social e, até mesmo, a produção financeira para o indivíduo, o que pode estimular pensamentos mais funcionais e redução de sintomas depressivos.

Por outro lado, a ociosidade de estar desempregado pode agravar a percepção negativa em relação a situação vivenciada, como também, interferir na interpretação do humor deprimido. A população desempregada se encontra com 9,1% diagnosticados com depressão, contudo, 14,1% da população se sentem deprimidos mais da metade dos dias e quase todos os dias, 5% a mais dos diagnósticos. É possível perceber que mais de 400

mil pessoas se encontram desempregadas, sem diagnóstico de depressão, mas com o humor deprimido sendo passível de um diagnóstico.

Até o momento, diversas características propostas nos objetivos desta dissertação, tais quais as características socioeconômicas, demográficas, regionais atribuem um papel importante dentro do diagnóstico e auto percepção da depressão. O gênero possui resultados alarmantes, as macrorregiões possuem suas características específicas conforme demonstrado nos dados. Na Tabela 7, pode-se observar se a idade também é uma característica que se destaca para a depressão.

Tabela 7 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo os estratos de idade - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde										
Pop. (Milhões)	<i>menos 18</i>	%	<i>18 a 29</i>	%	<i>30 a 59</i>	%	<i>60 a 74</i>	%	<i>75 ou mais</i>	%
sim	0,37	4,0	2,07	5,9	10,15	11,3	3,17	12,4	0,89	10,1
não	8,88	96,0	33,11	94,1	79,44	88,7	22,43	87,6	7,91	89,9
Total	9,25	100	35,18	100	89,59	100	25,60	100	8,80	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido										
Pop. (Milhões)	<i>menos 18</i>	%	<i>18 a 29</i>	%	<i>30 a 59</i>	%	<i>60 a 74</i>	%	<i>75 ou mais</i>	%
Nenhum dia	6,92	74,8	26,42	75,1	64,52	72,0	18,60	72,7	6,42	73,0
Menos da metade	1,57	17,0	5,91	16,8	16,36	18,3	4,34	17,0	1,44	16,4
Mais da metade	0,47	5,1	1,56	4,4	4,47	5,0	1,30	5,1	0,47	5,3
Quase todos dias	0,29	3,1	1,29	3,7	4,24	4,7	1,36	5,3	0,47	5,3
Total	9,25	100	35,18	100	89,59	100	25,60	100	8,80	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

De acordo com a PNS em 2013, a depressão teve maior proporção para a faixa de 60 a 64 anos de idade (13,2%), na Tabela 5, percebe-se que se manteve o alto índice de diagnóstico na população idosa do Brasil, sendo que conforme a PNS de 2019, 12,4% da população idosa possuem um diagnóstico de depressão. É válido ressaltar a queda do diagnóstico, talvez pelo fato de morte, pelo fato da estabilização da depressão e outros. São mais de 3 milhões de idosos com o diagnóstico.

Entretanto, pela idade percebe-se que não há uma especificidade ou época da vida para incidir o diagnóstico de depressão, pois, a população de 60 a 74 anos vem seguida da população de 30 a 59 anos de idade com (11,3%). Observa-se, também, uma diferença entre as idades de 18 à 29 e menos de 18, 5,9% e 4% respectivamente, diante as demais idades, o que reforça que a depressão pode ser desenvolvida à qualquer parte da vida.

Chama-se atenção para o somatório de acordo com o humor deprimido durante os dias. As demais idades apresentam a soma próxima do diagnóstico, entretanto, percebe-se que ambas estão mais abaixo um pouco do que o diagnóstico em si. Contudo, se olhar

para a soma das pessoas com menos de 18 anos, a população possui 4% de diagnóstico (mais de 300 mil), contudo, a soma demonstra que 8,2% se sentiram deprimidos mais da metade dos dias ou quase todos os dias. Mais da metade da população com menos de 18 anos se encaixam em sintomas prejudiciais de depressão, sendo um ponto importante a se pensar, visto que, serão os futuros adultos da sociedade.

“As perturbações mentais continuaram a ser uma das principais causas de carga a nível mundial. Os anos de vida ajustados por incapacidade para transtornos mentais foram evidentes em todas as faixas etárias, surgindo antes dos 5 anos de idade em indivíduos com deficiência intelectual idiopática e transtornos do espectro do autismo, e continuou a ser evidente em idades mais avançadas em pessoas com transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e esquizofrenia” (SANTOMAURO e *colab.*, 2022, p.138).

É válido ressaltar que, assim como as mulheres carecem de políticas públicas em prol de seu número alarmante de diagnóstico, adolescentes também merecem devida atenção, uma vez que, a depressão também pode evoluir para tentativa e autoextermínio. Aqui na fase da adolescência, supõe-se que a mercantilização do corpo, *bullying*, a dependência emocional e financeira, o desemprego, o estudo, pressão para o mercado de trabalho e outros podem ser fatores que intensificam a visão negativa em relação a si, ao mundo e ao outro, atribuindo um viés negativo no momento de responder o questionário.

Outra característica importante, para se compreender a depressão na população brasileira, advém da raça. Sublinha-se que, os termos utilizados nas elaborações das tabelas, nas análises da dissertação, são os termos usados pela própria PNS. Na Tabela 8, percebe-se que a raça com maior índice de diagnóstico por depressão é a branca, com 12,2% (mais de 8 milhões de pessoas). Com certa disparidade, vem seguida das pessoas indígenas (9,1%). As demais raças ficam próximas o número de diagnóstico.

Há um espaço interpretativo, de que as pessoas brancas possuem mais acesso a profissionais da saúde, contudo, o número alto de diagnóstico para pessoas indígenas também chama atenção, o que pode demonstrar também o autocuidado e a procura por profissionais da saúde.

Considerando a soma do humor deprimido no decorrer dos dias, as pessoas brancas responderam que 9,6% se sentem deprimidos mais da metade dos dias e quase todos os dias, mostrando então uma diferença de 2,6% (2 milhões de pessoas) que possuem o diagnóstico mais não se sentem deprimidas. Assim, como os indígenas que possuem um grande número de diagnóstico detém a soma de 8,8% do humor depressivo

mais da metade dos dias e quase todos os dias, sendo menos 0,3% da população com diagnóstico efetivado.

Tabela 8 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo a raça - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde										
Pop. (Milhões)	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%
sim	8,80	12,2	1,5	7,8	0,12	7,3	6,2	8,3	0,08	9,1
não	63,50	87,8	17,7	92,2	1,53	92,7	68,2	91,7	0,8	90,9
Total	72,30	100	19,2	100	1,65	100	74,40	100	0,88	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido										
Pop. (Milhões)	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%
Nenhum dia	53,3	73,6	13,9	72,5	1,3	78,8	53,70	72,2	0,66	74,3
Menos da metade	12,2	16,9	3,3	17,2	0,26	15,8	13,70	18,4	0,15	16,9
Mais da metade	3,6	5,0	1,03	5,4	0,046	2,8	3,60	4,8	0,04	4,5
Quase todos os dias	3,3	4,6	0,94	4,9	0,043	2,6	3,40	4,6	0,038	4,3
Total	72,4	100	19,17	100	1,65	100	74,40	100	0,89	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Entretanto, as demais raças apresentam um viés interpretativo diferente, a raça preta, por exemplo, é a população com maior índice de humor depressivo sem o diagnóstico em si, sendo 10,3% da interpretação da metade dos dias e quase todos os dias deprimidos, diante 7,8% diagnosticados. Vê-se que 2,5% da população preta são passíveis do diagnóstico de depressão, sendo que, a população preta é a única raça que ultrapassa as interpretações inerentes ao se sentir triste diante o diagnóstico em si.

Levando em consideração a renda *per capita*, como se vê na Tabela 9, é uma característica que interfere nas interpretações da autoestima, qualidade de vida e a depressão em si, mas quando observado, não é uma característica de grande peso, ou seja, um fator que detém disparidades em seus resultados. O maior índice de diagnóstico de depressão é nas populações que recebem igual ou acima de 5 salários mínimos, ou seja, 13,7% (sendo mais de 1 milhão de pessoas), por outro lado, vem seguindo de 3 até 5 salários mínimos com 11,5%, de 1 até 3 salários mínimos com 10,6%. Logo, não há uma distância interpretativa dos diagnósticos em si.

Contudo, quando se olha para a soma do pré-requisito básico para o diagnóstico de depressão, que é o humor deprimido, as análises são bem interessantes. Como visto em Sen (1999), o indivíduo é o agente de sua história, logo, suas interpretações demandam muito. A população que recebe igual ou mais que 5 salários mínimos possuem o maior número de diagnóstico de depressão, entretanto, é a população que menos se sentem

deprimidos no mais da metade dos dias e quase todos os dias, sendo a soma de 6,3%, ou seja, 7,4% a menos das pessoas diagnosticadas.

Tabela 9 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo a renda per capita domiciliar - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde										
Pop. (Milhões)	Até ¼ s.m.	%	¼ até 1 s.m.	%	1 até 3 s.m.	%	3 até 5 s.m.	%	≥ 5 s.m.	%
sim	1,12	8,0	6,6	8,9	6,5	10,6	1,2	11,5	1,16	13,7
não	12,80	92,0	67,6	91,1	54,9	89,4	9,2	88,5	7,29	86,3
Total	13,92	100	74,2	100	61,4	100	10,40	100	8,45	100
Nas duas últimas semanas com que frequencia de sentiu deprimido										
Pop. (Milhões)	Até ¼ s.m.	%	¼ até 1 s.m.	%	1 até 3 s.m.	%	3 até 5 s.m.	%	≥ 5 s.m.	%
Nenhum dia	9,4	67,8	52,6	70,9	46,2	75,2	8,00	76,3	6,6	78,3
Menos da metade	2,8	20,2	13,7	18,5	10,1	16,4	1,80	17,2	1,3	15,4
Mais da metade	0,84	6,1	4,2	5,7	2,6	4,2	0,31	3,0	0,32	3,8
Quase todos dias	0,83	6,0	3,7	5,0	2,5	4,1	0,37	3,5	0,21	2,5
Total	13,87	100	74,2	100	61,4	100	10,48	100	8,43	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Entretanto, as pessoas que recebem até ¼ salário mínimo possuem 8% dos diagnósticos em depressão, mas ao observar o humor deprimidos através dos dias, mais da metade dos dias e quase todos os dias, somam 12,1% de sua população, sendo mais de 1 milhão de pessoas com humor depressivo sem o diagnóstico em si. O mesmo se estende para a população que recebe ¼ até 1 salário mínimo, ao qual possui 10,7% das interpretações do humor depressivo mediante 8,9% dos diagnósticos. É fato que a população mais carente financeiramente requer um olhar específico para suas condições de saúde mental.

Sabe-se que o acesso a saúde pública é gratuito e direito garantido de todos os cidadãos, entretanto, é válido pensar que possíveis crenças culturais diante a depressão, as crenças referentes ao uso de medicações psiquiátricas e outros podem interferir no momento da decisão de procurar um profissional de saúde. Sen (1999) é muito pontual ao explicitar que as pessoas devem efetuar escolhas diante o que deve ser valorativo, logo, as condições financeiras podem ser um fator contribuinte para decisões no momento da escolha do tratamento. Quando se olha o setor público em comparativo com o privado, há muita rotações de profissionais e, conseqüentemente, muitos profissionais diferentes com acesso ao diagnóstico do paciente, uma vez que ele fica registrado em prontuário, tal situação pode ser um fator de peso a ser levado em consideração no momento da escolha.

Ao observar os dados de 1 salário para frente, é possível ver que as interpretações do humor depressivo oscilam, logo, tendo suas somas abaixo dos diagnósticos efetivados.

Outra característica individual de grande relevância é o estado civil, que se vê na Tabela 10. Como visto na força de trabalho, as pessoas desempregadas levam os números mais expressivos de interpretações disfuncionais, podendo levar a essa interpretação a pouca interação social que o trabalho pode proporcionar, por exemplo. O que se quer dizer é, se a pessoa possui uma companhia para conversar que seja, ela pode tender a interpretar o humor depressivo de outra maneira.

Tabela 10 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o estado civil - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde								
Pop. (Milhões)	Casado(a)	%	Divorciado(a)	%	Viúvo(a)	%	Solteiro(a)	%
sim	7,10	10,2	2,0	17,7	1,5	13,8	6,0	7,9
não	62,80	89,8	9,3	82,3	9,4	86,2	70,3	92,1
Total	69,90	100	11,3	100	10,9	100	76,3	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido								
Pop. (Milhões)	Casado(a)	%	Divorciado(a)	%	Viúvo(a)	%	Solteiro(a)	%
Nenhum dia	52,7	75,4	7,5	66,3	7,3	67,3	55,30	72,5
Menos da metade	11,5	16,5	2,3	20,3	2,1	19,4	13,80	18,1
Mais da metade	3,1	4,4	0,72	6,4	0,68	6,3	3,80	5,0
Quase todos dias	2,6	3,7	0,8	7,1	0,77	7,1	3,40	4,5
Total	69,9	100	11,3	100	10,9	100	76,3	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Conforme a Tabela 10, o grupo com maior índice de diagnóstico de depressão são os grupos dos divorciados, com 17,7% dos diagnósticos (sendo 2 milhões de pessoas). Seguido das pessoas viúvas com 13,8% (sendo mais de 1 milhão de pessoas). É um número que chama atenção, pois, ambos têm algo em comum, a perda. Retorna-se ao Porto (1999), que reforça que os humores de tristeza e alegria são a base, o fundo afetivo da vida psíquica normal, sendo elas expressadas em momentos específicos, como por exemplo na depressão, diante a perda, derrota, desapontamento e outros. Demonstrando, então, que a perda é um fator expressivo para a interpretação do humor depressivo e a efetivação do diagnóstico em si.

Levando em consideração o humor depressivo persistente, as pessoas divorciadas que detém o maior número de diagnóstico, também detém o menor número interpretativo da depressão pelos dias diante os diagnósticos em si. As pessoas divorciadas detém como

humor depressivo mais da metade dos dias e quase todos os dias o somatório de 13,5%, sendo 4,2% a menos da população diagnosticada.

Levando em conta a hipótese acima levantada acerca da força de trabalho, o menor índice de depressão é das pessoas solteiras, 7,9%, podendo interpretar que o estar sozinho não é algo efetivamente para a interpretação do humor deprimido, até porque o estar solteiro não é estar sozinho. Entretanto, quando se olha a interpretação do humor deprimido pelos dias, os solteiros é a única categoria que extrapola o viés interpretativo acima do diagnóstico de depressão, sendo 9,5% do humor deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias diante 7,9% dos diagnósticos, sendo 1,6% a mais de interpretações disfuncionais. Podendo interpretar que o estar sozinho, sem interações sociais e até mesmo uma comunicação rotineira, pode interferir para se desenvolver e reforçar a depressão, pois, sublinha-se que, o estar sozinho pode ser pela própria depressão.

As características sociais e individuais são fatores importantes para efetuar a leitura do diagnóstico e do possível diagnóstico não efetuado por diversos fatores. Neste cenário, a situação censitária não é diferente, na Tabela 11, é possível compreender a situação censitária (morador urbano ou rural) da população brasileira, como também, a divisão por gênero.

Conforme a Tabela 11, tanto os homens quanto as mulheres da zona urbana são mais diagnosticados com depressão que os moradores da zona rural, sendo que, os homens da zona urbana detêm 5,3% do diagnóstico diante 3,2% da zona rural e, as mulheres da zona urbana detêm 14,7% do diagnóstico diante 11,8% da zona rural.

Se levar em consideração as interpretações do humor depressivo mais da metade dos dias e quase todos os dias, o somatório não é um fator que extrapola o número de diagnóstico, nem para menos e nem para mais, traduzindo fidedignidade nos dados. Contudo, quando se observa bem a tabela, as mulheres moradoras da zona rural possuem um diagnóstico maior do que os homens do urbano, reforçando os dados da maior vulnerabilidade das mulheres diante o diagnóstico da depressão.

A saúde da mulher deve ser um fator importante a ser analisado e alvo de pesquisa na realidade contemporânea brasileira, pois, se faz necessário desconstruir diversas crenças limitadoras que podem estar sendo impostas à elas.

Tabela 11 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que com diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o gênero e a situação censitária - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde								
Pop. (Milhões)	Homem				Mulher			
	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
sim	3,50	5,3	0,4	3,2	11,5	14,7	1,3	11,8
não	63,10	94,7	12,3	96,8	66,7	85,3	9,7	88,2
Total	66,60	100	12,7	100	78,2	100	11,0	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido								
Pop. (Milhões)	Homem				Mulher			
	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
Nenhum dia	54,2	81,4	10,7	84,1	50,8	65,0	7,40	67,0
Menos da metade	8,7	13,1	1,5	11,8	16,9	21,6	2,40	21,7
Mais da metade	1,9	2,9	0,30	2,4	5,4	6,9	0,64	5,8
Quase todos dias	1,8	2,7	0,22	1,7	5,1	6,5	0,60	5,4
Total	66,6	100	12,7	100	78,2	100	11,0	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

6.1.2 Depressão e recursos – acesso à saúde e a educação

Como visto no tópico anterior, as características gerais de um indivíduo, sejam elas individual, social ou macrorregional têm um potencial de interferência importante para o desenvolvimento de transtornos mentais, inclusive a depressão. Neste tópico, compreende-se da mesma maneira as características podem proporcionar o acesso a profissionais da saúde a fim de promover o tratamento e estabilização da depressão.

Para tal, a Tabela 12 demonstra como as pessoas foram diagnosticadas com depressão nas duas últimas semanas antes de responder o questionário da PNS.

Tabela 12 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade com ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa e a condição de diagnóstico médico - 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde						
Pop. (Milhões)	sim	%	não	%	total	%
Nenhum dia	5,80	4,72	117,10	95,28	122,90	100
Menos da metade dos	4,90	16,50	24,80	83,50	29,70	100
Mais da metade	2,70	32,53	5,60	67,47	8,30	100
Quase todos dias	3,30	42,86	4,40	57,14	7,70	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Utiliza-se a Tabela 12 para visualizar os diagnósticos médicos de depressão realizadas nas duas últimas semanas antes de responder o questionário, sendo que 42,86%

da população brasileira que se sente deprimida quase todos os dias foram diagnosticadas com depressão, abrangendo então mais de 3 milhões de pessoas.

Levando em consideração mais da metade dos dias, 32,53% da população também foram diagnosticados com depressão, o que reforça o descrito na análise descritiva em si, que quanto mais persistente o humor depressivo, mais propício o diagnóstico da depressão, sendo o somatório de mais de 5 milhões de pessoas no Brasil diagnosticados antes da aplicação do questionário.

A população brasileira se encontra doente, depressiva, e a maioria desta população são as mulheres. Para concretizar o que foi descrito durante toda a análise, Nogueira (2020, p.228) sublinha que: “(...) a quinta edição brasileira do DSM, a depressão, como doença específica (portanto, não como sintoma, que pode acompanhar outras doenças), é denominada “transtorno depressivo maior” e seus critérios de identificação são definidos de acordo com texto a seguir, conforme a tradução dada pela edição brasileira. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. (...)”

Ainda de acordo com APA (2015) apud. Nogueira (2020, p.228), para o diagnóstico da depressão ser efetivado, alguns dos seguintes sintomas devem estar persistentes: 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (por exemplo, parece choroso). (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autor recriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte

(não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2015, p. 160-161).

Na Tabela 13, tem-se como foi o atendimento médico para as pessoas diagnosticadas, levando em consideração o último atendimento por um médico. Compreender a incidência da depressão se faz necessário, contudo, estender a compreensão de acordo com tratamento, estabilização da depressão demonstra se há efetividade no controle dela.

Tabela 13 – Atendimento médico da população com diagnóstico de depressão segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019

Pop. (Milhões)	Última vez que recebeu atendimento médico por causa da depressão											
	< 6 m.	%	6m. a 1a.	%	1 a 3 anos	%	> 3 anos	%	nunca	%	Total	%
Nenhum dia	1,67	28,8	0,70	12,1	0,74	0,74	2,60	44,8	0,09	1,6	5,8	100
Menos da metade	2,02	41,2	0,58	11,8	0,74	15,1	1,49	30,4	0,07	1,4	4,9	100
Mais da metade	1,31	48,5	0,35	13,0	0,4	14,8	0,57	21,1	0,07	2,6	2,7	100
Quase todos dias	1,94	60,5	0,28	8,5	0,39	11,8	0,60	18,1	0,037	1,1	3,3	100
Total	6,94	41,6	1,9	11,5	2,3	13,8	5,26	31,5	0,27	1,6	16,7	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Como pode se ver, o maior número de atendimento médico ocorreu a menos de 6 meses, tendo 41,6% da população, ou seja, quase 7 milhões de pessoas que foram diagnosticadas com depressão teve seu atendimento com o médico à menos de 6 meses. Entretanto, destes quase 7 milhões de pessoas, quando se olha para a soma do humor depressivo através dos dias, é gritante o resultado para os últimos 6 meses antes de responder o questionário, tendo 46,8% da população com humor depressivo mais da metade dos dias e quase todos os dias, ou seja, mais de 3 milhões de pessoas.

Este resultado é seguido de mais de 3 anos, um total de 31,5% da população. Percebe-se que há uma grande procura recente para o atendimento médico com grande número de diagnósticos por depressão. É válido ressaltar que, no ano de 2019 houve a grande procura por atendimento médico, assim como no ano de 2016 (visto à mais de 3 anos). Quando se olha para a soma do humor depressivo, 38,2% da população responder que se sentiram depressivos mais da metade dos dias e quase todos os dias, ou seja, mais de 1 milhão de pessoas da população brasileira procuraram atendimento médico no ano de 2016 para a depressão.

Os demais intervalos de tempo para o atendimento médico não apresentam expressivos resultados conforme os dois citados. Uma curiosidade a se levantar para

futuras pesquisas, com novos resultados da PNS, como permanecerá os dados de depressão durante e pós COVID-19.

Os atendimentos referentes a saúde (seja ela mental ou não) podem ocorrer em diversos contextos, desde a clínica privada até o uso de recursos públicos gratuitos, como visto os avanços e ganhos conforme citado no capítulo 3 desta dissertação e seus subtópicos que contemplam as lutas sociais referentes a saúde e a saúde mental. Na Tabela 14, os dados explicitam os locais dos atendimentos, mas é válido ressaltar conforme a observação da própria tabela, há um agrupamento de locais ao qual são nomeados como grandes grupos de acessibilidade para o atendimento.

Tabela 14 – Local onde a população com diagnóstico de depressão recebeu assistência segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019

Local onde recebeu assistência para depressão														
Pop. (Milhões)	Farmácia	%	U. Pública	%	U. Privada	%	Domicílio	%	Outros	%	Sem inf.	%	Total	%
Nenhum dia	0,007	0,12	1,30	22,4	1,7	29,28	0,011	0,2	0,089	1,5	2,7	46,50	5,8	100
Menos da metade	0,007	0,14	1,52	31,1	1,7	34,8	0,011	0,2	0,095	1,9	1,55	31,74	4,9	100
Mais da metade	0,003	0,11	1,12	42,3	0,82	30,9	0,008	0,3	0,059	2,2	0,64	24,15	2,7	100
Quase todos dias	0,005	0,15	1,34	40,9	1,13	34,5	0,042	1,3	0,12	3,7	0,64	19,53	3,3	100
Total	0,02	0,001	5,3	0,32	5,4	0,32	0,07	0,004	0,36	0,02	5,5	0,3311	16,7	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE). Obs: Entende-se por U. Pública os postos, centro de saúde ou unidade de saúde da família, as Policlínicas, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades públicos, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), ou outro tipo de pronto atendimento público (24 horas) e Ambulatório de hospital público; Unidades Privadas, Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado.

É visível que há uma procura igualitária para as unidades públicas quanto para as privadas, ambas com 0,32% da população. Contudo, quando se olha para a soma das pessoas que tiveram humor depressivo mais da metade dos dias e quase todos os dias, 2 milhões e 460 mil de pessoas procuraram a unidade pública enquanto 1 milhão e 950 mil pessoas procuraram o atendimento privado.

Outro número que chama atenção são os dados sem informações, pois, é o maior resultado da Tabela 12, sendo 0,3311% da população, ou seja, mais de 5 milhões de pessoas no Brasil não informaram aonde ocorreram os atendimentos, o que pode estar impactando na igualdade entre a procura nas unidades públicas e privadas.

Outro fator importante é o que a Tabela 15 explicita, além do diagnóstico já consolidado e, a necessidade de um acompanhamento com o profissional de saúde já ter sido conscientizado, a compreensão para os meios de estabilização e cura da depressão, sendo como uma possibilidade o uso da medicação.

Souza (1999, p.18) expõe que os tratamentos para a depressão devem ser entendidos de uma maneira globalizada, visto que o ser humano é um ser biopsicossocial, com dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Ainda conforme o autor, o tratamento deve abranger terapias que procuram o auxílio para a depressão, sendo estes a psicoterapia, mudança no estilo de vida e as terapias farmacológicas.

Tabela 15 – População com diagnóstico de depressão que utilizou medicação segundo a ocorrência do evento nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa – 2019

Utilização de medicamentos para depressão										
Pop. (Milhões)	Todos	%	Alguns	%	Nenhum	%	Sem inf.	%	Total	%
Nenhum dia	2,06	35,54	0,098	1,69	3,62	62,45	0,019	0,33	5,8	100
Menos da metade	2,12	43,58	0,196	4,03	2,54	52,21	0,009	0,18	4,9	100
Mais da metade	1,46	54,01	0,091	3,37	1,15	42,55	0,002	0,07	2,7	100
Quase todos dias	1,78	54,63	0,105	3,22	1,36	41,74	0,013	0,40	3,3	100
Total	7,42	44,63	0,49	2,95	8,67	52,15	0,043	0,26	16,7	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

“(…) deve-se mencionar que não se trata “depressão” de forma abstrata, mas sim de pacientes deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais e compreendidos nas suas dimensões biológicas e psicológicas” (SOUZA, 1999, p.18).

Como visto em diversos momentos desta dissertação, a depressão pode ser compreendida em diversos vieses, assim como, seus tratamentos e intervenções também. Souza (1999) sublinha que as intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Como visto o foco da dissertação, lê-se que a terapia cognitiva de Aaron Beck sustenta uma leitura de depressão mais dinâmica através das crenças e o produto que são os pensamentos e, como visto em Judith Beck (2007), a reestruturação e correções de pensamentos e crenças são a base para estabilização e entendimento da depressão, como também, da mudança do estilo de vida, ocasionando então, o auxílio para o paciente deprimido em diversos cenários.

De acordo com o desenvolvimento desta dissertação, a Terapia Cognitiva foi desenvolvida através de estudos para a compreensão da depressão, conforme a Judith Beck (2022) a Terapia Cognitiva contribui de diversas maneiras. De acordo com Oliveira (2019) há uma melhora significativa para pacientes depressivos tratados pela TCC durante a fase aguda da depressão, Dunn e colaboradores (2012) *apud*. Oliveira (2019)

constata que há uma melhora no funcionamento psicossocial nas fases pré e pós tratamento, ocasionando resultados benéficos e em curto prazo, havendo redução comprovada de sintomas depressivos durante a psicoterapia sustentada pela terapia cognitiva comportamental e, conseqüentemente, melhor funcionamento psicossocial.

Souza (1999) sublinha que existem fatores que influenciam no sucesso da psicoterapia em si, são: motivação, o nível da depressão (leve ou moderada), ambiente estável e capacidade para *insight*. O autor corrobora que as mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, visando melhor qualidade de vida. Faz-se um parêntese da leitura de Sen (1999), pois, a cada paciente que possui as respostas para o que deverá ser valorizado ou não em sua vida, então é indiscutível a necessidade de se dialogar com o paciente.

Retornando, então, aos resultados da Tabela 15, Souza (1999) corrobora que os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% até 70% no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%. De acordo com os dados, dentro da população diagnosticada com depressão, 52,15% da população não usou nenhum tipo de medicação, tendo mais de 2 milhões de pessoas depressivas mais da metade dos dias e quase todos os dias.

Por outro lado, 44,63% da população usaram as medicações, mas um fato que chama atenção é de que 3,24 milhões de pessoas responderam se sentir deprimidos quase todos os dias e mais da metade dos dias. É necessário compreender o nível de depressão em que o respondente se encontra, pois, mesmo com o uso da medicação há percepção negativa (que é um peso a se estabilizar), pode se dizer que não há sucesso do tratamento por não estar efetivado com tratamento complementar (a psicoterapia, por exemplo).

A procura por médico e atendimento à saúde pode ocorrer para diversos fins. Na Tabela 16, vê-se a segregação para a procura médica de acordo com o diagnóstico de depressão. Conforme os dados, a maior procura por pessoas diagnosticadas com depressão é pela unidade pública, sendo 50,85% da população com o diagnóstico. Diferente da Tabela 12, aqui percebe-se um grande espaço entre as unidades públicas e privadas.

Enquanto a unidade pública detém 50,85% das demandas, as unidades privadas possuem apenas 26,92%, dentro de mais de 8 milhões de pessoas que procuraram a unidade pública, mais de 4 milhões, a metade da população, que procuraram a unidade privada. O que pode justificar tal demanda é a acessibilidade gratuita nas unidades públicas e o custo financeiro para as unidades privadas. Entretanto, outro fator que possa pesar nesta decisão é a percepção da vergonha da depressão e queiram buscar um sigilo

maior, como dito anteriormente, a rotação de profissionais no setor público pode gerar maiores acessos a documentos privados – sublinha-se que cada profissional detém uma ética a ser seguida -, mas não dispensa o fato de maiores profissionais com acesso ao que está documentado. Contudo, os dados demonstram que mesmo conforme as interfaces que as situações possam trazer, o acesso gratuito se sobrepõe, o que demonstra, ainda, a maior necessidade de investimentos governamentais (financeiros e materiais – seja para recursos humanos ou físicos) para conseguir suprir a demanda pública com qualidade, visto a delicadeza que a depressão em si demanda.

Tabela 16 - Local de atendimento médico procurado pela população com diagnóstico de depressão e condição de saúde para esse evento nas duas semanas da entrevista quando estão doentes, 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde														
Pop. (Milhões)	Farmácia	%	U. Pública	%	U. Privada	%	Domicílio	%	Outros	%	Sem inf.	%	Total	%
sim	0,25	1,50	8,50	50,85	4,50	26,92	0,03	0,16	0,04	0,23	3,40	20,34	16,7	100
não	2,90	1,91	80,60	53,10	31,10	20,49	0,16	0,10	0,44	0,29	36,60	24,11	151,8	100
Total	3,16	1,88	89,13	52,93	35,50	21,08	0,18	0,107	0,48	0,284	39,84	23,66	168,4	100
Nas duas últimas semanas com que frequência se sentiu deprimido														
Pop. (Milhões)	Farmácia	%	U. Pública	%	U. Privada	%	Domicílio	%	Outros	%	Sem inf.	%	Total	%
Nenhum dia	2,30	1,87	63,23	51,46	27,00	21,98	0,14	0,11	0,36	0,29	29,84	24,29	122,9	100
Menos da metade	0,58	1,97	16,60	56,07	5,80	19,59	0,03	0,09	0,09	0,32	6,50	21,96	29,6	100
Mais da metade	0,19	2,32	5,00	60,92	1,30	15,84	0,005	0,061	0,01	0,15	1,70	20,71	8,2	100
Quase todos dias	0,09	1,12	4,30	56,48	1,40	18,39	0,013	0,171	0,015	0,197	1,80	23,64	7,6	100
Total	3,16	1,88	89,13	52,93	35,50	21,08	0,18	0,107	0,48	0,284	39,84	23,66	168,4	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Ao olhar o somatório do humor deprimido nas duas últimas semanas, as unidades públicas detêm em seus resultados 10,43% da população com sintomas depressivos mais da metade dos dias e quase todos os dias, totalizando mais de 9 milhões de brasileiros. Por outro lado, na rede privada detém 34,23% da população com a mesma percepção, um número bem inferior a demanda para as unidades públicas.

Diante os resultados acima, pode-se efetuar uma leitura de que as pessoas que são atendidas pelas redes privadas possuem uma boa condição financeira, dado o custo de investimento aos profissionais de saúde, logo, podem ter acesso a terapias complementares e medicações modernas que os demais não podem e/ou conseguem ter acesso. A eficácia do tratamento pode ser um modelador de percepção no momento de responder o estado de humor para o questionário da PNS.

Um outro resultado que chama atenção são os dados do tópico sem informação, que somam 44,35% da população com o humor deprimido quase todos os dias e mais da metade dos dias. Totaliza-se 3,5 milhões de pessoas sem a resposta em si, podendo pesar

na distribuição da procura para o auxílio do tratamento. Contudo, mesmo que acrescente todos os sem informações aos atendimentos nas unidades privadas, haverá um somatório de 6,2 milhões de pessoas, ao que não alcança os mais de 9 milhões nas unidades públicas. Estes dados reforçam o argumento da necessidade de maior investimento público.

Da mesma forma, Bonadiman *et.al* (2020, p.5) sublinham que os transtornos depressivos estavam entre as quais principais causas de incapacidade no Brasil e, responsáveis por um elevado número de incapacidade vividos especialmente pelas mulheres, adultas em idades reprodutivas residentes da região Sul. Os autores corroboram que houve um aumento considerável no número de adoecimento, o que significa aumento na demanda por serviços e requer maiores esforços na saúde pública para fornecer atendimentos adequados a assistência da população brasileira.

Com a base de dados de 2013, Gobi *et.al* (2019, p.91) sublinham que a escolaridade é uma característica importante para proporção positiva para percepção de saúde, visto que não detém a depressão como base. Os autores corroboram que a proporção maior de indivíduos que realizam consultas médicas nos últimos doze meses e avaliaram negativamente seu estado de saúde, indica tendência de que as pessoas procuram médicos somente quando estão doentes.

Gobi *et.al* (2019) identifica dentro de seus resultados que para a escolaridade em si, sem a depressão, o sinal positivo se eleva conforme aumenta o nível de escolaridade. O autor analisa que os resultados podem estar relacionados, ou seja, que quanto maior o nível de educação, mais eficiente o uso da informação, logo, maior produção de saúde. O que reforça os resultados desta dissertação.

O acesso à informação é um ponto crucial para tomada de decisões, desde o mais simples ao mais complexo. Como visto na construção teórica, as informações são subsídios para se ter um espaço informacional completo e amplo, logo, as informações advém de maneiras diversas, sendo concretizadas a partir do nível de assimilação de cada indivíduo.

Como pode ser visto na Tabela 17, concentra-se os dados da população hierarquizado por nível de instrução, considerando desde o sem instrução até o superior completo. O maior índice de diagnóstico de depressão é da população com ensino superior completo, sendo 12,3% (mais de 3 milhões de pessoas).

Em seguida, vem o nível 2, ensino fundamental incompleto, ao qual possui 11% da população diagnosticada. O ponto que chama atenção é o acesso às informações, pois, supõem-se que pessoas com nível superior completo tenham maior acesso a profissionais

de saúde, por outro lado, as pessoas com fundamental incompleto também corroboram com diagnóstico alto, demonstrando acesso aos profissionais de saúde. Vale ressaltar que, como visto nos dados anteriores, características regionais, sociais, individuais demandam muito para o acesso e o diagnóstico em si, logo, é possível fazer a leitura de que, muito da população com ensino fundamental incompleto pode estar localizado na região com maior índice de depressão, assim como, estar inserido nas raças, faixa etárias e outras características com maior concentração de pessoas com depressão.

Levando em consideração a soma do humor depressivo, o nível 1 e o nível 3 são os dados de maiores destaques, sendo sem instrução e fundamental completo. O nível 1 corrobora com 7,8% dos diagnósticos, entretanto, a soma para o requisito do diagnóstico da depressão atribui 10,9% da população, sendo 3,1% a mais com a interpretação disfuncional em relação ao humor deprimido. O nível 3, por sua vez, detém 8,2% de diagnóstico, mas as interpretações dos respondentes equivalem a 10,2% (sendo 3 milhões de pessoas) com o humor depressivo mais da metade dos dias e quase todos os dias. Há portanto, necessidade de ampliar a acessibilidade à profissionais de saúde e às informações que podem prevenir ou remediar a depressão.

Tabela 17 – População total e proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico e ocorrência de depressão nas duas últimas semanas antes da resposta ao questionário da pesquisa, segundo o nível de instrução- 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde										
Pop. (Milhões)	Nível 1	%	Nível 2	%	Nível 3	%	Nível 4	%	Nível 5	%
sim	0,77	7,8	5,3	11,0	2,4	8,2	5,1	9,1	3,1	12,3
não	9,10	92,2	42,7	89,0	27,0	91,8	51,0	90,9	22,1	87,7
Total	9,87	100	48,0	100	29,4	100	56,10	100	25,20	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido										
Pop. (Milhões)	Nível 1	%	Nível 2	%	Nível 3	%	Nível 4	%	Nível 5	%
Nenhum dia	7,00	70,9	33,4	69,6	21,4	72,8	41,80	74,5	19,3	76,6
Menos da metade	1,8	18,2	9,1	19,0	5	17,0	9,60	17,1	4,2	16,7
Mais da metade	0,52	5,3	2,8	5,8	1,6	5,4	2,40	4,3	0,93	3,7
Quase todos dias	0,55	5,6	2,7	5,6	1,4	4,8	2,30	4,1	0,77	3,1
Total	9,87	100	48,0	100	29,4	100	56,10	100	25,20	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE). Obs. Nível educacional: 1, sem instrução; 2, fundamental incompleto; 3, fundamental completo e médio incompleto; 4, médio completo e superior incompleto; e 5 superior completo.

É válido ressaltar que, ainda de acordo com o somatório do humor depressivo persistente mais da metade dos dias e quase todos os dias, o nível 5 que detém o maior número de diagnóstico, 12,3%, contém em sua população as interpretações menos depressivas, sendo 6,8%, ou seja, quase a metade das pessoas diagnosticadas.

6.1.3 *Depressão e percepção de bem estar*

A percepção, como já referenciado, possui uma conceituação completa na leitura de Garcia (2015), para o qual:

a percepção é o processo pelo qual as pessoas tomam conhecimento de si, dos outros e do mundo à sua volta. O processo perceptivo é uma ferramenta fundamental nos relacionamentos, pois aguça a interpretação de sinais interiores e exteriores. Provoca reflexões críticas gerando nas pessoas a necessidade de reavaliarem suas próprias crenças como mecanismo de preservação da qualidade de vida e da sua identidade humana.

É válido sublinhar que, as interpretações dos estímulos interiores e exteriores se misturam a fim de gerar uma informação, que gera a visão e leitura de mundo.

Logo, interpretar o humor deprimido, como visto durante toda esta análise, é compreender que o indivíduo está vivenciando uma situação que está gerando estímulos físicos (auditivos, visuais, palatáveis, táteis, olfativos), que movimentará o mecanismo do sistema nervoso central e periférico (SNC e SNP), estimulando produções hormonais, interpretativas e outros acerca da informação. O ponto que se quer chegar é, algo neste processo está ocorrendo de maneira negativa, e como visto em Judith Beck (2007), são as interpretações situacionais.

Sen (1999, p.89) corrobora que, concentrar apenas em características mentais (prazer, felicidade ou desejos) pode ser particularmente restritivo diante comparações interpessoais de bem-estar e privação. Desta forma, reforça a ideia das interações de estímulos interiores e exteriores, necessárias para ampliar a visão de mundo. Outro fato a destacar é a particularidade e a valorização de cada um, que já vem sendo discutido, uma situação prazerosa para um pode ser o oposto para o outro, atribuindo, então, a restrição entre as comparações.

Na Tabela 18, assume o questionamento associado ao conceito de saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), como visto no capítulo 4, tópico 4.1. São resultados surpreendentes, visto que, como se trata de depressão, e nos demais resultados obteve números expressivos referente ao viés e interpretações negativas, é um número que não se repete de modo negativo.

Há uma contradição entre o diagnóstico de depressão em si com as respostas, por exemplo, esperava-se que a percepção de saúde pelas pessoas depressivas fossem de

muito ruim, entretanto é o tópico que menos possui expressividade, sendo 3,2%, ou seja, pouco mais de 5 mil pessoas.

Tabela 18 – Manifestação da percepção do estado de bem estar físico e mental da população com diagnóstico de depressão e condição de saúde para esse evento nas duas semanas da entrevista, 2019

Diagnóstico de depressão emitido por profissional de saúde												
Pop. (Milhões)	<i>M. bom</i>	%	<i>Bom</i>	%	<i>Regular</i>	%	<i>Ruim</i>	%	<i>M. ruim</i>	%	Total	%
sim	1,50	9,0	6,8	40,9	6,1	36,7	1,7	10,2	0,529	3,2	16,7	100
não	28,15	18,5	90,18	59,4	28,63	18,9	4,1	2,7	0,742	0,5	151,8	100
Total	29,7	17,6	97,0	57,6	34,7	20,6	5,8	3,4	1,27	0,75	168,5	100

Nas duas últimas semanas com que frequência de sentiu deprimido												
Pop. (Milhões)	<i>M. bom</i>	%	<i>Bom</i>	%	<i>Regular</i>	%	<i>Ruim</i>	%	<i>M. ruim</i>	%	Total	%
Nenhum dia	26,14	21,3	75,36	61,3	19,05	15,5	2,02	1,6	0,283	0,2	122,8	100
Menos da metade	2,8	9,5	15,88	53,6	9,26	31,3	1,46	4,9	0,229	0,8	29,6	100
Mais da metade	0,444	5,4	3,48	42,2	3,16	38,3	0,98	11,8	0,194	2,4	8,2	100
Quase todos dias	0,305	4,0	2,2	29,1	3,2	42,3	1,30	17,2	0,564	7,5	7,6	100
Total	29,7	17,6	97,0	57,6	34,7	20,6	5,8	3,4	1,27	0,75	168,5	100

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE). Obs. Na entrevista, é feito o seguinte questionamento: considerando saúde como um estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como você avalia o seu estado de saúde? As possíveis respostas são: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim.

Por outro lado, outro número expressivo, visto o diagnóstico confirmado, é a percepção de muito bom, 9%, mais de 1 milhão de pessoas. Interpreta-se aqui, que tal resultado são devidos às intervenções por profissionais de saúde com as terapias necessárias ao tratamento, tendo muita eficácia como retorno. Ou, ainda, supõe-se que, há a possibilidade da interpretação de que a depressão é um diagnóstico muito ruim e, por ter uma determinada qualidade de vida, já é o suficiente para ser valorizado, conforme Amartya Sen (1999).

O maior resultado vem no tópico de um bem-estar bom, 40,9% da população, mais de 6 milhões de brasileiros. Observa-se, então, que apesar do viés negativo provocado nas interpretações e interações sociais do indivíduo, a depressão em si, quando estabilizada ou curada, não interfere de maneira expressiva na percepção de bem-estar e saúde. É válido ressaltar que há um vasto espaço interpretativo para que a pessoa possa ter respondido como bom, mas o fato é, que a percepção de bem-estar está boa.

Retorna-se em Amartya Sen (1999, p.33), quando ele sublinha que é “necessário atentar para a expansão das “capacidades” [*capabilities*] das pessoas de levar o tipo de vida que elas valorizam – e com razão.” O que o autor defende é a ideia de que deve se ampliar intervenções sociais a partir de políticas públicas, mas com a construção destas

intervenções a partir da participação social, pois, Sen (1999) é muito claro quanto a relação de mão dupla, a participação efetiva de todos.

Estendendo as interpretações para o somatório do humor deprimido através dos dias, detém oscilações nos resultados das pessoas com diagnóstico já efetivados. Observa-se os dados das percepções no tópico bom, ao qual possuem 40,9% dos diagnósticos, entretanto, o somatório demonstra 71,3% da população com o humor deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias, ou seja, 5,68 milhões de pessoas. Quando leva-se em consideração a quantidade da população com depressão que possuem boa interpretação de bem-estar, são valores aproximados, tendo uma diferença de 1,12 milhão de pessoas com o humor estável.

Todavia detém-se resultados que sobressaltam, as percepções de muito ruim que detém 3,2%, 529 mil pessoas, as interpretações para o somatório do humor deprimido, detém 9,9% da população com o humor deprimido mais da metade dos dias e quase todos os dias, totalizando 758 mil pessoas, ou seja, mais de 200 mil pessoas. É válido ressaltar que, conforme visto anteriormente, seriam 200 mil pessoas predispostas ao diagnóstico de depressão e, possivelmente, carecendo de tratamento.

Os demais resultados possuem certa sincronia com os dados das pessoas diagnosticadas em si, mostrando fidedignidade nos resultados. Mas, é importante ressaltar que, a adaptação a depressão pode interferir nas percepções. Sen (1999) defende a ideia que mesmo sendo uma realidade interpretada como ruim, é valiosa aquela situação para o indivíduo, podendo a adaptação a depressão atribuir uma visão de bem-estar e qualidade de vida pelo próprio indivíduo, uma vez que ele interpreta que é seu modo de ser.

6.2 Análises das transições das auto percepções de saúde e bem estar

6.2.1 Auto percepção de saúde da população com diagnóstico de depressão

Já realizada a análise descritiva que demonstra diversos dados importantes que, por si só, contempla informações valiosas sobre a população brasileira e suas condições de saúde e saúde mental, foi estimado, também, como as características individuais se comportam dentro do diagnóstico de depressão.

Na análise econométrica, pode-se compreender no primeiro momento que as características individuais, macrorregionais e outros, interferem fortemente para a predisposição do diagnóstico em si. É válido ressaltar que, no primeiro momento, foram

avaliadas pessoas já com o diagnóstico de depressão. Em um segundo momento, pôde-se perceber a probabilidade do diagnóstico de depressão para pessoas que não foram diagnosticadas, contudo, apresentam as características predispostas para o sofrimento mental.

Compreendido a dinâmica da análise descritiva que atribui uma ampla interpretação da realidade brasileira, diante o diagnóstico de depressão e de pessoas não diagnosticadas, quanto o comportamento das características inseridas para o diagnóstico, agora, direciona-se a análise em compreender, conforme o objetivo, a transição da auto percepção em saúde. Ou seja, como foi proposto inicialmente, a conversão de recursos em saúde é importante para diminuir o nível de privação de maneira geral que um indivíduo sofre em seu desenvolvimento. Logo, será possível compreender nesta fase final, qual a possibilidade de uma pessoa que auto percebe a saúde como boa, transitar para uma saúde ruim. Leva-se em consideração as seguintes características: i) são pessoas já diagnosticadas com depressão, ou seja, será possível perceber quais as características das pessoas já diagnosticadas com depressão interferem na auto percepção de saúde, tal como, se a interpretação poderá ou não transitar nesta auto percepção e; ii) serão niveladas as auto percepções em saúde dentro de muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim.

A Tabela 19 apresenta os resultados da Razão relativa de risco (RRR) da transição da auto percepção em saúde PCST1 e PCST2 e os seus, respectivos, incrementos percentuais, obtidos a partir da estimação do modelo logit binomial. Antes de interpretar os resultados, torna-se importante analisar a significância estatística e o ajustamento dos modelos estimados¹². O teste da razão de verossimilhança (LR test) demonstrou, para ambas as regressões, que existe pelo menos uma variável explicativa cujo parâmetro possui significância estatística. O teste Z, que mede a significância de cada parâmetro estimado, demonstrou, para ambas as regressões, significância ao nível de 5% para todas as variáveis e a constante, com exceção da idade, da raça e da situação do domicílio. A curva ROC (Receiver Operating Characteristic), que indica se o modelo apresenta característica discriminatória, assumiu área de, respectivamente, 0,75 e 0,79, demonstrando poder de discriminação aceitável mas bem próxima da excelente, quando o valor da curva é igual ou maior que 0,8.

Pode-se destacar dois resultados importantes nas regressões, em um primeiro momento, ela demonstra a transição da percepção em saúde (PCST1), em muito bom e

¹² As tabelas e figuras das regressões que apresentam os coeficientes estimados e os testes de significância dos coeficientes e as medidas dos ajustamentos dos modelos estão apresentadas no anexo.

bom para as condições regular, ruim e muito ruim. Em um segundo momento, PCST2, demonstra a transição de muito bom, bom e regular para ruim e muito ruim. Ou seja, na coluna PCST2 são casos extremos nos quais a característica se torna muito importante.

Tabela 19 - Razão relativa de risco (RRR) da transição da auto percepção em saúde PCST1 e PCST2 e os seus, respectivos, incrementos percentuais

Variável	PCST1			PCST2		
	RRR	Incre.%	Std.	RRR	Incre.%	Std.
Dpre2						
Depressão	3,0266*	202,66	0,1657	4,1697*	316,97	0,3090
Sexo						
Feminino	0,8080*	-19,20	0,0474	0,7510*	-24,90	0,0618
Raça						
Preta	1,1566	15,66	0,1040	1,2971**	29,71	0,1559
Amarela	1,0888	8,88	0,3314	1,2461	24,61	0,5791
Parda	1,2875*	28,75	0,0729	1,0890	8,90	0,0873
Idade						
18 a 29	1,0017	0,17	0,2492	1,2269	22,69	0,4286
30 a 59	1,1123	11,23	0,2686	1,6582	65,82	0,5522
60 a 64	1,0853	8,53	0,2751	1,4545	45,45	0,5081
65 a 74	0,9863	-1,37	0,2477	1,0918	9,18	0,3801
75 ou mais	1,1132	11,32	0,2908	1,2195	21,95	0,4397
Instrução						
Fundamental incompleto	0,8148	-18,52	0,0915	0,7067*	-29,33	0,0872
Fundamental completo	0,5519*	-44,81	0,0763	0,5276*	-47,24	0,0900
Médio incompleto	0,5299*	-47,01	0,0798	0,5592*	-44,08	0,1043
Médio completo	0,5016*	-49,84	0,0596	0,4148*	-58,52	0,0583
Superior incompleto	0,4533*	-54,67	0,0715	0,4396*	-56,04	0,0950
Superior completo	0,3016*	-69,84	0,0376	0,2666*	-73,34	0,0435
Estado civil						
Viúvo, desquitado	1,1774**	17,74	0,0765	1,079	7,89	0,0983
Solteiro	1,0432	4,32	0,0629	0,9753	-2,47	0,0835
Condição de trabalho						
Desocupado	0,7872**	-21,28	0,1013	0,5812*	-41,88	0,1090
Ocupado	0,7749*	-22,51	0,0441	0,6276*	-37,24	0,0502
Assistência médica						
Tem acesso mas não necessita	0,5382*	-46,18	0,0381	0,5068*	-49,32	0,0551
Não tem acesso	1,1609**	16,09	0,0870	1,1433	14,33	0,1044
Medicamento						
Não utiliza	0,8077*	-19,23	0,0514	0,7063*	-29,37	0,0630
Macro						
Nordeste	1,3050*	30,50	0,1129	1,2783**	27,83	0,1520
Susdeste	0,7758*	-22,42	0,0680	0,7527**	-24,73	0,0954
Sul	0,6701*	-32,99	0,0637	0,7075**	-29,25	0,0990
Centro oeste	0,7419*	-25,81	0,0738	0,7253**	-27,47	0,1068
Sit. Domício						
Rural	0,9846	-1,54	0,0677	0,8546	-14,54	0,0817
Constante						
	2,1279*		0,6048	0,2358*		0,0910
Number of obs	8278			8278		
LR chi2(27)	1606.36			1140.53		
Prob > chi2	0.0000			0.0000		
Pseudo R2	0.1400			0.1695		

Nota: Erros-padrão: *p<0.001; **p<0.005; ***p<0.10.

* Ressalta que as percentagens das análises abaixo foram retiradas da coluna RRR.

Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Logo, importante sublinhar que os dados utilizados são das pessoas já com diagnóstico de depressão, independentemente de quando foi realizado o diagnóstico. Entretanto, a PNS leva em consideração o diagnóstico (ou o humor deprimido) durante as duas últimas semanas antes da entrevista, o que aborda também, os diagnósticos recentes.

Visto que a base de dados corresponde às pessoas já diagnosticadas, na Tabela 19, compreende-se que a pessoa com depressão tem 202% maior de chance de transitar a auto percepção de muito bom ou bom para uma percepção regular, ruim e muito ruim do que uma pessoa que não foi diagnosticada. Em um segundo momento, de acordo com dados da PCST 2, em casos extremos, a população diagnosticada com depressão, tem 316% maior de chance de perceber a saúde de muito boa, boa e regular para ruim e muito ruim.

Se olhar a característica de sexo, as mulheres possuem 19,2% a menos de probabilidade de transitar a percepção para regular, ruim e muito ruim, o que demonstra que, de acordo com os demais dados, as mulheres brasileiras possuem mais predisposição (visto as características e o comportamento delas) para o diagnóstico, contudo, elas são mais resistentes e resilientes para o sofrimento mental. Diante os dados PCST 2, as mulheres possuem 24,9% a menos de chance de transitar a auto percepção para ruim e muito ruim. O que enfatiza a resiliência feminina, pois, de acordo com os dados anteriores, são mais vulneráveis para o diagnóstico da depressão e mais resilientes dentro do diagnóstico.

A característica da raça e da idade não possuem significância estatística, o que vem sendo confirmado desde as análises descritivas, entretanto, Gobi *et.al* (2019, p.91) corroboram que em seus estudos, verifica a associação positiva entre saúde e indivíduos brancos. Entre as pessoas que se declaram brancas, 69% apresenta melhor estado de saúde, enquanto que 62% das pessoas que se declaram negras ou pardas se avaliaram saudáveis. Ou seja, o autor infere um espaço de 7% na associação de saúde entre as raças.

Contudo, um fator importante a ressaltar, é que Gobi *et.al* (2019) não atribui a depressão como um quesito de análise, ele pesquisa de maneira geral dentro doenças não transmissíveis, ao qual, nesta dissertação a característica importante como objeto de estudo é o diagnóstico da depressão na auto percepção de saúde. Mas é válido ressaltar que, de acordo com a Tabela 19, os dados informam que a raça preta detém 29,71% maior de chance de transitar de uma percepção regular para ruim e muito ruim.

Olhando para o grau de instrução escolar, quanto maior o nível de estudo, menor a chance de transição para a percepção regular, e mais resistente e resilientes dentro do

diagnóstico em si. A pessoa que tem depressão, mas que possui ensino superior completo, tem 69,8% de chances a menos para a transição de uma percepção regular. Pressupõe-se que o conhecimento e o domínio do que a doença pode exercer, pode acarretar o acesso às informações, que são valiosas para a inserção de tratamentos efetivos, que funcionaliza a tríade cognitiva de Aaron Beck. A mesma leitura se aplica ao grupo PCST 2.

Relembrando, a tríade cognitiva de Aaron Beck está exposta resumidamente no tópico 4.5 desta dissertação. A auto percepção para Judith Beck (1997) é uma constituição do pensamento retroalimentada por crenças centrais e subjacentes, uma vez que, estas em contato moldam a maneira do indivíduo pensar. Para além, Judith Beck (1997) também contribui que a auto percepção é um produto de interações, estas sendo eliciadas por uma situação, sendo estas interações moldadas através de uma tríade cognitiva: eu, mundo e outro. Quando olha a possibilidade de transição da auto percepção para uma saúde muito boa para regular, compreende-se que essa tríade cognitiva apresentou maior força de maneira negativa do que funcional (ou seja, mais próximo a realidade). Por outro lado, a pessoa que é mais resistente, apresenta funcionalidade na tríade cognitiva. O que leva a pensar que, a tríade cognitiva das mulheres pode deter características importantes e específicas para o gênero.

O estado civil do indivíduo também não apresenta significância estatística, contudo, sublinha a situação do viúvo ou desquitado, ao qual detém 17,74% maior de chance de transitar a auto percepção de muito bom para regular. O que pode estar associado ao fato da perda, que está altamente relacionada ao diagnóstico de depressão.

A condição de trabalho possui dados estatísticos significantes, visto que a pessoa desocupada detém 21,28% menos de chance de fazer a primeira transição assim como a pessoa ocupada detém 22,51% menor chance, tendo como dado base a condição fora da força de trabalho. Do mesmo modo que, na segunda transição, há uma grande relevância nos resultados, pois, as pessoas desocupadas detém 41,88% e as ocupadas possuem 37,24% de menor chance de transitar a auto percepção. Infere que por menor que seja o intervalo entre as pessoas ocupadas e desocupadas, a condição de trabalho afeta muito na auto percepção de saúde e bem estar.

Atribuindo, também, dados importantes para análise são a acessibilidade à assistência médica, ao qual, o indivíduo que possui acesso, mas não necessita, detém 46,18% menor de chance de transitar a auto percepção para regular, diferente de quem não possui acesso, ao qual aumenta 16,09% de chance de transitar a auto percepção de saúde como regular. Tal qual, a mesma leitura se aplica ao grupo PCST 2, os indivíduos

que não possuem acesso detêm 14,33% maior de chance de transitar para a saúde ruim e muito ruim.

Outro dado estatisticamente importante é o uso de medicações, pois, são ferramentas necessárias para a estabilização do humor. Neste cenário, as pessoas que não utilizam medicações detêm 19,23% menor de chance de transitar a auto percepção de saúde de muito boa para regular.

Outro resultado, que salta os olhos, são as macrorregiões. São nítidas as diferenças regionais por diversos fatores, contudo, é uma característica nata, ou seja, o indivíduo não detém a capacidade de escolha até determinado momento de sua vida e nem controle sobre esta característica. Retornando à Sen (1999), como exposto no tópico 3, as liberdades de escolhas individuais possibilitam maior desenvolvimento individual e, conseqüentemente, econômico, este não sendo o foco em si, mas sim, o diálogo de ambos os desenvolvimentos, em como o desenvolvimento individual (a expansão da liberdade de escolhas que expandem as capacidades) pode trazer o indivíduo a desempenhar um papel econômico social importante. Em seus escritos, Sen foca no desenvolvimento como um fim – a capacidade final que o indivíduo pode escolher chegar (tendo em mente que todas as escolhas devam ser valorativas), contudo, a região de nascimento é algo que foge a capacidade de escolha, mudar de região é uma escolha mais tardia que o indivíduo pode realizar idealizando mudanças dentro do percurso de sua vida.

Enfim, as características macrorregionais demonstram que o residente do nordeste detém 30,5% maior de chance para transitar a percepção de saúde de muito boa para regular, em vista do sudeste, sul e centro oeste que possuem menor chance de transitar, conforme os dados, respectivamente: 22,42%, 32,99% e 25,81%. Nesta perspectiva, a macrorregião com menor chance de transitar é o sul. A mesma leitura se repete no grupo PCST 2, ao qual a população no nordeste detém 27,83% de maior chance de transitar a auto percepção de regular para ruim e muito ruim. Contudo, a situação de domicílio (rural ou urbano) não é um dado estatístico significativo.

6.2.2 Acesso a serviços médicos e transição da percepção das condições de saúde

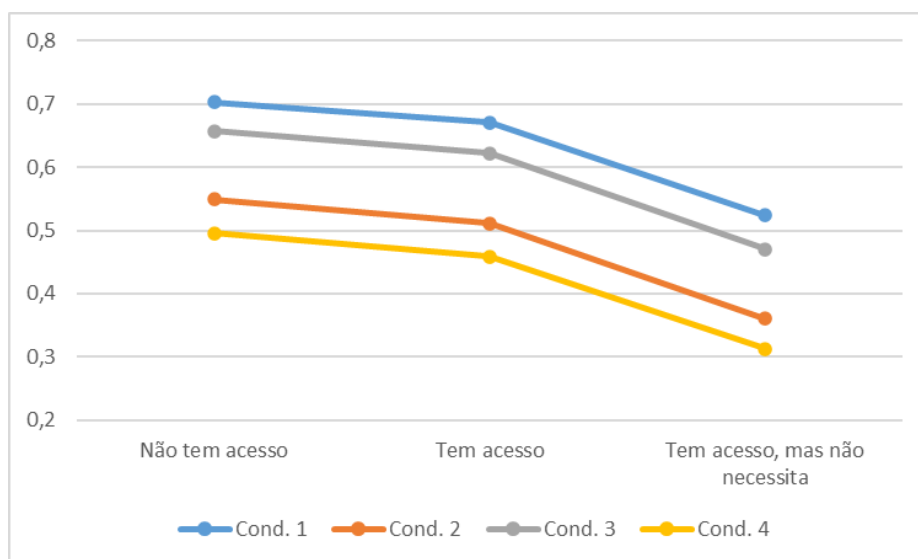
Neste tópico, vislumbra-se expor como as características interferem na auto percepção da saúde, em como as características individuais, sociodemográficas, regionais do indivíduo podem interagir entrem si. No tópico anterior, levou-se em consideração

apenas as pessoas com o diagnóstico de depressão, contudo, agora utilizará a variação de características para analisar a percepção dos indivíduos de saúde para toda a amostra, incluindo também os indivíduos sem ocorrência de problemas de depressão. É válido ressaltar que continua levando em consideração os nivelamentos da saúde, muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim.

Para tal, considera-se: i) cond. 1: com depressão, sexo masculino, da macrorregião nordeste; ii) cond. 2: com depressão, sexo masculino, da macrorregião sul; iii) cond. 3: com depressão, sexo feminino, da macrorregião nordeste; iv) cond. 4: com depressão, sexo feminino, da macrorregião sul. Outro grupo analisado, representado por cond*, apresentam as mesmas condições, diferindo apenas o fato dos indivíduos não apresentarem depressão.

Como pode-se ver no Gráfico 1, a condição 1 representada pela linha azul detém como específico homem morador do nordeste, diante a condição 2, representado pela linha laranja, que tem por diferença a macrorregião, sendo a condição 2 residente do sul. Neste gráfico, importante ressaltar, são as populações com o diagnóstico de depressão. Observa-se que sem o acesso a saúde, o morador da região nordeste possui maior predisposição de chances para transitar de uma auto percepção muito boa e boa para regular. O morador do sul, representado pela condição 2, detém menor chance de transitar e, pode-se perceber a distância entre as condições para a auto percepção de saúde.

Gráfico 1 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo o acesso aos serviços médicos.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

A mesma leitura pode ser feita tanto para o homem que possui o acesso a saúde e tem o acesso mais não necessita. As condições do nordeste são positivas para a transição da auto percepção em saúde. Para o outro lado, nas condições 3 e 4, se repete a leitura, o que distingue é a característica sexo, ao qual as mulheres do nordeste possuem maior predisposição para transitar a auto percepção em saúde de boa para regular.

Outro fato a observar é que, a condição 3, a troca do sexo para o feminino, a mulher ainda permanece em desvantagem em relação ao homem morador do sul. Mesmo com toda a resiliência e resistência que a mulher vem apresentando durante toda a análise dos resultados, na Tabela 19, ela tem maior possibilidade de transitar que o homem, desde que o homem seja morador da região sul.

Válido ressaltar que Gobi *et.al* (2019) demonstram resultados contrários ao desta pesquisa, sublinha-se o uso da variável depressão como base da auto percepção. De maneira geral, neutralizando a variável depressão, os autores corroboram que a característica sexo, em seus estudos, demonstra um sinal negativo, atribuindo que as mulheres se avaliaram de forma menos saudáveis. Demonstrando maior necessidade de intervenções através de políticas públicas. Contudo, é firmado nesta pesquisa que as mulheres são mais predispostas para o diagnóstico de depressão, ao qual confirma, realmente, a necessidade de criação de políticas públicas para elas.

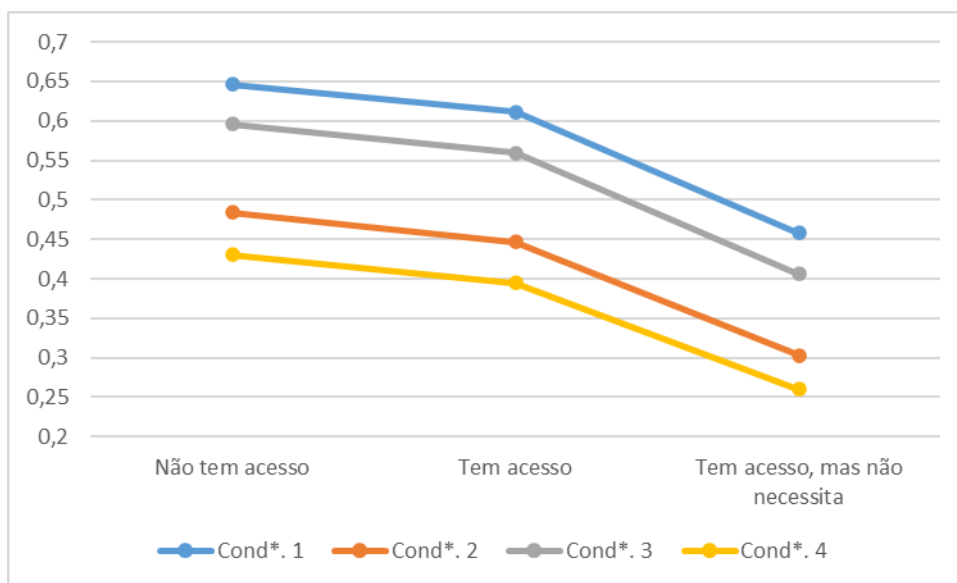
Gobi *et.al* (2019) completam que os homens, em si, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde e, morrem mais que as mulheres, visto que, a presença do público masculino em serviços de saúde são reduzidos quando se comparado ao de mulheres.

De maneira reflexiva, Santomauro e col. (2021) expõem que transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares foram mais comuns em mulheres do que em homens. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os transtornos do espectro do autismo eram mais comuns em homens. Em ambos os sexos e anos, os dois transtornos mentais mais comuns foram transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. Os menos comuns foram esquizofrenia e transtornos alimentares. Logo, considera-se que as crenças subjacentes que circundam as mulheres são fatores importantes a serem levadas em consideração, uma vez que interfere na auto percepção associado aos demais transtornos mentais.

No Gráfico 2, tem-se as transições conforme o acesso a saúde, de acordo com as condições já expostas, contudo, para a população que não apresentou depressão.

Os resultados se repetem conforme o Gráfico 1, o fato de ser diagnosticado com depressão ou não, os homens da região sul detêm menor possibilidade de transição da auto percepção para saúde regular. E assim, o mesmo com as mulheres. O que afirma aqui, é que as pessoas com depressão têm maior possibilidade de transitar do que as pessoas que não possuem, contudo, a macrorregião é um fator importante na vida do indivíduo no quesito saúde.

Gráfico 2 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo o acesso aos serviços médicos.

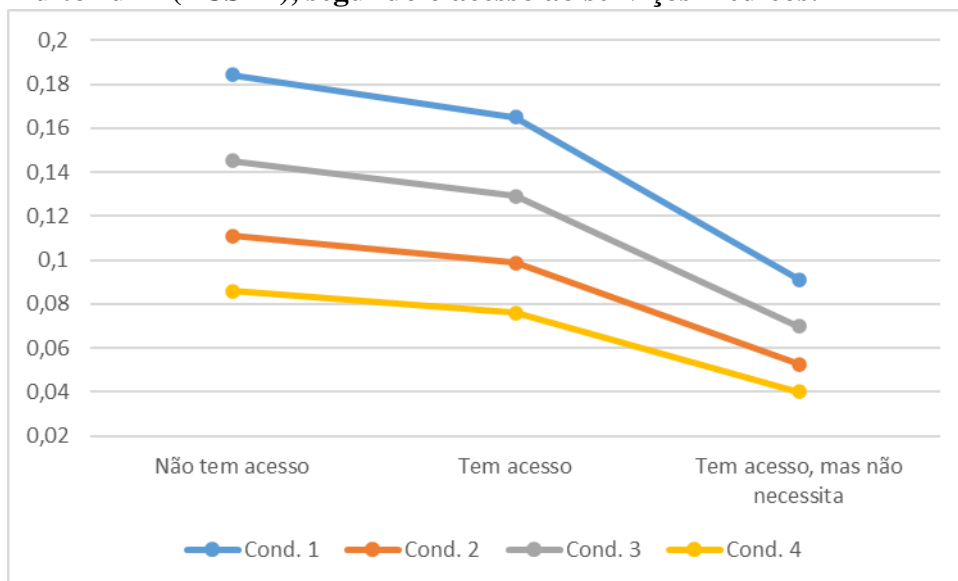


Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

No Gráfico 3, detém-se as mesmas condições de análise, entretanto para o grupo PCST 2, para transição da auto percepção de regular para ruim ou muito ruim.

Aqui já é perceptível a grande diferença entre as características, o homem do nordeste que não tem acesso a saúde se encontra mais distante para transitar a auto percepção de saúde de regular para ruim e muito ruim do que o morador do sul. Sublinha-se que os dados são para o grupo PCST 2. Neste gráfico, o homem com depressão morador do nordeste se encontra mais distante do morador do sul, em conformidade com o Gráfico 3. Se olhar o homem e a mulher do nordeste, a presença da depressão interfere também, visto que o homem também se encontra mais distante da mulher para transitar a auto percepção.

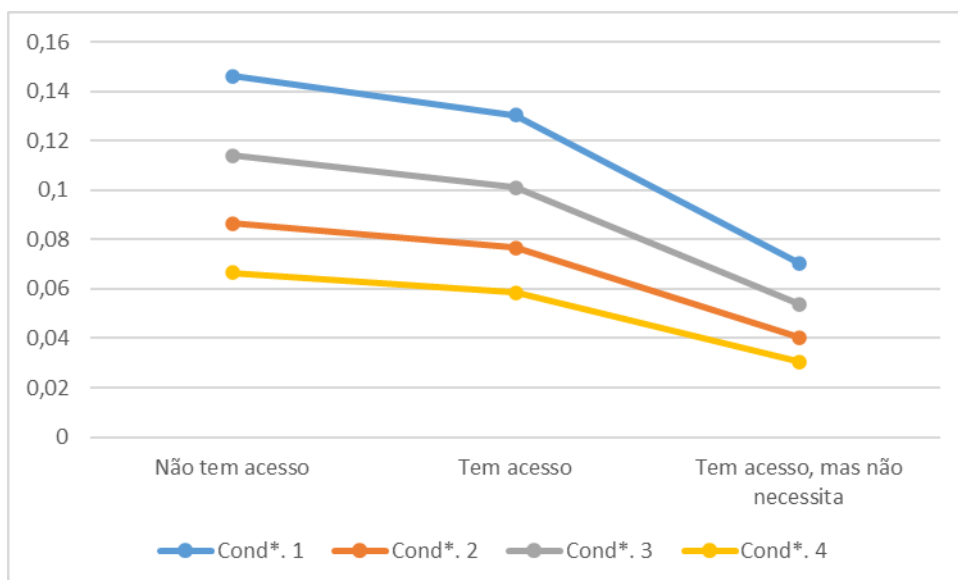
Gráfico 3 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo o acesso aos serviços médicos.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

No Gráfico 4, atribui-se os mesmos dados, entretanto, sem a presença da depressão.

Gráfico 4 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo o acesso aos serviços médicos.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

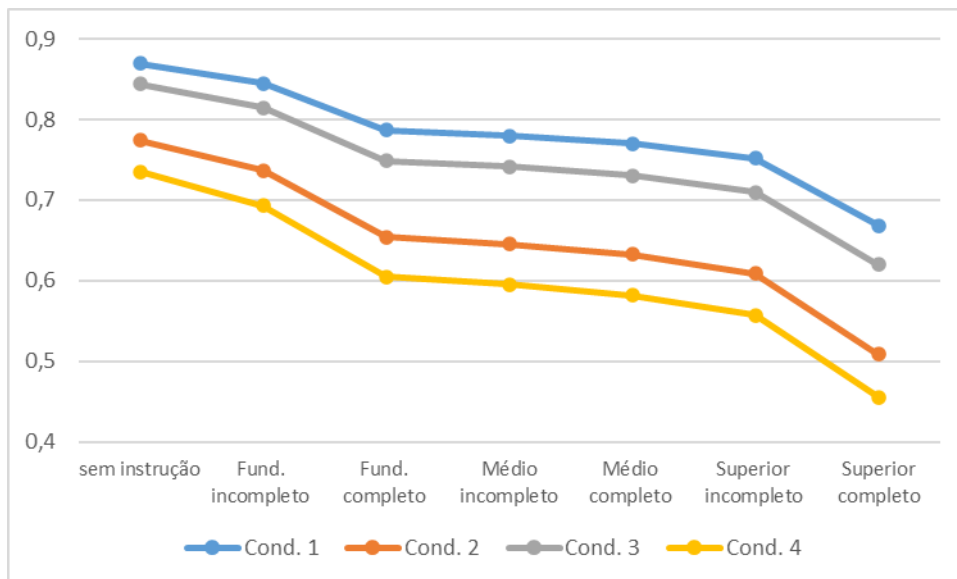
Percebe-se, também, que mesmo sem o diagnóstico de depressão o homem morador do nordeste apresenta uma distância importante do morador do sul, o que reforça a ideia da necessidade de maiores estudos e criação de políticas públicas para o nordeste. Os dados se repetem, não há alterações significativas. A confirmação que a pessoa com depressão tem possibilidade maior de transitar a auto percepção na condição de saúde e bem estar vem sendo reforçada e comprovada estatisticamente e teoricamente.

6.2.3 Acesso à educação e transição da percepção da transição das condições de saúde

Assim como o tópico anterior, este sublinhará o acesso à educação, ou seja, levará em consideração os níveis de estudo das pessoas diagnosticadas com depressão e, como elas possuem probabilidade de transitar a auto percepção de uma saúde muito boa, boa para regular. Posteriormente, um comparativo entre as pessoas não diagnosticadas e, utilizando dados dos grupos PCST 1 (transição de muito bom e bom para regular) e PCST 2 (transição de regular para ruim e muito ruim).

As condições serão as mesmas para o comparativo da saúde, sendo então: i) cond. 1: com depressão, sexo masculino, da macrorregião nordeste; ii) cond. 2: com depressão, sexo masculino, da macrorregião sul; iii) cond. 3: com depressão, sexo feminino, da macrorregião nordeste; iv) cond. 4: com depressão, sexo feminino, da macrorregião sul. Atenta-se, também, ao grupo analisado, representado por cond*, apresentam as mesmas condições, diferindo apenas ao fato dos indivíduos não apresentarem depressão.

Gráfico 5 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo os níveis de instrução.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

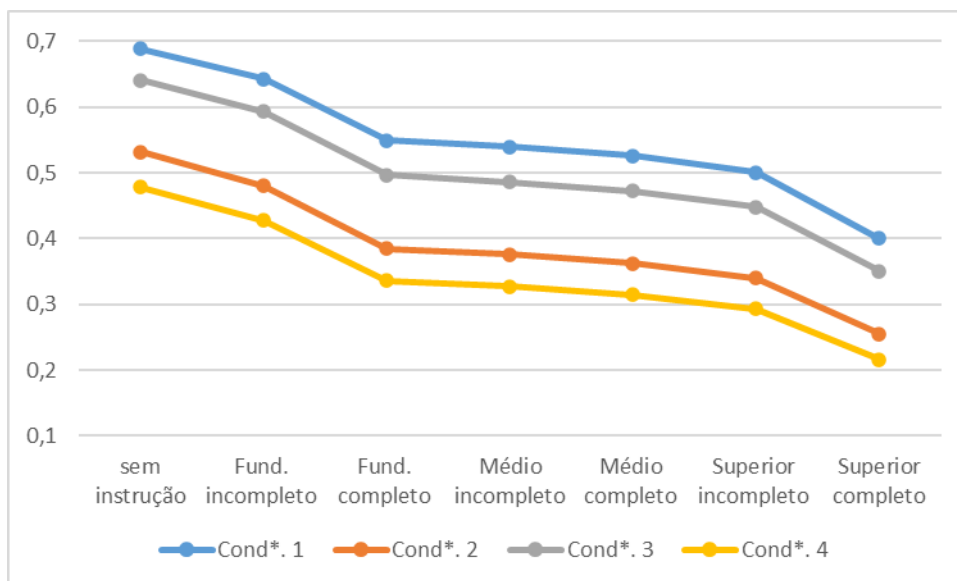
Visto o Gráfico 5, levando em consideração as mesmas condições, percebe-se que mesmo com o ensino superior completo, o homem residente do nordeste detém maior probabilidade de transitar a auto percepção em saúde de muito boa, boa para regular do que o residente do sul. Contudo o que chama atenção é a maneira que o morador do nordeste vai se distanciando ao longo da vida acadêmica, se observar sem grau de instrução, a distância entre os homens das duas regiões é mais próxima do que quando já com ensino superior. Fato é que a região nordeste vem demonstrando o distanciamento entre a região sul, tanto no acesso a saúde quanto na educação.

As mulheres, conforme o Gráfico 5, também reforçam a mesma leitura, mesmo que haja o ensino superior, a moradora do nordeste tem maior predisposição para transitar a auto percepção de saúde para regular.

Como Sen (1999) sublinha, a acessibilidade para o indivíduo efetuar a escolha de forma valorativa é a maior ferramenta para o desenvolvimento, contudo, proporcionar acesso à educação, pode gerar grandes mudanças em diversos cenários brasileiros da percepção e da realidade em si. Indiferentemente dos dados e da realidade nordeste e sul, fato é que com acesso à educação, a possibilidade de transitar a auto percepção para o negativo é menor.

O Gráfico 6 mostra como ocorre as mesmas transições sem o diagnóstico de depressão.

Gráfico 6 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom e bom para as regular, ruim e muito ruim (PCST1), segundo os níveis de instrução.



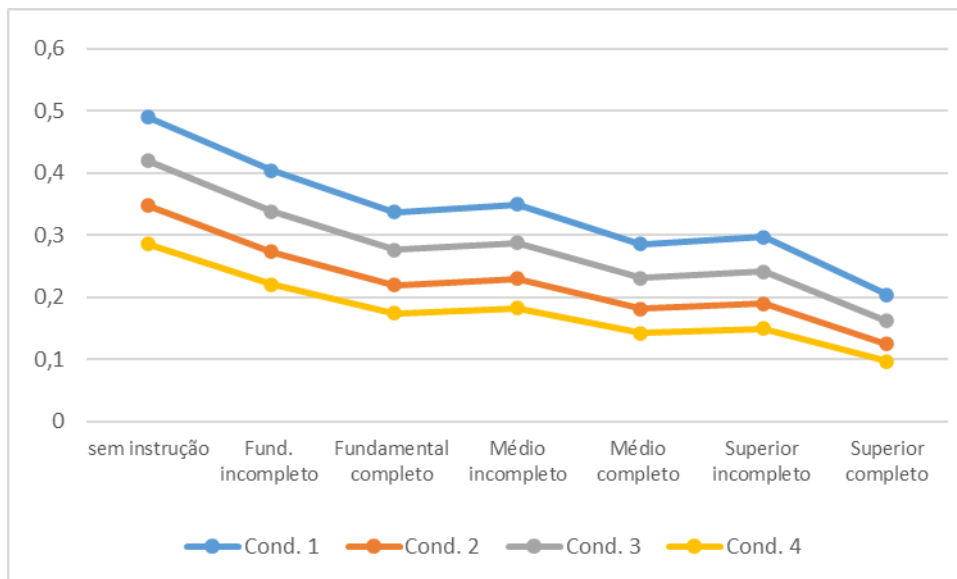
Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

O Gráfico 6 expõe resultados interessantes, pois, levando em consideração que não há presença da depressão, a possibilidade de transição entre o homem e a mulher das regiões nordeste e sul são menores do que apresentado quando há presença da depressão. Reforça a mesma leitura de que o homem e a mulher do nordeste detêm maior possibilidade de transitar de bom para regular a auto percepção, contudo, o acesso à educação com o não diagnóstico, ameniza a diferenciação de possibilidade entre ambos.

Chama-se atenção para a transição conforme o fundamental incompleto e fundamental completo, como há uma queda importante nos dados, o que influencia a necessidade de maior estímulo do acesso à educação básica.

É apresentado abaixo o Gráfico 7, que contempla os dados do grupo PCST 2, qual transita de regular para ruim e muito ruim.

Gráfico 7 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos com depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo os níveis de instrução.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

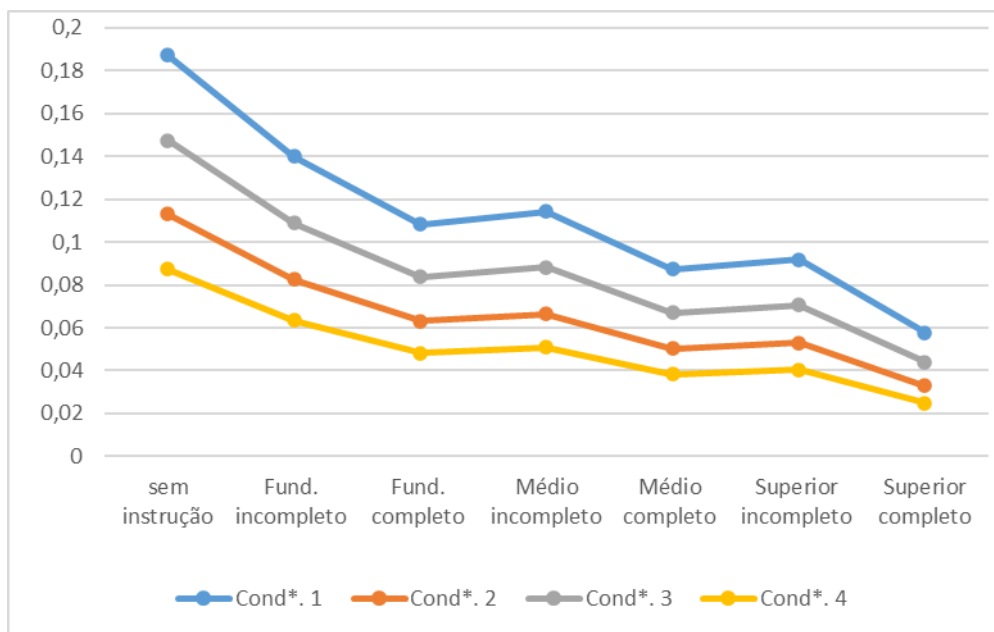
Assim como o gráfico anterior, são dados que chamam atenção, pois, quando se olha, independentemente do sexo, ambos quando estão sem instrução tendem a transitar a auto percepção para ruim e muito ruim. As características e a leitura para elas continuam conforme o esperado, o homem e a mulher do nordeste tendem a transitar mais do que o homem e a mulher do sul. Mas quando observa o ensino superior, os dados revelam que apesar das disparidades macrorregionais, a tendência para transição da autopercepção de regular para muito ruim é mais próximo entre os indivíduos.

Vale ressaltar que, observando o Gráfico 7, é perceptível uma elevação entre o ensino fundamental completo para o médio incompleto, como também, um aumento entre o médio completo e o superior incompleto da transição da autopercepção regular para muito ruim. Deduz aqui, visto que houve um aumento da transição quando o ensino não é finalizado, que não ter conseguido finalizar os estudos pode-se acionar as crenças centrais e subjacentes de desvalia, atribuindo pensamentos como: “eu não sou bom o suficiente”, “eu sou burro”, “eu não consigo finalizar nada”, reforçando sintomas depressivos que atuam na transição da autopercepção.

No Gráfico 8, observa-se os dados para as pessoas sem a depressão. Conforme pode ser analisado, são dados expressivos e importantes, ao qual, o homem morador do

nordeste (na condição 1) fica distante para a transição da auto percepção em saúde de regular para ruim e muito ruim. O mesmo repete para as mulheres.

Gráfico 8 – Probabilidade predita da transição da auto percepção da saúde dos indivíduos sem depressão das situações muito bom, bom e regular para as ruim e muito ruim (PCST2), segundo os níveis de instrução.



Fonte: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).

Fato aqui é que mesmo o homem e a mulher do nordeste, o homem detém maior possibilidade de transição do que a mulher, visto a possibilidade da mulher e o homem do sul. A disparidade do homem e da mulher do nordeste é maior do que a da mulher e homem do sul.

Entretanto, quando se olha próximo ao ensino superior, a possibilidade de transição de regular para ruim e muito ruim tende a cair, contudo, o homem do nordeste permanece mais distante e com maior possibilidade que os demais.

É possível inferir que grupos diferentes tem probabilidades diferentes de possibilidade de transição, dependendo das oportunidades de acesso que os indivíduos têm. Mas, chama-se atenção para a variável educação, pois, quanto menor o grau de instrução, maior a desigualdade, o que solicita maiores intervenções públicas para o nordeste em si.

Para finalizar as análises, compreende-se então que desde a PNS de 2013 á de 2019 não houve muito avanço nas políticas interventivas, uma vez que, as pessoas diagnosticadas com depressão em 2013 eram de 10,9% e em 2019 tinha 9,9%.

Um resultado alarmante que pôde-se observar foram as discrepâncias entre os diagnósticos das mulheres (14,3%) em relação aos homens (4,9%). De tal modo que, a região também é uma característica importante para o diagnóstico, assim como a força de trabalho, pois, a inserção no mercado de trabalho ameniza a autopercepção negativa de bem-estar e saúde mental.

Quando se olha as raças, observa-se então: branca (12,2%), Indígena (9,1%), Parda (8,3%), Preta (7,8%) e Amarela (7,3%), ao qual há uma oscilação mediana, mas existente. E, quando se olha a renda, percebe-se que quanto maior o nível salarial, maior o índice de diagnóstico: 1/4 S.M (8%), 1/4 até 1 S.M (8,9%), 1 até 3 S.M (10,6%), 3 até 5 S.M (11,5%) e +5 S.M (13,7%).

Diante as pessoas já diagnosticadas, 42,86% das pessoas se sentem deprimidos, pelo diagnóstico compreende-se a acessibilidade, ao qual se levanta a hipótese de que a pessoa não segue o tratamento ou os tratamentos em si não são tão efetivos. E devido a eficácia dos tratamentos, interpreta-se que não objetivam reestruturar a tríade cognitiva do indivíduo.

O acesso à educação, quanto maior acesso, maior o nível do diagnóstico: superior completo (12,3%) e fundamental incompleto (11%). E, de uma visão geral, mesmo as pessoas diagnosticadas, 40,9% avaliar saúde, saúde mental e bem-estar como bom.

Quando se olha a possibilidade de transição, as mulheres possuem 19,2% menor de chance para transitar, levando em consideração a PCST 2, 24,9% menor, do que os homens. Quando se olha o grau de instrução escolar, observa-se que quanto maior os estudos, menor possibilidade de transição (69,8% menor). Assim como a inserção no trabalho: desocupado (21,28% menor) e Ocupado (22,51% menor), quando se olha PCST 2, detém 41,88% e 37,24% menor de chance para muito ruim.

Como visto as transições, quando se coloca as características para dialogarem, homens e mulheres da região nordeste detém maior chance de transitar a autopercepção, sendo: nordeste (30,5% maior).

Logo, Pombo *et.al* (2016) expõem que a intervenção psicológica tem maior probabilidade de eficácia quando tenta dar respostas a problemas específicos, dentro de preferências, personalidade e contextos sócios culturais dos doentes, logo, se faz necessário adaptações dos tratamentos convencionais para área da saúde mental diante a realidade dos contextos culturais dos indivíduos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bonadiman *et.al* (2020) expõem em seus estudos sobre a incidência da depressão no Brasil que há uma fragilidade de maiores conclusões sobre o assunto, uma vez que falta um padrão para prever a carga dos transtornos depressivos dos adoecimentos em si, que pode sugerir que a carga dos transtornos depende de outros fatores. Portanto, se faz necessário compreender melhor a relação dos diagnósticos depressivos com os fatores epidemiológicos a nível individual antes de qualquer interpretação.

Como dito na introdução, a contribuição desta dissertação advém de aproximações teóricas distintas de maneira original, ao qual foi realizado com êxito e, como resultados e considerações das análises apresentadas, há a aplicabilidade que é sugerido pelos autores Bonadiman *et.al* (2020) e, fica visível como as características individuais e sócio regionais interferem na auto percepção e no diagnóstico propriamente dito da depressão.

Salienta-se que os resultados foram de sucesso, pois houve desde a parte teórica até os recursos empíricos da pesquisa, diversas informações valiosas para promover diversas intervenções sociais em prol de um melhor desenvolvimento humano.

Conforme proposto, foi realizado o diálogo entre AC e a TCC, e com grandes aproximações, que futuramente podem gerar importantes produções acerca de temáticas, problemáticas e controvérsias, como visto nesta dissertação: o trabalho infantil, a constituição familiar, o manejo com recursos e outros.

Sen vê a possibilidade de intervenções políticas que estende a um grande público, sendo ele efetivo a partir do uso das crenças culturais que afetam as centrais e os meios interpretativos dos indivíduos. Quando há intervenções com políticas públicas que promovam acessibilidade e, não necessariamente o aumento de renda, a população brasileira pode desenvolver melhores habilidades para lidar com a realidade em que vive, a TCC é uma ferramenta ideal para intervir e reestruturar as crenças limitantes presentes na hora das escolhas valorativas, como visto.

Sublinha-se, neste sentido, que as intervenções sociais por meio de políticas públicas, conforme visto nos resultados, faz necessário investir mais em saúde e educação pode ser o caminho para a transformação social. Pois, quanto maior o nível de estudo, menor prejuízos cognitivos referente a autopercepção da saúde, da saúde mental e da depressão em si, até mesmo quem já foi diagnosticado.

Utiliza-se este espaço para fortalecer e reforçar a importância do CAPS para a sociedade brasileira, desde a criação contra os hospitais manicomiais, é uma política

pública e um instrumento de grande alcance para a população com fácil acesso, assim como as UBS. Evoluir as políticas envolvidas no CAPS e portas de acesso a saúde, abrangendo e fazendo-o crescer, pode ser uma maneira efetiva de melhorar a condição de saúde mental brasileira.

A acessibilidade a serviços públicos (CAPS, UBS) para a promoção da saúde mental, é uma porta “gratuita” para promover todas as mudanças aqui relatadas, do nível dos pensamentos automáticos negativos da consciência até aos níveis das crenças centrais. Sen coloca a importância real do acesso para a promoção de mudanças, mas também, explanar as políticas brasileiras (de promover o acesso). Contudo, a realidade das demandas que batem as portas dos serviços públicos carecem de maior adaptação das ferramentas que podem ser ofertadas, carecendo da aplicação do conceito de transculturalização.

É reconhecido a dificuldade que se tem para adaptações transculturais de ferramentas intervencionistas para a realidade do indivíduo, mas Pombo *et.al* (2016) explanam que fato é que a cultura não só influencia a natureza da expressão psicopatológica do sofrimento mental, mas também, atribui a compreensão geral do adoecimento e possibilidades de intervenções dentro da realidade do indivíduo. Como visto a Terapia Cognitiva leva em consideração os valores e crenças culturais, assim como fatores sociais, no desenvolvimento do indivíduo, logo, preconceitos diante tratamentos convencionais pode não gerar resultados conforme esperado.

E, diante os resultados aqui expostos, a necessidade de adaptações e mudanças para algumas realidades pode ser crucial para o ganho do desenvolvimento individual até o nível social, uma vez que, percebe-se que determinadas regiões (nordeste) se apresenta mais doente que os demais estados. Logo, as intervenções que se aplica em uma realidade, não necessariamente, condiz com as demais realidades, sublinhando a necessidade das adaptações transculturais.

Mas, Pombo *et.al* (2016) são assertivos quanto a importância da transculturalidade, ou seja, as adaptações conforme a realidade do indivíduo. Os autores completam que aspectos culturais influenciam os valores, cognições, significados e normas de comportamento, bem como o processo de diagnóstico e as decisões relacionados com o tratamento, desta forma, associa-se a abordagem da Terapia Cognitiva, visto a construção e preceitos teóricos, como uma abordagem melhor indicada a ser inserida e pensada nos contextos de intervenções das ferramentas sociais, ao qual, contemplarão, a psicoeducação (readaptação sobre leitura da tríade cognitiva de Aaron

Beck) e, reestruturação dos efeitos das crenças sociais sobre o indivíduo.

Completa-se que se faz necessário mais psicoterapeutas cognitivos dentro destas ferramentas para ampliar todas as modificações que a TC pode ofertar ao indivíduo e, assim, modificar a realidade há um nível social. Vale ressaltar que não sobrepõe a TC acima das demais abordagens teóricas que a psicologia oferta, mas sublinha que é a abordagem mais próxima que oferta construções teóricas para as modificações sociais.

É válido ressaltar também, que é importante efetuar um trabalho de psicoeducação com toda a população em si, com foco na região nordeste e norte que foram os resultados mais preocupantes. Responsabilizar o indivíduo por agir por si se faz muito importante, porque é somente ele que saberá fazer as escolhas por si e buscar os melhores meios para chegar as suas realizações (ou seja, suas capacidades). Promover o acesso é mais do que importante, mas conduzir o indivíduo também a conscientização de como ele poderá efetuar o uso deste acesso à educação e saúde de maneira funcional, poderá provocar mudanças de crenças em todo o cenário brasileiro para buscar melhores relações, seguridades e desenvolvimento humano. Pois, quando o indivíduo chega na instituição procurando auxílio, a tríade cognitiva está de modo disfuncional, logo, compreender a cultura do indivíduo, seu histórico de vida, fornece subsídios para intervir com exatidão em prol da promoção da qualidade de vida, bem-estar e um desenvolvimento humano funcional.

Ressalta-se que durante o desenvolvimento das pesquisas diversas hipóteses foram surgindo, como por exemplo, o Brasil já possui política pública remediativas no cenário da saúde mental, entretanto, o acesso (transporte, localidades e outros fatores sociais - o que também inclui a renda) não são funcionais ao serviço. Trabalhar neste cenário, por exemplo no nordeste que as condições de vida podem ser específicas da região, para garantir melhor acesso a profissionais da saúde, psicólogos em si, para efetuar tratamentos e, conforme Judith e Aaron Beck, funcionalizar os pensamentos e suas crenças e valorizar a si e sua própria vida.

Outro ponto chamativo nos resultados é como as mulheres são afetadas neste âmbito da predisposição para o sofrimento mental e o diagnóstico da depressão. Contudo, sublinha que os resultados repetem os feitos da PNS de 2013. Como pode ser visto nos resultados a PNS de 2013 explicita alguns dados importantes para o ponto de partida à reflexão desta pesquisa. Segundo o IBGE (2020), em 2013, foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade foram diagnosticadas com depressão por um profissional da saúde mental, sendo que, 14,7% eram do sexo feminino e 5,1% do sexo

masculino.

Quando se olha em geral para os resultados, espanta a simples condição de ser mulher, ao qual já possuem vulnerabilidades tão importantes, mas a pluralidade e oscilação nos resultados para o diagnóstico da sociedade brasileira para a percepção de saúde, qualidade de vida e para a depressão, era algo esperado, uma vez que o Brasil é um laboratório rico das desigualdades sociais (em diversos aspectos, não só financeiro). Com a oportunidade de operacionalizar a abordagem das capacitações, demonstra como as mulheres são privadas, como também, as diferenças e características podem ditar muito sobre o indivíduo sem que ajam por si só.

Ou seja, as mulheres permanecem prejudicadas, o que nos leva a questionar se está ocorrendo algum tipo de movimentação para complementação, atenção para a saúde da mulher em si. Outro ponto, apesar de tudo, são os dados da percepção de saúde, em como as mulheres diferem do sexo masculino. Em todos os gráficos desta dissertação, demonstra-se como as mulheres conseguem ter o controle dos pensamentos, lidar com as situações e serem mais resilientes e funcionais. Mas, não exclui o fato que é uma população que carece de atenção, pois, os resultados são muito chamativos e preocupantes. Seja de cunho hormonal, físico, jornada dupla de trabalho, a maternidade, as pressões das crenças culturais, independente do que for, é um público de deve ter atenção.

Outro resultado valioso é como a educação modifica a percepção de qualidade de vida das pessoas com o diagnóstico por depressão. A base informacional de Sen é muito importante, pois exprime a necessidade de ampliar as possibilidades de escolhas do indivíduo, contudo, é necessário o mínimo de desenvolvimento cognitivo/intelectual, que o cenário correto para estimulação do desempenho cognitivo e intelectual são nas escolas. Afinal, a base informacional pode privar ou liberar o indivíduo para suas realizações e desenvolvimento. Tal qual, a agência, o controle dos pensamentos de modo funcional, gerará um produto final (a capacidade final) que será para ela, como também, poderá se estender a sociedade em si. E, mais que importante, retroalimentará as crenças centrais funcionais do indivíduo, pois, o produto final, a capacidade de Sen, o fim, será construído pelo próprio indivíduo.

Como achado teórico, sublinha a importância da escola, pois através de Magalhães *et.al* (2021) que recorreu aos autores Gomes *et.al* (2007), Fatori *et.al* (2018) para expor que, os jovens que detém suas condições financeiras desfavoráveis enfrentam também inúmeras adversidades cumulativas, que podem aumentar as chances de desenvolvimento

de problemas de saúde mental, as quais diminuem o desempenho escolar, a participação no mercado de trabalho e aumento das criminalidades.

Como produto, também, vislumbra-se a ampliação do conceito de desenvolvimento humano, completando a visão holística em si. O que Sen contribui que o desenvolvimento humano, chamado de processo de expansão na educação, dos serviços de saúde e de outras condições de vida humana, agora ganha um significado e sentido, o desenvolvimento humano só ocorre com a acessibilidade e o poder de escolhas.

Sen coloca que o dinheiro é o meio, ou seja, a ferramenta que o indivíduo tem para conseguir uma capacidade, ou seja, algum desejo que seja valorativo, e como tal, pôde ser visto a importância para o Brasil, o local onde se vive e o grau de educação que se tem. Outra possibilidade de intervenção no cenário brasileiro são as expansões das universidades públicas, para garantir mais acesso e a possibilidade de desenvolvimento de maiores cidadãos. Como também, promover, avaliações e critérios para as universidades se expandirem para aqueles indivíduos que de alguma forma são privados.

Com maior equilíbrio para a acessibilidade, quebra-se a possível cultura brasileira de que desde os primórdios da saúde coletiva no Brasil já detém um recorte elitista, que se confirmam com o passar do tempo. Tendo em vista o que Sen (1999) promove, que o acesso a recursos financeiros promove maior acessibilidade, e que, o dinheiro *per si* não é negativo.

Visto o sucesso e a confirmação de algumas hipóteses, a questão da faixa etária não adentra tal sucesso. Como hipótese, levantou-se que pessoas mais jovens teriam mais facilidade para a saúde mental e a não percepção de depressão, entretanto, os dados demonstram desde a análise descritiva até as econométricas, que a idade não assume um peso importante. Teoricamente o que se viu, foi que a depressão em si pode afetar a qualquer pessoa, em qualquer fase da vida.

Conclui-se esta dissertação parabenizando todas as mulheres brasileiras, uma vez que, Sen (1999) coloca o fato que as mulheres são mais resistentes que os homens, que elas sobrevivem melhor, ou seja, ele contradiz uma enormidade de crenças de vulnerabilidade das mulheres, provado, agora, também, factualmente que é uma crença disfuncional e verdade, pois, as mulheres são mais resistentes e resilientes que os homens. E esta pesquisa só demonstrou a fragilidade governamental para intervir com este público, como também, levanta a necessidade de maior empenho com os homens em si, pois, não é o simples fato de ser homem que evita os transtornos da vida, mas que pode melhorar a resiliência masculina.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A; FINLAY, B. Métodos estatísticos para as ciências sociais. **Penso Editora**, 2012.
- ARAÚJO, M. F. Estrategias de diagnóstico y evaluación psicológica. **Psicologia: teoria e prática**, v. 9, n. 2, p. 126-141, 2007.
- ARI, E.; YILDIZ, Z. Parallel lines assumption in ordinal logistic regression and analysis approaches. *International Interdisciplinary Journal of Scientific Research*, v.1, n.3, dez. 2014.
- BALDISSERA, O. Modelo biopsicossocial: dê adeus a separação entre saúde física e mental. **Blog Pós PUC PR Digital** [online]. 2021. Disponível em: <<https://posdigital.pucpr.br/blog/modelo-biopsicossocial>>. Acessado em 15 de abril de 2021.
- BALDO, M. V. C.; HADDAD, H. Ilusões: o olho mágico da percepção. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 6-11, 2003.
- BANDEIRA, D. R; ARTECHE, A. X; REPPOLD, C. T. Escala de Autopercepção de Harter para adolescentes: um estudo de validação. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 341-345, 2008.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. Depressão: causas e tratamento. **Artmed Editora**, 2011.
- BECK, A. T. Teoria dos transtornos da personalidade. Capítulo 2 in: BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. **Artmed Editora**, 2017.
- BECK, J. S. Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona. **Artmed Editora**, 2007.
- BECK, J. S. Terapia cognitivo-comportamental. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisado por Paulo Knapp – 3ed.- Porto Alegre – RS: **Artmed**, 2022.
- BELTRAME, Bruno; MATTOS, Laura Valladão de. As críticas de Amartya Sen à teoria da escolha social de Kenneth Arrow. **Nova Economia**, v. 27, p. 65-88, 2017.
- BERRIOS, G. E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, p. 590-608, 2012.
- CALÓ, F. A. Diferenças: doença, síndrome e transtorno. **Instituto de Psicologia Aplicada (INPA)** [online]. 2019. Disponível em: <<https://inpaonline.com.br/blog/doenca-sindrome-transtorno/>>. Acessado em 15 de jan. de 2023.

CAMERON, AC; TRIVEDI, PK. Microeconometrics: methods and applications. **Cambridge University Press**, 2005

CAMPOS, R. T. O. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: **Forense Universitária**, 1904.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013.

CHAUI, M. Convite à filosofia. 1995.

CHIAPPERO-MARTINETTI, E; SALARDI, P. Well-being process and conversion factors: an estimation. Human Development, Capability and Poverty International Research Center, WORKING PAPER SERIES. **IUSS and University of Pavia**, 2008.

COMIM, F. Além da liberdade: Anotações Críticas do Desenvolvimento como Liberdade de Amartya Sen. Cambridge: **Edição do Kindle**, 2021.

DAS, S.; RAHMAN, R. M. Application of ordinal logistic regression analysis in determining risk factors of child malnutrition in Bangladesh. *Nutrition Journal*, v.10, n.124, nov. 2011.

DELATORRE, M. Z; DOS SANTOS, A. S; DIAS, H. Z. J. O normal e o patológico: Implicações e desdobramentos no desenvolvimento infantil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 317-326, 2011.

DIAS, M. G. L. V. O sintoma: de Freud e Lacan. **Psicologia em estudo**, v. 11, p. 399-405, 2006.

ENDO, A. C. B; ROQUE, M. A. B. Atenção, memória e percepção: uma análise conceitual da Neuropsicologia aplicada à propaganda e sua influência no comportamento do consumidor. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 40, p. 77-96, 2017.

ESTEVES, F. C; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, n. 24, p. 127-135, 2006.

FATORI, Daniel et al. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, 2018.

FILHO, M. L. S; OLIVEIRA, J. S. C; LIMA, F. L. A. Como as pessoas percebem o psicólogo: um estudo exploratório. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 16, p. 253-261, 2006.

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. **Penso Editora**, 2012.

FLORES, C. A. História da terapia cognitiva. **Site do Centro de Terapia Cognitiva [online]**. 2018. Disponível em: <

<https://www.centrodeterapiacognitiva.com.br/post/historiadatcc>>. Acessado em 15 de jan. de 2023.

FREITAS, J. R; FEITOSA, B. P. C. L. O enfoque das capacidades por Martha Nussbaum e a busca por uma sociedade justa. **Revista de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica**, v. 6, n. 1, p. 21-36, 2020.

FREITAS, P. B; RECH, T. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbarói**, p. 98-113, 2010.

GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GAMA, C. A. P; CAMPOS, R. T. O; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 69-84, 2014.

GARCIA, A. A importância da percepção humana. **Rh Portal** [online]. 2015. Disponível em: <<https://www.rhportal.com.br/artigos-rh/a-importancia-da-percepo-humana/>>. Acessado em 18 de abril de 2022.

GAZZANIGA, M. S; HEATHERTON, T. F. Psychological science: Mind, brain, and behavior. New York: **W. W. Norton**. 2003.

GIACOMELLI, Giana Silva; MARIN, Solange Regina; FEISTEL, Paulo Ricardo. Da economia tradicional do bem-estar à Abordagem das Capacitações ea importância da equidade em saúde para o desenvolvimento humano. **Nova Economia**, v. 27, n. 01, p. 89-115, 2017.

GOBI, J. R. et al. Função de Produção de Saúde para o Brasil: análise pelo Modelo de Grossman. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 50, n. 1, p. 85-100, 2019.

GOMES, A. A. Considerações sobre a pesquisa científica: em busca de caminhos para a pesquisa científica. **Presidente Prudente: Intertemas: Associação Educacional Toledo**, v. 5, p. 61-81, 2017.

GUIDINI, C. Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios. Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. 2012.

_____. Aaron Beck, quem é o criador da terapia cognitiva comportamental? **Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva** [online]. 2023. Disponível em: <<https://iptc.net.br/aaron-beck/>>. Acessado em 17 de jan. de 2023.

KNAPP, P; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54-s64, 2008.

KUKLYS, W. Amartya Sen's Capability Approach. Theoretical Insights and Empirical Applications. **Springer**, Berlin. 2005.

LIMA, A. L. L.; *Et.al.* Contribuições do III Congresso Mineiro de Psiquiatria para a Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais: metodologia da pesquisa histórica em museus 2017. **Metamuseu: história, pesquisa e museologia [online]**. 2017. Disponível em: <<http://metamuseuufmg.blogspot.com/2017/08/contribuicoes-do-iii-congresso-mineiro.html#:~:text=Ocorrido%20entre%20os%20dias%2015,promoveu%20um%20%E2%80%9Cconjunto%20de%20iniciativas>>. Acessado em 09 de jan. De 2023.

LIU, X.; KOIRALA, H. Ordinal Regression Analyses: Using Generalized Ordinal Logistic Regression Modelos to Estimate Educational Data. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, v.11, n.1, p.242-254. 2012.

LOPES, R. F. F; MELO, T. C. V; SANTANA, R. G. Interfaces da terapia cognitivo-comportamental familiar com a teoria piagetiana. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 2, p. 101-108, 2012.

LUCCHESI, R. BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 9 (3), 798-805. 2007.

MACEDO, L. S. R; SILVEIRA, A. C. Self: um conceito em desenvolvimento. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 52, p. 281-290, 2012.

MAGALHÃES, J. et al. Vulnerabilidade social e saúde mental de crianças e jovens: relato de dois estudos longitudinais brasileiros. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 21, n. 2, p. 9-38, 2021.

MAIA, A. B.; DE MEDEIROS, C. P; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos da clínica**, v. 17, n. 1, p. 44-61, 2012.

MALLMANN, I. C. O papel do indivíduo para o desenvolvimento da sociedade. 2018.

MANN, C. G. História da saúde mental no Brasil: entre conquistas e retrocessos. **Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas [online]**. 2020.

MARQUES, A. J. S; *Et.al.* Definição de saúde. **Encontro Internacional Direito a Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível**. 2016.

MATTOS, E. J. Pobreza rural no Brasil: um enfoque comparativo entre a abordagem monetária e a abordagem das capacitações. 2006.

McCHULLA, P. Regression Models for Ordinal Data. **Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)**, v. 42, n.2, p.109-127. 1980.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. Trad. Carlos Alberto R. de Moura. São Paulo:**Martins Fontes**, 1996.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MIGLIAVACCA, E. M. Breve reflexão sobre o setting. **Boletim de psicologia**, v. 58, n. 129, p. 219-226, 2008.

_____. Centro de Atenção Psicossocial (CAP's). **Ministério da Saúde [online]**. S/D. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>>. Acessado em 09 de jan. de 2023.

MOURA, I. M. et al. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. 2018.

NOBRE, G. C; VALENTINI, N. C. Auto percepção de competência: conceito, mudanças características na infância e diferenças entre gênero e faixas etárias. **Journal of Physical Education**, v. 30, 2019.

NOGUEIRA, R. P. A depressão como o mal do século XXI: origens da noção de mal e sua atualidade nas políticas globais. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. 2020.

NORONHA, K.V. A relação entre o estado de saúde e a desigualdade de renda no Brasil. 2005.187f. (Tese de Doutorado). **Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, A. O; MOURÃO-JÚNIOR, C. A. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 5, n. 2, p. 41-53, 2013.

OLIVEIRA, A. C. Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 1, p. 29-37, 2019.

OLIVEIRA, C. I; PIRES, A. C; VIEIRA, T. M. A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p. 637-645, 2009.

OLIVEIRA, A. L. X; SOUSA, F. D. T. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano, v. 5, p. 198-212, 2020.

_____. The burden of mental disorders. **Pan American Health Organization (PAHO)**. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>>. Acessado em 11 de abril de 2024.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011.

_____. Pesquisa nacional de saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

PETERSEN, M. G. F. et al. Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. **Psicologia Clínica**, v. 31, n. 1, p. 145-165, 2019.

PETROLI, D. P; RIBEIRO, T. B. A teoria das capacidades de Martha Nussbaum e a sua materialização no âmbito normativo, social e biopsicossocial de pessoas com deficiência no Brasil. **VI ENADIR**. GT. 6 – Deficiência e antropologia do direito: olhares antropológicos sobre os direitos das pessoas com deficiência. 2019.

PIMENTA, A. C; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v. 10, n. 3, 2002.

POMBO, Samuel et al. Para uma intervenção cognitivo-comportamental culturalmente adaptada: implicações para a prática clínica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 561-574, 2016.

PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 06-11, 1999.

POPPER, K. A lógica da pesquisa científica. **São Paulo: Cultrix/Edusp**. 1975.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s73-s80, 2008.

PRUDENTE, R. C. A. C; RIBEIRO, M. A. C. Psicanálise e ciência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, p. 58-69, 2005.

RABELO, L. N. Os limites entre o normal e o patológico. **Brain Support**. 2022. Disponível em: <<https://www.brainlatam.com/blog/limites-entre-normal-e-patologico-2011>>. Acessado em 15 de abril de 2022.

RIBEIRO, S. L. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99, 2004.

RUFINO, S. et al. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. **Revista Saúde em Foco**, v. 10, n. 1, 2018.

SAMPAIO, M. L; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

SANTOMAURO, D. F. *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, 2021.

SANTOS, A. D. As diversidades das práticas psicoterápicas. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia [online]**. Ano 3, n.12. 2006. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/jornal12-psicoterapia.pdf>>. Acessado em 16 de jan. de 2023.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCOTT, J Beck et al. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 538-542, 1997.

SEN, A. K. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo – SP: **Ed. Companhia das letras**,1999.

SEN, A. K. Human capital and human capability. **World development**, v. 25, n. 12, p. 1959-1961, 1997.

SILVA, A. M. P. et al. A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. **Monografia apresentada ao Curso de Especialização em gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. 2010.

SILVA, D. H; FERRARI, N. P. A importância do CAP's para atendimento à população. Seminare: **Psicologia e Saúde [online]**. 2019. Disponível em: <<https://www.seminarepsicologia.com.br/institucional/a-importancia-do-caps-para-atendimento-a-populacao/>>. Acessado em 09 de jan. de 2023.

SILVA, F. D. B. Uma perspectiva histórica sobre o conceito de saúde, ao sistema único de saúde e a saúde do trabalhador. Belo Horizonte – MG, 2012. Monografia de Graduação do curso de Educação Física. **Universidade Federal de Minas Gerais**.

SILVA, M. A. M; BIANCHI, S. S. A importância da percepção para os estudos em história da cultura: um novo olhar. **XXVII Simpósio Nacional de História**. Natal – RN, 2013.

SILVA, P. L, PESSOA, D. G, LILA, M. F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (4):659-670, 2002.

SILVA, T. L. G. et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. 2010.

SOUZA, A. C. Abordagem das Capacitações: aplicação do método GoM na construção de indicadores de bem-estar. 2014.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 18-23, 1999.

TEODORO, M. L. M; *Et.al.* Estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva. **Psicologia: teoria e prática**, v. 18, n. 1, p. 87-99, 2016.

TROIAN, A; KLEIN, A. L; DA SILVA, L. X. A abordagem das capacitações e suas aplicações no desenvolvimento rural. **Revista de Extensão e Estudos Rurais**, v. 2, n. 1, 2013.

VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, 2009.

VICENTIN, E. C; DE ALMEIDA, R. M. Pulsões De Vida, Pulsões De Morte E Compulsão À Repetição. **Helleniká-Revista Cultural**, v. 1, n. 1, p. 55-55, 2019.

VIEWEGER, P. Abordagem das capacitações: uma defesa da inclusão do transtorno de depressão na dimensão saúde. Porto Alegre – RS, 2020. Dissertação de Mestrado. **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**.

_____. Depressive disorder (depression). **World Health Organization (WHO)**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acessado em 10 de abril de 2024.

YOUNG, J. E; *Et.al.* Terapia cognitiva para depressão. Capítulo 7 in: BARLOW, David H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Artmed Editora, 2016.

WALTER, S. A. et al. Lealdade de estudantes: um modelo de regressão logística. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v.9, n.4, p.129-151. 2010.

WILLIAMS, R. Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. **The Stata Journal**, v.6, n.1, p.58-82. 2006.

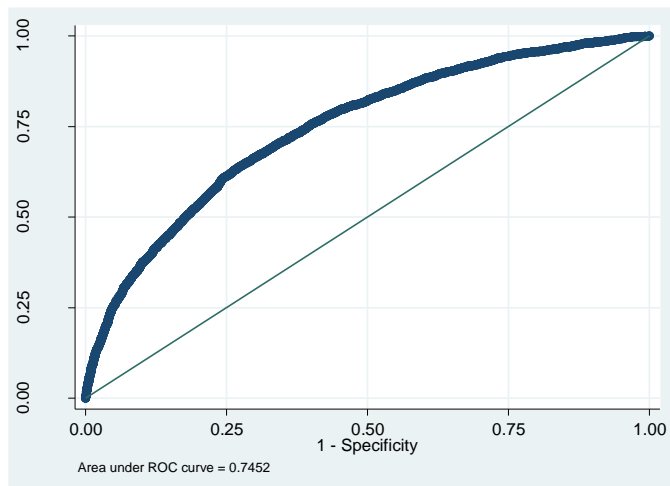
ANEXOS

Neste anexo são apresentados os resultados dos coeficientes das regressões do modelo logit binomial para as transições PCST1 e PCST2 e os seus, respectivos, testes da significância estatística das variáveis explicativas e os ajustamentos global dos modelos.

Tabela A.1 - Coeficientes estimados do logit binomial para a transição PCST1

Logistic regression		Number of obs	=	8278			
		LR chi2(28)	=	1606.36			
		Prob > chi2	=	0.0000			
Log likelihood = -4933.6375		Pseudo R2	=	0.1400			
PCST1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]		
Genero							
Feminino	-.2131211	.0586479	-3.63	0.000	-.3280689	-.0981732	
Cor							
Preta	.1455003	.0899342	1.62	0.106	-.0307674	.3217681	
Amarela	.0850713	.3043582	0.28	0.780	-.5114598	.6816023	
Parda	.2527366	.0565984	4.47	0.000	.1418057	.3636675	
Idade							
De 18 a 29 anos	.0017102	.2487769	0.01	0.995	-.4858835	.4893039	
De 30 a 59 anos	.1063878	.2414842	0.44	0.660	-.3669126	.5796882	
De 60 a 64 anos	.081837	.2534842	0.32	0.747	-.414983	.578657	
De 65 a 74 anos	-.0137662	.2511015	-0.05	0.956	-.5059162	.4783837	
75 anos ou mais	.1071952	.2612572	0.41	0.682	-.4048596	.6192499	
Depre2							
Com depressão	1.107448	.0547433	20.23	0.000	1.000153	1.214743	
Instrução							
Fund.Incompleto	-.204793	.1123449	-1.82	0.068	-.4249849	.015399	
Fund. Completo	-.5942227	.138249	-4.30	0.000	-.8651858	-.3232595	
Médio incompleto	-.6349128	.1505061	-4.22	0.000	-.9298994	-.3399262	
Médio completo	-.6899326	.1188158	-5.81	0.000	-.9228073	-.4570578	
Superior incompleto	-.7909939	.1576861	-5.02	0.000	-1.100053	-.4819349	
Superior completo	-1.198555	.1247898	-9.60	0.000	-1.443138	-.9539711	
Estado civil							
Viúvo, desquitado	.163333	.0649357	2.52	0.012	.0360615	.2906045	
Solteiro	.0422973	.0602661	0.70	0.483	-.0758221	.1604167	
Condição de Trabalho							
Desocupado	-.2391639	.1286858	-1.86	0.063	-.4913834	.0130556	
Ocupado	-.2549743	.0568962	-4.48	0.000	-.3664887	-.1434598	
Assistência médica							
Tem acesso mas não necessita	-.6194763	.0708379	-8.74	0.000	-.758316	-.4806366	
Não tem acesso	.1491973	.0749305	1.99	0.046	.0023362	.2960584	
Medicamento							
não utiliza	-.2135528	.0636976	-3.35	0.001	-.3383978	-.0887078	
Macros							
Nordeste	.266872	.0864454	3.09	0.002	.097442	.436302	
Sudeste	-.2538141	.0877094	-2.89	0.004	-.4257214	-.0819068	
Sul	-.4002297	.0949865	-4.21	0.000	-.5863999	-.2140596	
Centro oeste	-.2984081	.0995167	-3.00	0.003	-.4934571	-.103359	
2.Urbano_rural	-.0155222	.0687812	-0.23	0.821	-.1503308	.1192865	
_cons	.755139	.2842425	2.66	0.008	.198034	1.312244	

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13.

Figura A.1 – Curva ROC do logit binomial para a transição PCST1

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13.

Tabela A.2 - Tabela de classificação do modelo logit binomial para a transição PCST1

Logistic model for PCST1

Classified	----- True -----		Total
	D	~D	
+	2841	1284	4125
-	1364	2789	4153
Total	4205	4073	8278

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$
True D defined as PCST1 $\neq 0$

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	67.56%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	68.48%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	68.87%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	67.16%
False + rate for true $\sim D$	$\Pr(+ \sim D)$	31.52%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	32.44%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	31.13%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	32.84%
Correctly classified		68.01%

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13.

Tabela A.3 – Teste Goodness-of-fit do logit binomial para a transição PCST1

Logistic model for PCST1, goodness-of-fit test

number of observations =	8278
number of covariate patterns =	5739
Pearson $\chi^2(5710)$ =	5714.83
Prob > χ^2 =	0.4795

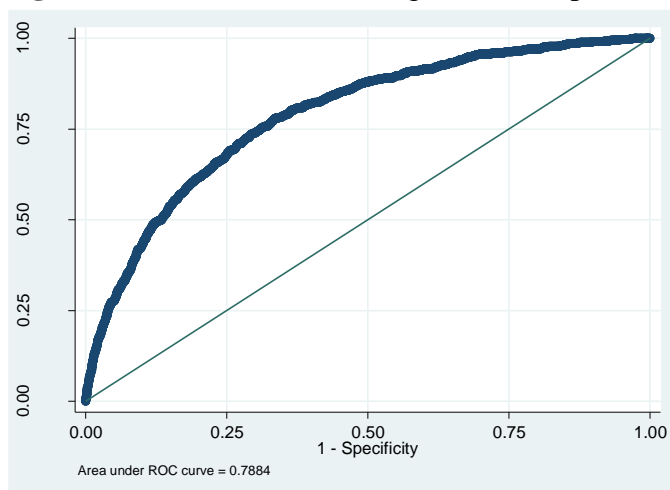
Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13.

Tabela A.4 - Coeficientes estimados do logit binomial para a transição PCST2

Logistic regression		Number of obs = 8278		LR chi2(28) = 1140.53		Prob > chi2 = 0.0000		Pseudo R2 = 0.1695		
Log likelihood = -2794.8514										
PCST2	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]					

Genero										
Feminino	-.2863173	.0822574	-3.48	0.001	-.4475388	-.1250958				
Cor										
Preta	.2602045	.1201976	2.16	0.030	.0246216	.4957873				
Amarela	.2199905	.4647685	0.47	0.636	-.690939	1.13092				
Parda	.0852487	.0801467	1.06	0.287	-.0718359	.2423334				
Idade										
De 18 a 29 anos	.2045193	.349334	0.59	0.558	-.4801628	.8892014				
De 30 a 59 anos	.5057231	.332999	1.52	0.129	-.1469429	1.158389				
De 60 a 64 anos	.3746935	.3493261	1.07	0.283	-.3099732	1.05936				
De 65 a 74 anos	.0878632	.348161	0.25	0.801	-.5945198	.7702462				
75 anos ou mais	.1984726	.3605475	0.55	0.582	-.5081876	.9051327				
Depre2										
Com depressão	1.427867	.074094	19.27	0.000	1.282646	1.573089				
Instrução										
Fund. incompleto	-.3471227	.1234401	-2.81	0.005	-.5890609	-.1051844				
Fund. completo	-.6393711	.1705784	-3.75	0.000	-.9736987	-.3050435				
Médio incompleto	-.5810799	.186423	-3.12	0.002	-.9464622	-.2156976				
Médio completo	-.8799576	.1406086	-6.26	0.000	-1.155545	-.6043697				
Superior incompleto	-.8217273	.2159951	-3.80	0.000	-1.24507	-.3983847				
Superior completo	-1.321648	.1632936	-8.09	0.000	-1.641697	-1.001598				
Estado civil										
Viúvo, desquitado	.0759266	.0911128	0.83	0.405	-.1026512	.2545045				
Solteiro	-.0250277	.085632	-0.29	0.770	-.1928634	.1428079				
Condição de Trabalho										
Desocupado	-.5425042	.1875389	-2.89	0.004	-.9100738	-.1749347				
Ocupado	-.4658513	.0799467	-5.83	0.000	-.622544	-.3091587				
Assistência médica										
Tem acesso mas não necessita	-.6796073	.1087386	-6.25	0.000	-.8927311	-.4664836				
Não tem acesso	.1339243	.0912759	1.47	0.142	-.0449732	.3128219				
Medicamento										
não utiliza	-.3476881	.0892428	-3.90	0.000	-.5226007	-.1727754				
Macros										
Nordeste	.2455757	.1189368	2.06	0.039	.012464	.4786875				
Sudeste	-.2840563	.1267907	-2.24	0.025	-.5325615	-.035551				
Sul	-.3459716	.1398595	-2.47	0.013	-.6200911	-.071852				
Centro oeste	-.3211365	.1472549	-2.18	0.029	-.6097507	-.0325223				
2.Urbano_rural	-.1570762	.0955591	-1.64	0.100	-.3443685	.0302162				
_cons	-1.444731	.3857264	-3.75	0.000	-2.200741	-.6887214				

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13.

Figura A.2 – Curva ROC do logit binomial para a transição PCST2

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13

Tabela A.5 - Tabela de classificação do modelo logit binomial para a transição PCST2

Logistic model for PCST2

Classified	True		Total
	D	~D	
+	130	90	220
-	1036	7022	8058
Total	1166	7112	8278

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$
 True D defined as PCST2 != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	11.15%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	98.73%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	59.09%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	87.14%
False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	1.27%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	88.85%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	40.91%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	12.86%
Correctly classified		86.40%

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13

Tabela A.3 – Teste Goodness-of-fit do logit binomial para a transição PCST1

Logistic model for PCST2, goodness-of-fit test

number of observations =	8278
number of covariate patterns =	5739
Pearson $\chi^2(5710)$ =	5984.38
Prob > χ^2 =	0.0056

Fonte: estimações realizadas a partir do Stata 13